



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ
ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕ
ΚΑΘΗΜΕΝΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ (ΑΜΕΑ)

ΝΙΚΗ ΤΕΡΤΙΠΗ

Επιβλέπων: ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΡΑΛΛΗΣ

Αθήνα, 2022



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES

DEPARTMENT OF BIOMEDICAL SCIENCES

THESIS

**ASSESSMENT OF THE INCIDENCE OF DERMATOLOGICAL
DISEASES IN VOLLEYBALL ATHLETES AND VOLLEYBALL
ATHLETES WITH SPECIAL NEEDS**

NIKI TERTIPI

Supervisor: ASSOCIATE PROFESSOR EFSTATHIOS RALLIS

Athens, 2022



Το έργο αυτό διατίθεται με άδεια Creative Commons – Αναφορά Δημιουργού

Copyright © 2022 Νίκη Τερτίπη, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

« Η έγκριση της παρούσας διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα » (Ν.5343/1932, άρθρο 202, παρ. 2).



Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Η διδακτορική διατριβή εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή

Η τριμελής Επιτροπή

A/a	Όνομα Επώνυμο	Βαθμίδα	Ψηφιακή υπογραφή
	ΡΑΛΛΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Επιβλέπων	
	ΚΕΦΑΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	Καθηγήτρια Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Μέλος	
	ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΥΣΤΑΘΙΑ	Καθηγήτρια Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Μέλος	

Η επταμελής Επιτροπή

A/a	Όνομα Επώνυμο	Βαθμίδα
	ΡΑΛΛΗΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
	ΚΕΦΑΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	Καθηγήτρια Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
	ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΕΥΣΤΑΘΙΑ	Καθηγήτρια Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
	ΧΑΝΙΩΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ	Καθηγητής Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
	ΓΚΡΕΚ ΙΩΑΝΝΑ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
	ΚΡΙΕΜΠΑΡΔΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ	Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
	ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ	Επίκουρος Καθηγητής Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Νίκη Τερτίπη του Κωνσταντίνου, υποψήφια διδάκτορας του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας και δικαιούχος των πνευματικών δικαιωμάτων επί της διατριβής και δεν προσβάλλω τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων. Για τη συγγραφή της διδακτορικής μου διατριβής δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από εφημερίδα ή περιοδικό, ιστοσελίδα κ.λπ.). Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του διδακτορικού διπλώματός μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της διατριβής μου μέχρι 2 χρόνια και έπειτα από αίτηση μου στη βιβλιοθήκη.

Ο Επιβλέπων

Η Δηλούσα

Ευστάθιος Ράλλης

Νίκη Τερτίπη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΝΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ (ΑΜΕΑ)

ΝΙΚΗ ΤΕΡΤΙΠΗ

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, 2022

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή έγινε διερεύνηση των δερματικών νοσημάτων που μπορούν να προκληθούν από την προπόνηση στο άθλημα της Πετοσφαίρισης, του Beach Volley και των καθήμενων αθλητών Πετοσφαίρισης (ΑΜΕΑ). Από την έλεγχο της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι έρευνες για τους αθλητές πετοσφαίρισης και τους αθλητές beach volley έχουν επικεντρωθεί κυρίως στον κίνδυνο τραυματισμών από τα υπερβολικά φορτία που δέχονται κατά τη διάρκεια της αθλητικής τους πορείας. Διαπιστώθηκε ότι οι επιδημιολογικές μελέτες, σχετικά με την εμφάνιση δερματικών παθήσεων στην πετοσφαίριση και στο beach volley είναι ανεπαρκείς, με μεμονωμένες αναφορές και δεν περιέχουν σύγχρονα δεδομένα σχετικά με τις αιτίες, την επίδραση του περιβάλλοντος και πως αυτοί οι παράμετροι επηρεάζουν την υγεία των αθλητών ή αν τους αποτρέπουν από την προπόνησή τους. Για τους καθήμενους αθλητές πετοσφαίρισης υπάρχει πλήρης απουσία μελέτης. Το δέρμα των αθλητών εκτίθεται σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλλοντικών, φυσικών και μολυσματικών παραγόντων που ποικίλουν σε σοβαρότητα και απειλούν την ακεραιότητα του δερματικού φραγμού. Σκοπός αυτής της διατριβής ήταν η καταγραφή και η συχνότητα εμφάνισης των δερματολογικών παθήσεων που εμφανίζονται σε αθλητές και αθλήτριες που προπονούνται σε ανοικτά, κλειστά γήπεδα και σε γήπεδα με άμμο, το μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα, η εποχή της νόσησης και το αν οι αθλητές διέκοψαν την προπόνηση λόγω της νόσησης. Πρακτικές αντιμετώπισης όσον αφορά τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, με την επίσκεψη τους σε δερματολόγο ή όχι, επίσης εξετάστηκαν. Ως προς την συχνότητα εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων αξιολογήθηκαν οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, η χρήση αντηλιακού σκευάσματος, η προπόνηση το καλοκαίρι και της περιόδου εκτός καλοκαιριού, η κατηγορία δαπέδων, τα χρόνια

ενασχόλησης, οι εβδομαδιαίες προπονήσεις, ο μέσος όρος ωρών των προπονήσεων και η τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής. Ως εργαλεία της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια τα οποία ελέγχθηκαν για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους με πιλοτική έρευνα. Για την αποστολή τους χρησιμοποιήθηκε πλατφόρμα πραγματοποίησης συγχρονικών μελετών Google Form. Τα ερωτηματολόγια της διδακτορικής διατριβής εγκρίθηκαν από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και από την Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης η οποία και ανέλαβε την προώθησή τους προς όλα τα αθλητικά σωματεία καθώς και στους αθλητές και αθλήτριες του Beach Volley. Η Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία ατόμων με αναπηρίες προώθησε το ερωτηματολόγιο στους καθημένους αθλητές. Εξετάστηκαν για όλους τους αθλητές οι ιογενείς, οι βακτηριακές, οι μυκητιασικές, παρασιτικές δερματικές λοιμώξεις, οι δερματίτιδες, οι αλλεργίες, οι τραυματικές δερματικές βλάβες, η ακμή, το ηλιακό έγκαυμα και η ψωρίαση. Με τη χρήση της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής αποτυπώθηκαν τα χαρακτηριστικά και οι απαντήσεις των δύο δειγμάτων, συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης OR (odds ratio), αναλογία πιθανοτήτων, για την σύγκριση δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση ενός χαρακτηριστικού ή όχι. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 , chi-square test. Εφαρμόστηκε η πολλαπλή ανάλυση διασποράς (Manova) για να εξεταστεί η επίδραση πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών ταυτόχρονα στην συχνότητα εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Το δείγμα της μελέτης ήταν 785 αθλητές, οι 456 ήταν γυναίκες και οι 329 ήταν άνδρες, η μέση ηλικία των αθλητών ήταν τα 28,37 έτη. Από το σύνολο των αθλητών οι 455 (58%) εμφάνισαν δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονούνταν στην πετοσφαίριση. Για τους καθημένους αθλητές το δείγμα της μελέτης ήταν 24 αθλητές, όλοι άνδρες με μέση ηλικία 47,74 έτη. Από το σύνολο των ΑΜΕΑ αθλητών οι 17 (70,8%) εμφάνισαν δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονούνταν. Το 69,6% είχε ακρωτηριασμένο το κάτω άκρο και το 70,8% είχε πρόσθετο μέλος στο σώμα του. Ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης στους αθλητές της πετοσφαίρισης το μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτή τη μελέτη ήταν, από τις τραυματικές δερματικές λοιμώξεις τα επιφανειακά τραύματα 63,9%, από τις ιογενείς λοιμώξεις ο επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 28,2%, από τις μυκητιασικές η δερματοφυτία άκρων ποδών 27,9%, από τις βακτηριακές η θυλακίτιδα 23,9%, από τις παρασιτικές η φθειρίαση

23,9%. Η ψώρα εμφανίστηκε με το μικρότερο ποσοστό σε αυτή τη μελέτη, 7,9%. Από τις δερματίτιδες, η ξηρότητα / ξηροδερμία ήταν η συχνότερη σε ποσοστό 38,6%, από τις αλλεργικές παθήσεις η κνίδωση από ζέστη/κρύο, στο 20,4%. Η ακμή εμφανίστηκε με ποσοστό 30,6%, το ηλιακό έγκαυμα 46,4% και ψωρίαση 10,3%. Το μέρος του σώματος που εμφανίστηκαν συνηθέστερα τα δερματολογικά νοσήματα ήταν, η κεφαλή ο κορμός, τα άνω και κάτω άκρα, τα πέλματα. Το καλοκαίρι και ο χειμώνας ήταν οι εποχές με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης των δερματοπαθειών. Η επαγωγική στατιστική ανάλυση για τις διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων έδειξε ότι οι άνδρες εμφάνισαν μεγαλύτερη συχνότητα δερματοφυτίας άκρων ποδών OR=1,56, επιφανειακών τραυμάτων OR=1,11, ψωρίασης OR=1,65, εκζέματος άκρων χειρών OR=1,33, αναφυλαξίας OR=1,48, επιχείλιου έρπητα/ απλού έρπητα OR=1,3, έρπητα ζωστήρα OR=1,95, έρπητα γεννητικών οργάνων OR=2,6, μολυσματικής τερμίνθου OR=2,02, μυρμηκιών OR=1,85, ψώρας OR=1,68, και οξυτενών κονδυλωμάτων OR=2,35. Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό ακμής OR=1,25. Όσοι έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι έναντι των άλλων εποχών εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό ξηροδερμίας OR=1,31, λοίμωξης από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο OR=1,56, ηλιακού εγκαύματος OR=1,56, μυρμηκιών OR=1,57, δερματίτιδας από tape, επιγονατίδες, αθλητικά παπούτσια OR=1,69. Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση σε άμμο θαλάσσης εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό μυκητίασης ποδιών OR=1,46. Η τήρηση των κανόνων υγιεινής ήταν σημαντική ως προς την εμφάνιση δερματολογικών νοσημάτων καθώς όσοι αθλητές τους τηρούσαν, εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό επιφανειακών τραυμάτων OR=1,17, αιματωμάτων OR=1,36, υπονύχιων αιματωμάτων OR=1,47, ποικιλοχρόου πιτυρίασης OR=1,73, ξηρότητας/ ξηροδερμίας OR=1,38, θυλακίτιδας OR=1,41, ψωρίασης OR=1,77, πομφολύγων OR=1,58, ηλιακού εγκαύματος OR=1,25, ακμής OR=1,36, κνίδωσης από ζέστη ή κρύο OR=1,59, επιχείλιου έρπητα/απλού έρπητα OR=1,40, έρπητα ζωστήρα OR=1,59, έρπητα γεννητικών οργάνων OR=1,75, μολυσματικής τερμίνθου OR=1,92, μυρμηκιών OR=1,49, ψώρας OR=1,96. Στην κατηγορία τύπος δαπέδου ως προς τη συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων μέσω της πολλαπλής ανάλυσης διασποράς προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για το πλαστικό δάπεδο σε δερματοπάθειες όπως, ονυχόλυση, δερματίτιδα από tape επιγονατίδες ή/και αθλητικά παπούτσια, θυλακίτιδα, ψωρίαση, ψείρες, αναφυλαξία $p < 0,05$. Για το τσιμεντένιο δάπεδο, καταγράφηκε ως συχνότερη η ψωρίαση $p < 0,05$.

Για το γήπεδο με άμμο οι δερματοπάθειες, δερματίτιδα από ταπε επιγονατίδες αθλητικά παπούτσια, ξηρότητα/ξηροδερμία, πομφόλυγες, ηλιακό έγκαυμα, κνίδωση από ζέστη ή κρύο $p < 0,05$. Για τους καθήμενους αθλητές σχετικά με τη συχνότητα νόσησης στο μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισαν επιφανειακά τραύματα, εγκαύματα από τριβή, ξηρότητα/ξηροδερμία, ονυχομυκητίαση, μυκητίαση άκρων ποδών. Από τις ιογενείς λοιμώξεις εμφανίστηκαν συχνότερα ο απλός / επιχείλιος έρπητας και ο έρπητας ζωστήρας, από τις βακτηριακές η λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, από τις αλλεργικές η κνίδωση από ζέστη και κρύο και η ακμή και η ψωρίαση από την κατηγορία άλλα δερματολογικά νοσήματα. Η παρούσα έρευνα που διεξήχθη για τους αθλητές της πετοσφαίρισης, του beach volley και των καθημένων αθλητών, απέδειξε ότι υπάρχει σωρεία δερματολογικών νοσημάτων, τα οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν οι αθλητές οι οποίοι αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, συχνά λόγω της αυξημένης έκθεσής τους σε διαφορετικούς ανθρώπους και περιβάλλοντα. Η εκπαίδευση όλων των συμμετεχόντων στον αθλητισμό, των προπονητών, του αθλητικού προσωπικού και των αθλητών είναι υψίστης σημασίας για τη δημόσια υγεία και για την πρόληψη. Θα πρέπει να γνωρίζουν τις κατάλληλες πρώτες βοήθειες για πληγές που είναι δυνητικά μολυσμένες και να αναζητούν ιατρική εξέταση. Σαφείς οδηγίες και μέτρα αντιμετώπισης, οι οποίες θα πρέπει να ανανεώνονται σύμφωνα με τα αποτελέσματα σύγχρονων ερευνών, πρέπει να είναι διαθέσιμες προς τους αθλητές, από τις αντίστοιχες αθλητικές ομοσπονδίες. Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι απαραίτητες και σχετίζονται με την πρόληψη και την επιστροφή στην προπόνηση.

Λέξεις κλειδιά: Αθλητές πετοσφαίρισης, αθλητές Beach Volley, καθημενοι αθλητές πετοσφαίρισης, ιογενείς, μυκητιασικές, βακτηριακές, παρασιτικές δερματικές λοιμώξεις, τραυματικές δερματικές βλάβες, δερματίτιδες, αλλεργίες, ακμή, ηλιακό έγκαυμα, ψωρίαση

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE INCIDENCE OF DERMATOLOGICAL DISEASES IN VOLLEYBALL ATHLETES WITH SPECIAL NEEDS

NIKI TERTIPI

Department of Biomedical Sciences

University of West Attica, 2022

In the present thesis, the dermatological diseases that can be caused in Volleyball athletes, Beach Volleyball athletes and athletes with special needs were investigated. There is no previous descriptive epidemiological research focusing exclusively on dermatological diseases but mainly focused on the risk of injuries. Epidemiological studies on the occurrence of skin diseases in athletes are lacking, with isolated cases that do not assess the causes, the effect of the environment and how these parameters may affect the health of athletes. Regarding volleyball athletes with special needs, there is no relevant study. Athletes' skin is exposed to a wide range of environmental and physical infectious agents, varying in severity and threatening the integrity of the skin barrier. The purpose of this thesis was to record the frequency of dermatological diseases that may occur in athletes who train in open, indoor and sandy courts, the locations where the dermatological diseases appeared, the season of the disease and whether the athletes stopped training as a result of the skin diseases. Coping practices regarding the diagnostic approach and treatment, including visits to a dermatologist or not, were also examined. Regarding the incidence of dermatological diseases, the differences between males and females, the consecutive use of sunscreen, the summer and off-summer training, the floor category, the number of training years, the number of weekly training, the average hours of daily training and the observance of hygiene rules, were examined. In this study, an online questionnaire was created and disseminated using Google Forms. Before the initiation of the online survey, a pilot study was conducted to ensure the accuracy and understanding of the questions. This study was approved by the Ethics Committee of Research of the University of West Attica and by the Hellenic Volleyball Federation and was sent to all sports clubs and beach volleyball athletes by email. The National Disabled Sports Federation forwarded the questionnaire to athletes with disabilities. Viral, bacterial,

fungal and parasitic skin infections, dermatitis, allergies, traumatic skin lesions, acne, sunburn and psoriasis were examined for all athletes. Using descriptive and inductive statistics, the characteristics and responses of the two samples, frequencies, percentages, mean values and standard deviations were recorded. The normality assumption was evaluated using the Kolmogorov–Smirnov criterion $p > 0.05$ for all variables. The OR index (odds ratio), was used to compare the two groups in terms of the occurrence of characteristic appears. Bivariate analyses were conducted and included the X^2 test and the X^2 trend test to determine the associations between categorical variables. Multiple analysis of variance (Manova) was used to examine the effect of several independent variables simultaneously on the incidence of dermatological diseases. The two-sided p-value of 0.05 was considered statistically significant. The study population consisted of 785 athletes, 456 were female and 329 were male, while the average age was 28.3 years. Of all athletes, 455 (58%) developed a dermatological disease during the training years. For athletes with special needs the study population consisted of 24 athletes, all male and the average age was 47.74 years. Of all athletes, 17 (70.8%) developed a dermatological disease during the training years. 69.6% had lower limb amputees and 70.8% had an additional limb on their body. According to the frequency of occurrence the heightened percentage was attributed to, traumatic skin infections from superficial wounds 63.9%, viral herpes labialis / herpes simplex 28.2%, fungal tinea pedis 27.9%, bacterial folliculitis and staphylococcus aureus 23.2%, and pediculosis 23.9%. Scabies occurred at the lowest rate in this study at 7.9%. Of different types of dermatitis dry skin/xerosis was recorded at 38.6%, of allergic diseases heat or cold-induced urticaria at 20.4%. Acne occurred in 30.6% of Volleyball athletes, sunburn in 46.4% and psoriasis in 10.3%. The parts of the body where the skin diseases appeared were, the head, trunk , upper and lower limbs and soles. Summer and winter were the seasons with the highest rate of occurrence. Inductive statistical analysis for differences between males and females about the incidence of dermatological diseases showed that males had a higher incidence of tinea pedis OR=1.56, superficial wounds OR=1.11, psoriasis OR=1.65, hand eczema OR=1.33, anaphylaxis OR=1.48, herpes labialis/ herpes simplex OR=1.3, varicella zoster OR=1.95, genital herpes OR=2.6, molluscum contagiosum OR=2.02, warts OR=1.85, scabies OR=1.68, genital warts OR=2.35. Women experienced a higher rate of acne OR=1.25. Summer training compared to other seasons showed a higher rate of dry skin OR=1.31, staphylococcus aureus infections OR=1.56, sunburn OR=1.56, warts OR=1.57, tape dermatitis, knee pads, athletic shoes OR=1.69. Those athletes who trained on sea sand

had a higher rate of tinea pedis OR=1.46. Observance of hygiene rules was important in terms of the occurrence of dermatological diseases as those athletes who observed them showed a lower percentage of superficial wounds OR=1.17, hematomas OR=1.37, subnuclear hematomas OR=1.47, tinea versicolor OR=1.73, dry skin OR=1.38, folliculitis OR=1.41, psoriasis OR=1.77, friction wheels OR=1.58, sunburn OR=1.25, acne OR=1.36, urticaria induced by cold or heat OR=1.59, herpes labialis/ herpes simplex OR=1.40, varicella zoster OR=1.59, genital herpes OR=1.75, molluscum contagiosum OR=1.92, warts OR=1.49, scabies OR=1.96. In the floor type category, in terms of the incidence of dermatological diseases through multiple analyses of variance, statistically significant differences were found for the plastic floor, onycholysis, dermatitis from tape knee pads athletic shoes, folliculitis, psoriasis, pediculosis, anaphylaxis $p < 0.05$. For the concrete floor category, psoriasis $p < 0.05$ had a statistically significant difference. For the sand court dermatitis statistically significant differences were seen from, tape knee pads, athletic shoes, dry skin, friction wheels, sunburn, heat or cold- induced urticaria $p < 0.05$. For athletes with special needs, regarding the incidence of disease, the highest percentage showed superficial wounds, friction burns, dry skin, onychomycosis and tinea pedis. Of viral infections, herpes labialis / herpes simplex and varicella zoster virus were the most common dermatoses, of bacterial infections, staphylococcus aureus skin infections and of allergic dermatoses, heat or cold induced urticaria. Acne and psoriasis were the most recorded, from the category of other dermatological diseases. The present study, conducted on volleyball athletes and volleyball athletes with special needs, demonstrated that there is a variety of dermatological diseases, seen in those athletes. Volleyball athletes are a high-risk population and have to deal with, often due to their increased exposure, to different people and environments. Education of all sports participants, coaches, sports staff and athletes is of paramount importance for public health and prevention. Appropriate first aid for potentially infected wounds and seeking medical advice for dermatological diseases are essential. Clear instructions which should be updated according to the results of current studies, should be available to athletes by the respective Sports Federations. Guidelines are necessary and are related to prevention, treatment and rapid return to sport.

Keywords: Volleyball, Beach volleyball athletes, athletes with special needs, viral infections, fungal infections, bacterial infections, parasitic infections, skin infections, dermatitis, allergy, acne, sunburn, psoriasis, trauma.

Στον επιβλέποντα καθηγητή μου

Στους γονείς μου και την οικογένειά μου



Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διατριβής μου απευθύνω ένα ολόψυχο και βαθύ ευχαριστώ σε όσους συνέβαλλαν, ο καθένας διαφορετικά και στήριξαν αυτή την προσπάθεια και με βοήθησαν να την ολοκληρώσω.

Το μεγαλύτερο ευχαριστώ το οφείλω στον επιβλέποντα της διδακτορικής μου διατριβής, Αναπληρωτή Καθηγητή Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), κύριο Ευστάθιο Ράλλη, για την ανεκτίμητη ευκαιρία που μου έδωσε, για την πολύπλευρη στήριξη και την αμέριστη συμπαράστασή του σε κάθε στάδιο αυτής της διαδρομής.

Τον ευχαριστώ θερμά που φώτισε την επαγγελματική μου πορεία, τον ευχαριστώ για την πλήρη εμπιστοσύνη που μου έδειξε, για τον σεβασμό και την ελευθερία που επέδειξε στα ερευνητικά μου ενδιαφέροντα και τη διαρκή επιστημονική καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Κοσμήτορα της σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας και Καθηγήτρια του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών, του ΠΑ.Δ.Α., κυρία Βασιλική Κεφαλά, για την αμέριστη συμπαράσταση, τις εποικοδομητικές συμβουλές, την ανιδιοτελή και ποικίλη υποστήριξη.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος την Αντιπρύτανη και καθηγήτρια του ΠΑ.Δ.Α., κυρία Έφη Παπαγεωργίου, που ως μέλος της τριμελούς επιτροπής, με ενθάρρυνε και με στήριξε ουσιαστικά. Την ευχαριστώ για την άμεση ανταπόκριση, κάθε φορά που χρειαζόμουν τη βοήθειά της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών, κύριο Νίκο Θαλασσινό, για την προθυμία του και για την άψογη συνεργασία που έχουμε.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω και στα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς επιτροπής που συμμετείχαν στην κρίση της διδακτορικής μου διατριβής και για τις εποικοδομητικές συμβουλές τους.

Ευχαριστώ τον Πρόεδρο του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών Καθηγητή κ. Δημήτριο Χανιώτη καθώς και τον κ. Φραγκίσκο Χανιώτη και όλο το Τμήμα Βιοϊατρικών

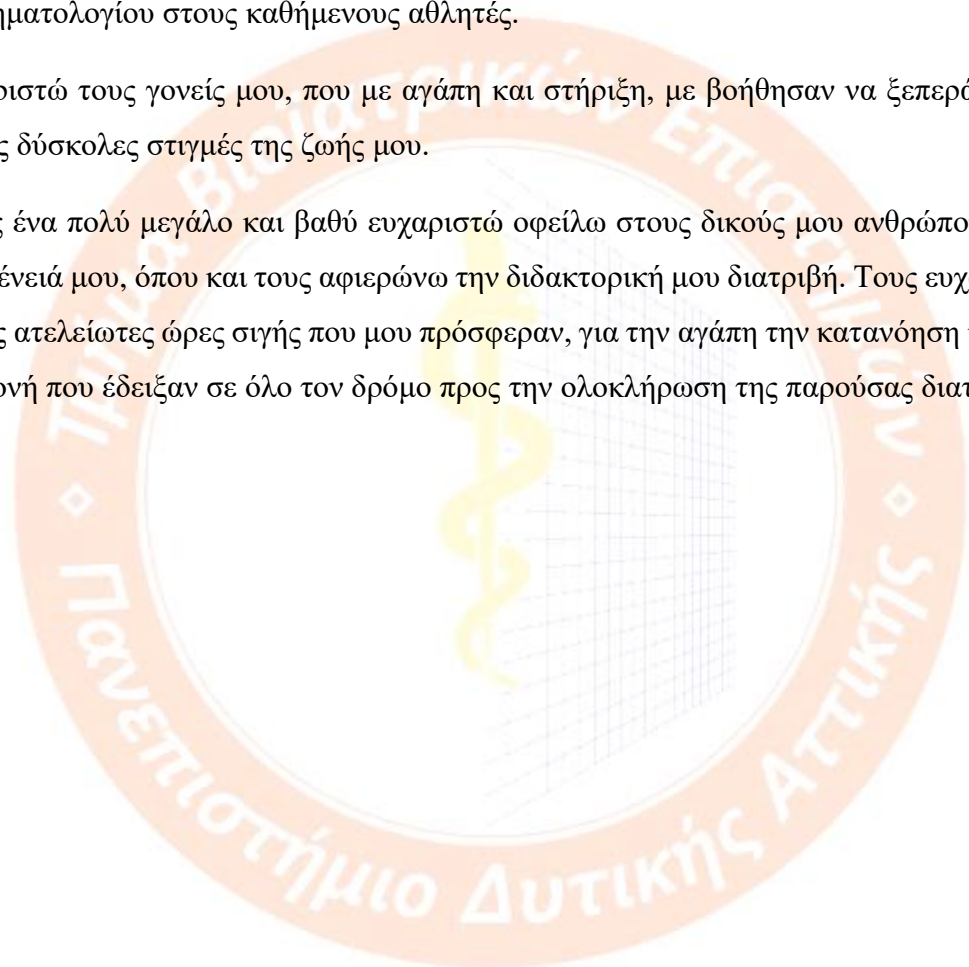
Επιστημών για την τιμή που μου έκαναν να μου εγκρίνουν την ανάθεση της διδακτορικής αυτής διατριβής και γενικότερα για όλη τη στήριξη που μου παρείχαν.

Ευχαριστώ θερμά την Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης και τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου για την άψογη συνεργασία, που αφορούσε την προώθηση των ερωτηματολογίων προς τα αθλητικά σωματεία και τους αθλητές του beach volley.

Ευχαριστώ την κυρία Ζωγράφου Γεωργία και Γονιού Ζωή, μέλος και συνεργάτιδα της Εθνικής Αθλητικής Ομοσπονδίας ατόμων με αναπηρίες για την προώθηση του ερωτηματολογίου στους καθημένους αθλητές.

Ευχαριστώ τους γονείς μου, που με αγάπη και στήριξη, με βοήθησαν να ξεπεράσω τις όποιες δύσκολες στιγμές της ζωής μου.

Τέλος ένα πολύ μεγάλο και βαθύ ευχαριστώ οφείλω στους δικούς μου ανθρώπους, την οικογένειά μου, όπου και τους αφιερώνω την διδακτορική μου διατριβή. Τους ευχαριστώ για τις ατελείωτες ώρες σιγής που μου πρόσφεραν, για την αγάπη την κατανόηση και την υπομονή που έδειξαν σε όλο τον δρόμο προς την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1 ^ο	3
1.1 Ιστορική ανασκόπηση του αθλήματος της πετοσφαίρισης	3
1.2 Ιστορική αναδρομή της πετοσφαίρισης παραλίας (beach volley)	4
1.3 Ιστορική ανασκόπηση πετοσφαίρισης καθήμενων αθλητών.....	4
Κεφάλαιο 2 ^ο	7
Βιβλιογραφική ανασκόπηση των τραυματισμών στην πετοσφαίριση	7
Κεφάλαιο 3 ^ο	12
Δερματοπάθειες σε αθλητές πετοσφαίρισης και αθλητές Beach Volley.....	12
Κεφάλαιο 4 ^ο	14
Δερματοπάθειες σε αθλητές.....	14
4.1 Ιογενείς δερματικές λοιμώξεις.....	14
4.2 Μυκητιασικές δερματικές λοιμώξεις.....	16
4.3 Βακτηριακές δερματικές λοιμώξεις	19
4.4 Δερματίτιδες	21
4.5 Κνίδωση	22
4.6 Τραύματα του δέρματος	23
4.7 Παρασιτικές δερματικές λοιμώξεις	26
4.8 Ηλιακό έγκαυμα - Ακμή - Ψωρίαση.....	26
Κεφάλαιο 5 ^ο	29
Λοιμώδεις Δερματοπάθειες και τραυματισμοί του δέρματος σε αθλητές ΑΜΕΑ	29
Κεφάλαιο 6 ^ο	32
Μεθοδολογία.....	32
6.1 Ορισμός και σκοπός της έρευνας.....	32
6.2 Επιμέρους στόχοι.....	32
6.3 Ημερομηνία ορισμού θέματος Διδακτορικής Διατριβής.....	33
6.4 Εργαλεία της έρευνας - έγκριση από φορείς	34
6.5 Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και από την Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης.....	34
6.6 Συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα	35
6.7 Κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα (inclusion criteria) αποτελούν τα εξής:	36
6.8 Κριτήρια για τη μη συμμετοχή στην έρευνα (exclusion criteria).....	36
6.9 Αποθήκευση και καταστροφή δεδομένων	36
6.10 Ηθικά διλήμματα	36

6.11 Δείγμα έρευνας - πληροφορίες ερωτηματολογίων	37
Κεφάλαιο 7 ^ο	40
7.1 Στατιστική ανάλυση.....	40
7.2 Αποτελέσματα.....	41
Χαρακτηριστικά Αθλητών.....	41
Χαρακτηριστικά Αθλητών ΑΜΕΑ.....	68
7.3 Δερματολογικά Νοσήματα Αθλητών.....	83
7.4 Δερματολογικά νοσήματα αθλητών ΑΜΕΑ.....	121
7.5 Επαγωγική στατιστική.....	138
Κεφάλαιο 8 ^ο	183
Συζήτηση - Συμπεράσματα	183
Βιβλιογραφία.....	217

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Εμφάνιση των πιο συχνών τραυματισμών σε σχέση με το φύλλο.....	11
Πίνακας 2. Φύλο	41
Πίνακας 3. Ηλικία, Βάρος, Ύψος & Δείκτης Μάζας Σώματος	42
Πίνακας 4. Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο	43
Πίνακας 5. Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε ανοιχτό γήπεδο	44
Πίνακας 6. Χρόνια ενασχόλησης με το Beach Volley.....	45
Πίνακας 7. Πλήθος εβδομαδιαίων προπονήσεων	46
Πίνακας 8. Μέσος όρος ωρών ημερήσιας προπόνησης.....	47
Πίνακας 9. Είδος γηπέδου στο οποίο πραγματοποιείτε η προπόνηση.....	48
Πίνακας 10. Δάπεδο γηπέδου.....	49
Πίνακας 11. Εποχή προπόνησης.....	50
Πίνακας 12. Ωράριο προπόνησης	51
Πίνακας 13. Χρήση προστατευτικών.....	52
Πίνακας 14. Χρήση ειδικών ισοθερμικών καλτσών για την προπόνηση στο beach volley.....	53
Πίνακας 15. Περίοδος χρήσης ειδικών ισοθερμικών καλτσών για την προπόνηση στο beach volley.....	54
Πίνακας 16. Ρούχα που φοράνε κατά την διάρκεια της προπόνησης beach volley.....	55

Πίνακας 17. Γνωρίζετε αν η άμμος ελέγχεται από αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό;	56
Πίνακας 18. Γνωρίζετε την ποιότητα της άμμου;	57
Πίνακας 19. Αν ναι, αυτή είναι	58
Πίνακας 20.Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;	59
Πίνακας 21. Αν κάνετε χρήση αντηλιακού, ο χρόνος εφαρμογής σε σχέση με την προπόνηση είναι:.....	60
Πίνακας 22.Τηρείτε τους κανόνες προσωπικής υγιεινής, χρήση ατομικής πετσέτας, σαγιονάρες.....	61
Πίνακας 23. Φοράτε γυαλιά ηλίου κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;	62
Πίνακας 24. Αλλεργίες.....	63
Πίνακας 25.Υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον;	64
Πίνακας 26. Αν ναι, ποιο /α δερματολογικά νόσημα/τα.....	65
Πίνακας 27. Είχατε κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσετε να ασχολείστε με το βόλεϊ ή το beach volley;.....	66
Πίνακας 28.Έχετε εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονείστε;	67
Πίνακας 29. Φύλο	68
Πίνακας 30. Ηλικία, βάρος, ύψος & Δείκτης Μάζας Σώματος	68
Πίνακας 31. Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο / καθημένων αθλητών.....	69
Πίνακας 32. Πλήθος εβδομαδιαίων προπονήσεων	69
Πίνακας 33. Μέσος όρος ωρών ημερήσιας προπόνησης.....	70
Πίνακας 34. Είδος γηπέδου στο οποίο πραγματοποιείτε η προπόνηση.....	70
Πίνακας 35. Δάπεδο γηπέδου.....	71
Πίνακας 36. Περίοδος που πραγματοποιείται η προπόνηση.....	72
Πίνακας 37. Ωράριο προπόνησης	73
Πίνακας 38. Χρήση προστατευτικών.....	73
Πίνακας 39. Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;	74
Πίνακας 40. Αν κάνετε χρήση αντηλιακού, ο χρόνος εφαρμογής σε σχέση με την προπόνηση είναι:.....	75
Πίνακας 41. Τηρείτε τους κανόνες προσωπικής υγιεινής, χρήση ατομικής πετσέτας;	75

Πίνακας 42. Φοράτε γυαλιά ηλίου κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;	76
Πίνακας 43. Αλλεργίες.....	76
Πίνακας 44.Υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον;	77
Πίνακας 45. Αν ναι, ποιο /α δερματολογικά νόσημα/τα	77
Πίνακας 46. Είχατε κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσετε να ασχολείστε με το βόλεϊ ή το beach volley;	78
Πίνακας 47.Έχετε εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονείστε;	78
Πίνακας 48. Αναπηρία	79
Πίνακας 49. Ανάγκες λόγω της αναπηρίας.....	80
Πίνακας 50. Η άσκηση συνέβαλλε στη μείωση του επιπέδου άγχους / στρες και στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας;.....	81
Πίνακας 51. Λόγοι κινητικής αναπηρίας	82
Πίνακας 52. Έχετε πρόσθετο μέλος στο σώμα σας;	82
Πίνακας 53. Συχνότητας νόσησης από δερματολογικά νοσήματα	83
Πίνακας 54. Διάρκεια συμπτωμάτων κατά την τελευταία εμφάνιση του κάθε νοσήματος	89
Πίνακας 55. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα....	96
Πίνακας 56. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης.....	103
Πίνακας 57. Διάρκεια διακοπής της προπόνησης, της πιο πρόσφατης νόσησης..	109
Πίνακας 58. Επισκεφτήκατε δερματολόγο ή κάνατε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων όταν νοσήσατε;.....	114
Πίνακας 59. Συχνότητας νόσησης από δερματολογικά νοσήματα	121
Πίνακας 60. Διάρκεια συμπτωμάτων κατά την τελευταία εμφάνιση του κάθε νοσήματος	125
Πίνακας 61. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα..	127
Πίνακας 62. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης.....	130
Πίνακας 63. Διάρκεια διακοπής της πιο πρόσφατης νόσησης.....	133
Πίνακας 64. Επισκεφτήκατε δερματολόγο ή κάνατε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων όταν νοσήσατε.....	135
Πίνακας 65. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	138
Πίνακας 66. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών βαθμού χρήσης αντηλιακού ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	144

Πίνακας 67. Διαφορές μεταξύ της προπόνησης το καλοκαίρι και της περιόδου εκτός καλοκαιριού ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	147
Πίνακας 68. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών τάπητα που πραγματοποιούνται προπονήσεις ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	151
Πίνακας 69. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών χρονικής ενασχόλησης με το beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	154
Πίνακας 70. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών για τον αριθμό προπονήσεων με το beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	157
Πίνακας 71. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών για τον μέσο όρο ωρών ημερήσιας προπόνησης με το beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων	161
Πίνακας 72. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών που τηρούν πάντα έναντι όσων τηρούν μερικές φορές τους κανόνες προσωπικής υγιεινής στο beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.....	166
Πίνακας 73. Πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς.....	171
Πίνακας 74. Πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς.....	174
Πίνακας 74. Παράρτημα 1.....	175
Πίνακας 75. Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών.....	179

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Ποσοστά εμφάνισης από το μικρότερο προς το μεγαλύτερο.....	86
Γράφημα 2. Ποσοστά εμφάνισης ανά κατηγορίες νοσημάτων.....	87
Γράφημα 3. Ποσοστά εμφάνισης ανά κατηγορίες νοσημάτων.....	88
Γράφημα 4. Διάρκεια συμπτωμάτων: «Λιγότερο από 1 εβδομάδα ή 1 μήνα»	93
Γράφημα 5. Διάρκεια συμπτωμάτων ανά κατηγορίες νοσημάτων	94
Γράφημα 6. Διάρκεια συμπτωμάτων ανά κατηγορίες νοσημάτων.....	95
Γράφημα 7. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα ανά κατηγορίες νοσημάτων.....	101
Γράφημα 8. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα ανά κατηγορίες νοσημάτων.....	102
Γράφημα 9. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης ανά κατηγορίες νοσημάτων	107

Γράφημα 10. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης ανά κατηγορίες νοσημάτων	108
Γράφημα 11. Ποσοστό αθλητών που διέκοψε την προπόνηση της πιο πρόσφατης νόσησης.....	113
Γράφημα 12. Ποσοστό αθλητών που διέκοψε την προπόνηση της πιο πρόσφατης νόσησης.....	114
Γράφημα 13. Επίσκεψη σε δερματολόγο / χρήση φαρμάκων ανά κατηγορίες νοσημάτων	119
Γράφημα 14. Επίσκεψη σε δερματολόγο / χρήση φαρμάκων ανά κατηγορίες νοσημάτων	120
Γράφημα 15. Συχνότητα νόσησης από δερματολογικά νοσήματα.....	124
Γράφημα 16. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα..	129
Γράφημα 17. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης.....	132
Γράφημα 18. Επίσκεψη σε δερματολόγο / χρήση φαρμάκων.....	137
Γράφημα 19. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.....	143
Γράφημα 20. Ποσοστό εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων μεταξύ της προπόνησης το καλοκαίρι και της περιόδου εκτός καλοκαιριού.....	150
Γράφημα 21. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων σε σχέση με τις εβδομαδιαίες προπονήσεις <4 - >4 φορές την εβδομάδα.....	160
Γράφημα 22. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων σε σχέση με το χρόνο ημερήσιας προπόνησης.....	165
Γράφημα 23. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων σε σχέση με τη τήρηση των κανόνων υγιεινής.....	170

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1. Έγκριση από Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης	226
Παράρτημα 2. Επιστολή της Ελληνικής Ομοσπονδίας Πετοσφαίρισης προς τους Αθλητικούς συλλόγους και τους αθλητές.....	227
Παράρτημα 3. Ερωτηματολόγιο αθλητών και αθλητριών Πετοσφαίρισης και του Beach Volley.....	228
Παράρτημα 4. Ερωτηματολόγιο καθημένων αθλητών Πετοσφαίρισης	237

Εισαγωγή

Το δέρμα των αθλητών εκτίθεται σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλλοντικών, φυσικών και μολυσματικών παραγόντων που απειλούν την ακεραιότητα του δερματικού φραγμού. Η εμφάνιση δερματικών παθήσεων φαίνεται ότι συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με το είδος του αθλήματος.

Οι δερματικές λοιμώξεις διαγιγνώσκονται συχνότερα σε αθλητές που συμμετέχουν σε αθλήματα επαφής. Η αυξημένη εφίδρωση, η θερμότητα, η τριβή που προκαλείται από τα αθλητικά ρούχα και η στενή επαφή με το σώμα, σχετίζονται με την εμφάνιση και την ευρεία κατανομή των δερματοπαθειών σε αθλητές. [1] Οι τραυματικές βλάβες εντοπίζονται σε αθλητές διαφόρων ειδικοτήτων, με τα πόδια και τα χέρια να βρίσκονται σε προδιάθεση. Πομφόλυγες, διαβρώσεις, εκδορές, και επιφανειακά τραύματα, απαντώνται συχνά και είναι πιο εμφανή στο σώμα του αθλητή.

Οι δερματικές παθήσεις των αθλητών είναι συνήθως μολυσματικές στη φύση τους, λόγω του εγγενούς περιβάλλοντος. Βλάβες που προκαλούνται από μικρόβια, ιούς ή μύκητες διαγιγνώσκονται συχνά. Οι ιογενείς μολυσματικές ασθένειες, αν και δεν είναι απειλητικές για τη ζωή των αθλητών, ενδεχομένως να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αθλητική απόδοση, όσον αφορά το χρόνο που μπορεί να μείνει εκτός δράσης ένας αθλητής, ενώ ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά και την καριέρα των επαγγελματιών αθλητών.

Άλλοι δυνητικά επιβλαβείς παράγοντες που προκαλούν δερματικές εκδηλώσεις είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις που προκύπτουν από μια πληθώρα αλλεργιογόνων, όπως για παράδειγμα ουσίες που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή αθλητικών ειδών ή χημικές ουσίες των αντηλιακών σκευασμάτων. Οι αλλεργικές αντιδράσεις μπορεί να προκληθούν και από αλλεργιογόνα που βρίσκονται στην ατμόσφαιρα, στο νερό ή στα αθλητικά ρούχα, ανάλογα με το περιβάλλον που σχετίζεται ο εκάστοτε αθλητικός κλάδος. [2] Στις υπαίθριες αθλητικές δραστηριότητες, η αυξημένη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, δεν πρέπει να υποτιμάται καθώς παραμένει ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ηλιακού εγκαύματος και μακροπρόθεσμα, ανάπτυξης καρκίνου του δέρματος.

Λαμβάνοντας υπόψη την τεράστια ποικιλία των στρεσογόνων παραγόντων καθώς και το πλήθος των αθλημάτων, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι ορισμένες δερματοπάθειες είναι πιο διαδεδομένες σε αθλητές συγκεκριμένων αθλημάτων σε σύγκριση με άλλες.

Οι αθλητές εμφανίζουν σοβαρές μορφές ακμής η οποία μπορεί να συνδέεται με τον ερεθισμό του δέρματος εξαιτίας της επαφής με τα προστατευτικά αθλητικά ρούχα ή να προκαλείται από την κατάχρηση αναβολικών φαρμάκων. [3] Σε αθλητές αγώνων, οι δερματικές διαταραχές μπορεί να εκδηλωθούν με ένα συγκεκριμένο μοτίβο ή σε συγκεκριμένο σημείο στο σώμα. Η έγκαιρη αναγνώριση είναι σημαντική για τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Δερματικές παθήσεις μπορεί να εκδηλωθούν ή να επιδεινωθούν με επαναλαμβανόμενο μηχανικό τραυματισμό, σε συνδυασμό με την έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους. Οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τον αθλητισμό μπορεί να επιδεινώσουν άλλες προϋπάρχουσες δερματολογικές παθήσεις, που ενδεχομένως να είναι άγνωστες στον αθλητή. Η ηλικία, ο τύπος δέρματος και το φύλο του αθλητή επηρεάζουν το ποσοστό ευαισθησίας. [1,3]

Επιδημιολογικές μελέτες σχετικές με την εμφάνιση των δερματικών παθήσεων στην πετοσφαίριση και των συγγενών αθλημάτων όπως, η πετοσφαίριση παραλίας (beach volley) και η πετοσφαίριση καθήμενων αθλητών, δεν συναντώνται στη βιβλιογραφία, παρά μόνο μεμονωμένες αναφορές οι οποίες δεν περιέχουν σύγχρονα δεδομένα. Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η συμβολή στη μελέτη και αξιολόγηση της επίπτωσης των δερματικών παθήσεων σε αθλητές που αγωνίζονται στο άθλημα της πετοσφαίρισης, του beach volley, και της πετοσφαίρισης καθήμενων αθλητών.

Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή του αθλήματος της πετοσφαίρισης

Η αρχική μορφή του αθλήματος εξελίχθηκε και άλλαξε πολλές μορφές για να φτάσει μέχρι σήμερα, σε αυτό που ονομάζεται πετοσφαίριση ή όπως είναι διεθνώς γνωστό, Volleyball. Η πετοσφαίριση ανακαλύφθηκε αρχικά το 1895 από τον William G. Morgan στο Holyoke της Μασαχουσέτης. Η αρχική ονομασία του σπορ ήταν “Mintonette” και ο σκοπός του δημιουργού ήταν να εφεύρει ένα άθλημα που ήταν συνδυασμός της καλαθοσφαίρισης, της χειροσφαίρισης (handball) και του baseball.

Το πρώτο επίσημο παιχνίδι πετοσφαίρισης στην ιστορία, έγινε την 7^η Ιουλίου του 1896 στο κολλέγιο του Springfield της Μασαχουσέτης. Το άθλημα είχε θετική απήχηση τόσο στους αθλητές όσο και στους θεατές και αναπτύχθηκε με ιδιαίτερα γρήγορους ρυθμούς και σε άλλες πολιτείες των ΗΠΑ. [4] Η πρώτη ειδική μπάλα βόλεϊ, κατασκευάστηκε το 1900.

Στην Ευρώπη μεταφέρθηκε κατά τη διάρκεια του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου από τους Αμερικανούς στρατιώτες. Ο ιδρυτής της πετοσφαίρισης το 1952 το ονόμασε Volleyball, μια ονομασία που διατηρεί μέχρι και σήμερα. [5]

Στις αρχικές μορφές του αθλήματος της πετοσφαίρισης, η συμμετοχή των γυναικών δεν συνηθίζονταν, ωστόσο το 1928, η συμμετοχή τους στο άθλημα θεσμοθετήθηκε μαζί με την τροποποίηση συγκεκριμένων κανόνων από την Committee of Volleyball for Girls and Women.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης (Fédération Internationale de Volleyball ή FIVB) ιδρύθηκε το 1947 στο Παρίσι, όπου διαμορφώθηκαν οι ενιαίοι διεθνείς κανονισμοί. Η Ευρωπαϊκή Συνομοσπονδία Πετοσφαίρισης (Confédération Européenne de Volleyball ή CEV) ιδρύθηκε το 1963.

Η πετοσφαίριση εντάχθηκε στο πρόγραμμα της Ολυμπιάδας του Τόκιο το 1964, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. [4] Στην Ελλάδα εισήχθη το 1922 από τον Πανιώνιο και τη ΧΑΝΘ. Διαδόθηκε και σε άλλους συλλόγους με αποτέλεσμα να προκηρυχτούν τα πρώτα πρωταθλήματα το 1924 - 1926.

Σήμερα, η πετοσφαίριση παίζεται σε αρκετούς διαφορετικούς αγωνιστικούς χώρους, σε εσωτερικούς χώρους με γήπεδα από ξύλο και συνθετικά υλικά. Σε εξωτερικούς χώρους παίζεται σε γήπεδα από τσιμέντο και άμμο.

1.2 Ιστορική αναδρομή της πετοσφαίρισης παραλίας (beach volley)

Το beach volleyball, ξεκίνησε ως μια παραλλαγή του ποδοσφαίρου σάλας η οποία το πιθανότερο είναι να έχει τις ρίζες της στο 1915 στην παραλία του Waikiki της Χαβάη. Σύμφωνα με τις μαρτυρίες μιας συνέντευξης ενός μέλος του Outrigger Canoe Club, το 1978, κάποιος τοποθέτησε ένα δίχτυ στην εν λόγω παραλία και έλαβε χώρα ο πρώτος αγώνας beach volley. [6] Το 1920, στην Σάντα Μόνικα της Καλιφόρνια, δημιουργήθηκε μια μεγάλη αμμώδης έκταση για την ψυχαγωγία του κοινού, γεγονός που αποτέλεσε το έναυσμα της εξέλιξης του αθλήματος.

Το beach volley ήταν ιδιαίτερα δημοφιλές στις ΗΠΑ και η δημοτικότητα αυξήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό κατά την μεγάλη οικονομική κρίση του 1930. Την ίδια χρονική περίοδο, έκανε την εμφάνισή του και στην Ευρώπη, ενώ μέχρι το 1940 ξεκίνησαν τα πρώτα επίσημα τουρνουά. Το 1974 πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το πρώτο πρωτάθλημα beach volley, ενώ η πρώτη επαγγελματική διοργάνωση ήταν το Ολυμπιακό Παγκόσμιο Πρωτάθλημα το 1976 που έγινε στην Καλιφόρνια.

Ο διεθνής οργανισμός ο οποίος είναι υπεύθυνος για το άθλημα του beach volley, είναι η Federation Internationale de Volleyball (FIVB) και κάθε 4 χρόνια, δημοσιεύει τους επίσημους κανόνες.

1.3 Ιστορική αναδρομή πετοσφαίρισης καθήμενων αθλητών

Η πετοσφαίριση καθήμενων αθλητών απευθύνεται σε αθλητές με κάποια μορφή αναπηρίας. Σε αντίθεση με την τυπική πετοσφαίριση, ο βασικότερος κανόνας είναι ότι ο αθλητής πρέπει να έχει έναν από τους δύο γλουτούς σε συνεχή επαφή με το δάπεδο του γηπέδου σε όλη τη διάρκεια του αγώνα. Το 1976 στους Παραολυμπιακούς αγώνες του Τορόντο, έγινε ο πρώτος αγώνας.

Το 1980 εντάχθηκε για πρώτη φορά στο αγωνιστικό πρόγραμμα των Παραολυμπιακών Αγώνων, η Πετοσφαίριση για άτομα με αναπηρία, με συμμετοχή 7 ομάδων. Από το 1993 διοργανώνονται Παγκόσμια Πρωταθλήματα Πετοσφαίρισης καθήμενων αθλητών για άνδρες και γυναίκες.

Στους Παραολυμπιακούς Αγώνες του Σίδνεϋ το 2000, το άθλημα περιελάβανε 2 αγωνίσματα: την πετοσφαίριση όρθιων και την πετοσφαίριση καθήμενων στο έδαφος αθλητών. Με απόφαση της Διεθνούς Παραολυμπιακής Επιτροπής σήμερα διεξάγεται μόνο το αγώνισμα της πετοσφαίρισης καθήμενων. Η συγκεκριμένη αυτή εναλλακτική μορφή πετοσφαίρισης επινοήθηκε το 1956 στην Ολλανδία από την Dutch Sport Committee ως μέθοδος αποκατάστασης για τραυματίες στρατιώτες. [7] Αφορά αθλητές με αναπηρίες όπως, ακρωτηριασμούς, τραυματισμούς στη σπονδυλική στήλη, εγκεφαλική παράλυση, τραυματισμούς του εγκεφάλου και αθλητές μετά από οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι αθλητές αυτοί χωρίζονται σε 2 βασικές κατηγορίες: τους αθλητές με ελάχιστη αναπηρία (Minimally Disabled – MD) και τους αθλητές με αναπηρία (Disabled – D). Η βασική διαφορά στις δύο αυτές κατηγορίες είναι ότι, ενώ οι MD αθλητές έχουν χάσει μόνο ένα κλάσμα της μυϊκής δύναμης και ευλυγισίας σε ένα από τα μέλη του σώματός τους, οι αθλητές της κατηγορίας D έχουν χάσει όλη την μυϊκή τους δύναμη και ευλυγισία σε ένα μέλος του σώματός τους. Μόνο 2 αθλητές MD επιτρέπονται να συμμετέχουν σε 1 ομάδα πετοσφαίρισης καθήμενων αθλητών, που λαμβάνει μέρος στο Παραολυμπιακό τουρνουά, και μόνο 1 από αυτούς επιτρέπεται να αγωνίζεται κάθε φορά. Ο περιορισμός αυτός έχει εισαχθεί προκειμένου να διατηρηθεί ο δίκαιος ανταγωνισμός ανάμεσα στις ομάδες. Οι υπόλοιποι παίκτες θα πρέπει να ανήκουν στην κατηγορία D. [7,8]

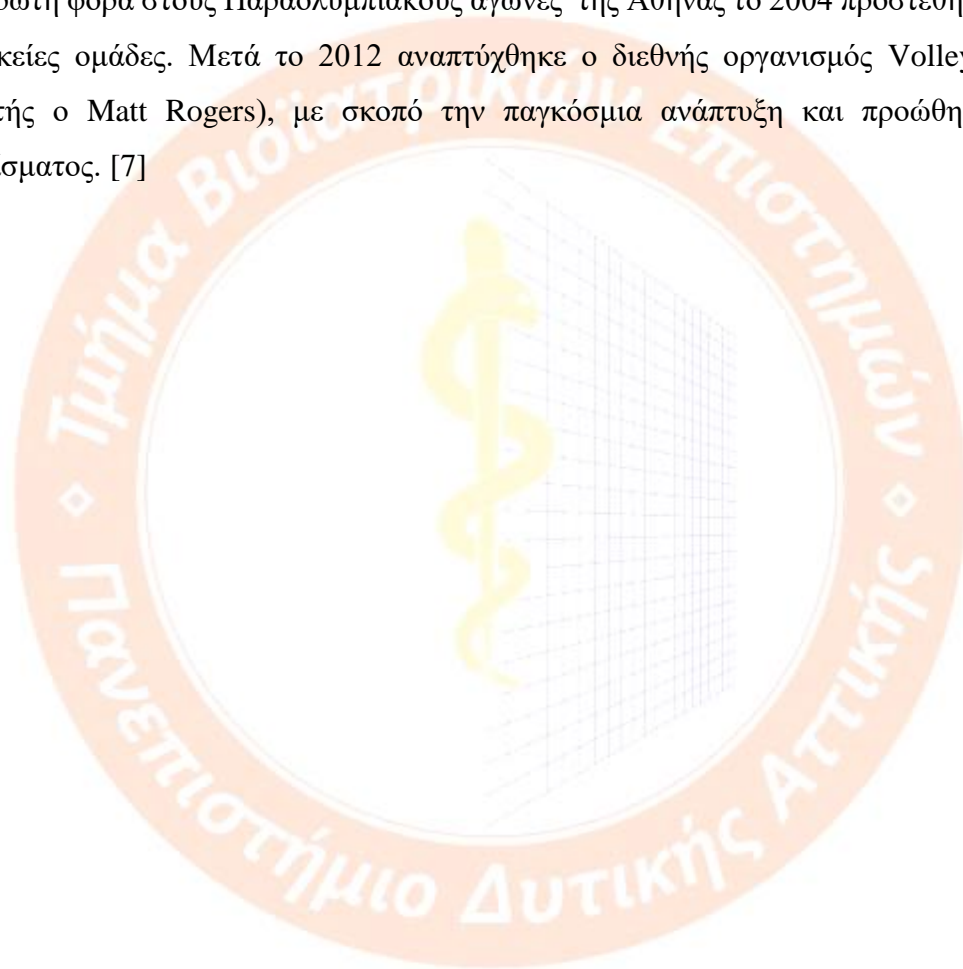
Στη πετοσφαίριση καθήμενων μπορούν να αγωνιστούν αθλητές με κινητικές αναπηρίες όπως:

- ακρωτηριασμός
- εγκεφαλική παράλυση
- κάκωση νωτιαίου μυελού και
- άλλες κινητικές αναπηρίες (κατηγορία Les Autres).

Αθλητές που έχουν το δικαίωμα να αγωνιστούν στη πετοσφαίριση καθήμενων είναι:

- αθλητές με ακρωτηριασμό άνω ή κάτω άκρου
- αθλητές με δυσπλασίες ή αθλητές με κινητική πάρεση ή ολική παράλυση των κάτω άκρων
- αθλητές της κατηγορίας Les Autres με αναπηρίες όπως δυσπλασία ή εξάρθρωση των ισχίων, ολική ενδοπρόθεση του γονάτου ή του ισχίου, ατέλεια κυκλοφοριακή ανεπάρκεια του κάτω άκρου, κ.λπ. [9]

Για πρώτη φορά στους Παραολυμπιακούς αγώνες της Αθήνας το 2004 προστέθηκαν και γυναικείες ομάδες. Μετά το 2012 αναπτύχθηκε ο διεθνής οργανισμός Volley SIDE (ιδρυτής ο Matt Rogers), με σκοπό την παγκόσμια ανάπτυξη και προώθηση του αγωνίσματος. [7]



Κεφάλαιο 2^ο

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των τραυματισμών στην πετοσφαίριση

Η πετοσφαίριση και το beach volley, είναι αθλήματα πολύ δημοφιλή, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς νεαρών ενηλίκων και έχει υψηλό ποσοστό τραυματισμών. [10] Η πλειοψηφία αυτών αφορά μυοσκελετικούς τραυματισμούς, που συνδέονται με τα επαναλαμβανόμενα άλματα μεγάλου ύψους, τα οποία προκαλούν μεγάλη επιβάρυνση κατά την προσγείωση.

Την τελευταία δεκαετία οι προπονήσεις των αθλητών της πετοσφαίρισης, έχουν αυξηθεί κατά 50% σε χρονική διάρκεια, γεγονός που καθιστά τους αθλητές περισσότερο ευάλωτους σε τραυματισμούς. [11,12] Επιπλέον, αναφέρεται ότι οι περισσότεροι επίπονοι τραυματισμοί είναι στους τένοντες και συμβαίνουν σε παίκτες που αγωνίζονται σε υψηλότερο επίπεδο. Η προπόνηση των παικτών αυτών, προσδίδει μεγαλύτερη επιβάρυνση στο μυοσκελετικό σύστημα. Στατιστικά, ποσοστό μεγαλύτερο από 50% του συνόλου των επαγγελματιών αθλητών της πετοσφαίρισης, τραυματίζεται κατά τη διάρκεια της αγωνιστικής περιόδου. [13]

Στο beach volley αυξημένοι παρουσιάζονται τραυματισμοί στην άρθρωση του αστραγάλου και στην άρθρωση του ώμου, ενώ το γεγονός ότι σε κάθε ομάδα αγωνίζονται 2 μόνο παίκτες επιβαρύνει ακόμη περισσότερο το μυοσκελετικό σύστημα των αθλητών, που λαμβάνουν μέρος και στην άμυνα και στην επίθεση, στον ίδιο βαθμό. Στην πετοσφαίριση σάλας αυξημένοι είναι οι τραυματισμοί στα κάτω άκρα λόγω της σκληρότητας της επιφάνειας. [11]

Το ενδιαφέρον για τους τραυματισμούς στην ποδοκνημική άρθρωση είναι συνεχώς αυξανόμενο με ερευνητικές μελέτες, τόσο στο βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο όσο και στο beach volley. Τα διαστρέμματα του αστραγάλου, η αχίλλειος τενοντίτιδα, η πελματιαία περιτονίτιδα, η υπερέκταση των μεταταρσιοφαλαγγικών αρθρώσεων, είναι οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί. [11] Στα αθλήματα που οι αθλητές αγωνίζονται χωρίς παπούτσια, μεταξύ των οποίων και το beach volley, οι τραυματισμοί στον αστράγαλο είναι λιγότερο συνηθισμένοι από τους εσωτερικούς χώρους.

Από την άλλη πλευρά, οι εκδορές στο δέρμα είναι πολύ συχνές, ενώ το «πόδι της άμμου» είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία για να περιγράψει τραυματισμούς σε αθλήματα άμμου. [11]

Μια άλλη ομάδα μελετών επικεντρώθηκε στην άρθρωση του ώμου. Η πρώτη ειδική μελέτη για τον ώμο δημοσιεύθηκε το 2009, [14] όπου αναφέρθηκε ότι, ο επιπολασμός της ατροφίας των μυών στο επαγγελματικό beach volley κυμαινόταν στο 30% των παικτών, ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενου τραυματισμού. [16] Άλλες μελέτες που επικεντρώνονταν στον ώμο, έχουν αναφέρει περιπτώσεις ασβεστοποιούς τενοντοπάθειας, φλεγμονής της μανσέτας και εκφυλισμού του στροφικού πετάλου, σε Ιταλούς αθλητές στο beach volley. [15]

Παρά το γεγονός ότι οι μελέτες για την άρθρωση της ωμοπλάτης και του γονάτου στους αθλητές του volley είναι πτωχότερες στη βιβλιογραφία, παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Όσον αφορά το γόνατο, το πρώτο άρθρο εμφανίζεται το 2008. [16] Από τους 202 αθλητές που μελετήθηκαν, οι 34 διαγνώστηκαν με τενοντίτιδα στο τετρακέφαλο και οι 13, με τενοντίτιδα στην επιγονατίδα. Διαπιστώθηκε ότι οι αθλητές ήταν πιο επιρρεπείς στους τραυματισμούς που προέρχονται από επιθετικές και αμυντικές ενέργειες στην παραλία, με τον ώμο να αποτελεί τον πιο συνηθισμένο τραυματισμό. Οι περισσότεροι τραυματισμοί παρατηρήθηκαν στο μπλοκ και στην επιθετική ενέργεια, στο βόλεϊ εσωτερικού χώρου, με τον τραυματισμό στην περιοχή των δακτύλων του χεριού και του αστραγάλου να είναι οι πιο συχνοί. [16]

Από μελέτη όπου αξιολογήθηκε το μοτίβο των τραυματισμών σε αθλητές πετοσφαίρισης και beach volley, φάνηκε ότι στην άρθρωση του γονάτου οι τραυματισμοί κυμαίνονται στο 20%, στην ποδοκνημική άρθρωση 17%, στις αρθρώσεις των δακτύλων 15% και στην άρθρωση του ώμου 13.1%. [17]

Μια ανασκοπική μελέτη των πιο κοινών τραυματισμών στην πετοσφαίριση και το beach volley δημοσιεύθηκε το 2012. Οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί ήταν στον αστράγαλο, το γόνατο και τον ώμο. [18] Στους Ολυμπιακούς Αγώνες, στο Πεκίνο το 2008 [19] και στο Λονδίνο το 2012, [20] καταγράφηκαν τραυματισμοί beach volley.

Οι τραυματισμοί αυτών των αθλητών κατά τη διάρκεια των αγώνων αντιπροσώπευαν το 8,3% και το 12,5% του συνόλου των καταγεγραμμένων τραυματισμών σε όλα τα αθλήματα, αντίστοιχα.

Έχουν δημοσιευθεί άλλες 2 μελέτες που συγκρίνουν τραυματισμούς σε παίκτες beach volley με άλλες μεταβλητές ή άλλα αθλήματα. Στην πρώτη, πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των μεθόδων προπόνησης και της επίπτωσης των τραυματισμών. [15] Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί ήταν τα διαστρέμματα στον αστράγαλο, οι τραυματισμοί στην πλάτη και οι τραυματισμοί στο γόνατο. [15] Στην άλλη μελέτη του 2006 πραγματοποιήθηκε σύγκριση των τραυματισμών για 2 αθλήματα άμμου, συγκρίνοντας τους παίκτες beach volley με τους ποδοσφαιριστές παραλίας. [21] Διαπιστώθηκε ότι οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί ήταν στους τένοντες και στους συνδέσμους (36%), ακολουθούμενοι από τραυματισμούς στο πόδι και τον αστράγαλο, με τις δερματικές βλάβες να είναι οι συχνότερες. [21]

Η επιφάνεια του γηπέδου μπορεί να αποτελέσει σημαντικό επιβαρυντικό ή ανασταλτικό παράγοντα για την συχνότητα εμφάνισης τραυματισμών. Στην πετοσφαίριση σάλας υπάρχει μειωμένη συχνότητα τραυματισμών σε σχέση με το beach volley. Η επιφάνεια του παιχνιδιού και ο συνολικός αριθμός παικτών ανά ομάδα, αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες για αυτό.

Ο αριθμός των παικτών στο beach volley (2 παίκτες ανά ομάδα), και ο αριθμός των επαναλήψεων διαφορετικών τεχνικών ενεργειών, αναγκάζουν τους παίκτες να εκτελούν μεγαλύτερο αριθμό ενεργειών σε όλο το παιχνίδι. Για τους παίκτες του beach volley, σε δημοσιευμένες μελέτες, διαπιστώθηκε μια επίπτωση τραυματισμού μεταξύ 3,9 - 4,9 τραυματισμών ανά 1000 προπονητικές ώρες, τόσο στην αγωνιστική περίοδο όσο και στην προπόνηση, με την πλειονότητα αυτών να προκαλούνται σε αμυντικές και σε επιθετικές ενέργειες. Ο κυριότερος λόγος αυτών των τραυματισμών ήταν ο αυξημένος αριθμός επαναλήψεων και η ταχύτητα εκτέλεσης των εκρηκτικών ενεργειών, όπου οι αθλητές υποβάλλονται στη διάρκεια της προπόνησης και του αγώνα. Τα μέρη του σώματος που καταπονούνται περισσότερο ήταν τα γόνατα, ο αστράγαλος και τα δάχτυλα, ενώ από τη συχνότητα επαναλαμβανόμενων κινήσεων, η πλάτη, το γόνατο και ο ώμος. [3]

Οι σημαντικότεροι παράγοντες επικινδυνότητας για την πρόκληση τραυμάτων σε αθλητές volley ήταν η αγωνιστική τους κατάσταση, η ηλικία, το φύλλο, η συμμετοχή σε αγώνες, οι προπονήσεις, το είδος της προπόνησης που ακολουθούσαν και η επιφάνεια στην οποία γινόταν ο αγώνας (σκληρή ή μαλακή). [13, 22, 23]



Πίνακας 1: Εμφάνιση των πιο συχνών τραυματισμών σε σχέση με το φύλο σε 158 παίκτες (83 γυναίκες 75 άνδρες). [13]

Μέλος σώματος	Άνδρας (n=35)	Γυναίκα (n=47)	Σύνολο (n=82)
Κεφάλι	0	1	1
Πρόσωπο	1	0	1
Δάχτυλα χεριού	4	5	9
Χέρι	0	1	1
Αγκώνας	0	1	1
Ωμος	10	5	15
Οσφυϊκή μοίρα	6	13	19
Βουβωνική χώρα	0	1	1
Μηρός	0	1	1
Γόνατο	10	11	21
Κνήμη	2	11	13
Αστράγαλος	13	15	28
Πόδι	4	6	10
Σύνολο τραυματισμών	50	71	121

Κεφάλαιο 3^ο

Δερματοπάθειες σε αθλητές volley και beach volley

Η παγκοσμιοποίηση του ανταγωνιστικού αθλητισμού αναγκάζει τους αθλητές να ταξιδεύουν σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων και περιοχών όπου οι παρασιτικές ασθένειες είναι ενδημικές. Η παρουσία μικροοργανισμών στην άμμο είναι είτε αποτέλεσμα φυσικών φαινομένων χωρίς ανθρώπινη παρέμβαση (ενδογενείς), είτε αποτέλεσμα της ανθρώπινης παρουσίας σε αυτήν, λόγω των παραπροϊόντων του μεταβολισμού των ανθρώπων. Ο κίνδυνος μόλυνσης ενεργών αθλητών beach volley με παθογόνους παράγοντες που προέρχονται από το νερό, την άμμο και το έδαφος είναι αυξημένος. [24]

Χώρες της Ασίας και της Αφρικής αντιμετωπίζουν προβλήματα αδέσποτων ζώων, τα οποία αποτελούν πιθανή πηγή μόλυνσης από δερματικές προνύμφες όπως, η δερματική μυΐαση (*Cutaneous Larva Migrans*, CLM). Τα παράσιτα από σκύλους και συγκεκριμένα το *Ancylostoma brasiliense* και το *Ancylostoma caninum*, ενοχοποιούνται για το 98% όλων των περιπτώσεων. Οι αθλητές συνήθως μολύνονται μέσω άμεσης επαφής με την άμμο, μέσω περπατήματος χωρίς υποδήματα στην παραλία, όπου το υγρό, αμμώδες έδαφος ευνοεί την ανάπτυξη των προνυμφών. [24]

Αν και η CLM είναι η πιο κοινή ταξιδιωτική ασθένεια, στη βιβλιογραφία αναφέρονται μόλις 2 περιπτώσεις αθλητών beach volleyball. [24] Στο Εθνικό Κέντρο Αθλητικής Ιατρικής στη Βαρσοβία, κατά τη διάρκεια δερματολογικής εξέτασης, μια 20χρονη Πολωνή αθλήτρια beach volley, ανέφερε ακανόνιστες δερματικές αλλαγές με τη μορφή οξιδίων στα πόδια της. Είχε συμμετάσχει στο Volleyball World Beach Tour στην Ασία (Κίνα, Μαλαισία και Καμπότζη), κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μήνα από εκείνο της διάγνωσης. Στο τμήμα επειγόντων περιστατικών μολυσματικών ασθενειών, διαγνώστηκε με δερματική μυΐαση. Οι βλάβες στη CLM εντοπίζονται κυρίως σε γλουτούς, πόδια ή μηρούς, αλλά μπορεί επίσης να εμφανιστούν σε χέρια, αγκώνες, γόνατα, ράχη και σπάνια στο πρόσωπο, τον στοματικό βλεννογόνο, το τριχωτό της κεφαλής ή τα γεννητικά όργανα. Η δεύτερη παίκτρια beach volley ήταν και αυτή από την Πολωνία, είχε συμμετάσχει στο ίδιο παγκόσμιο κύπελο στην Ασία και διαγνώστηκε με δερματική μυΐαση. Οι βλάβες εντοπίστηκαν στην περιοχή των γλουτών και των μηρών. [24]

Ένας 33χρονος Ιταλός παίκτης του beach volleyball, προσβλήθηκε στη Βραζιλία, με τονγκίαση (*Tungiasis*), της οποίας ο επιπολασμός σε αυτή τη γεωγραφική περιοχή, είναι πολύ υψηλός. *Tunga penetrans* έχουν επίσης εντοπισθεί, στην Κεντρική Αμερική, στην Αφρική, και την Κεντρική Ασία. Προκαλείται όταν διεισδύσει στο δέρμα, το θηλυκό του ψύλλου *Tunga penetrans linnaeus*. Ο ασθενής εμφάνισε ερυθρό οζίδιο, στο δεύτερο δάκτυλο του δεξιού ποδιού του. Το πόρισμα της ιστοπαθολογικής εξέτασης, έδειξε υπερκεράτωση, παρακεράτωση και ακάνθωση. Είχε επιστρέψει από περιοδεία στη Βραζιλία, όπου αγωνίστηκε σε αγώνες beach volley, σε 3 διαφορετικές παραλίες της χώρας. Ο φυσικός βιότοπος του *Tunga penetrans* είναι το αμμώδες και ζεστό έδαφος των ερήμων και των παραλιών. Οι μηχανισμοί με τους οποίους οι ψύλλοι διεισδύουν στο σώμα είναι άγνωστοι, ωστόσο οι ερευνητές θεώρησαν ότι ο ψύλλος απελευθερώνει κερατολυτικά ένζυμα. Οι πιο συνηθισμένες περιοχές εμφάνισης είναι τα πέλματα όπου προκαλείται πόνος και δυσκολία στο περπάτημα.[25]

Δερματικές λοιμώξεις που προκαλούνται συνήθως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (*Staphylococcus aureus, S.aureus*), αναφέρονται όλο και περισσότερο σε επαγγελματικές ομάδες διαφόρων αθλημάτων. Η κοινή χρήση αθλητικού εξοπλισμού, η σωματική επαφή μεταξύ των παικτών, αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης. Από έναν μολυσμένο αθλητή μπορεί να επηρεαστεί ολόκληρη η ομάδα. Σε μελέτη, αξιολογήθηκε ο επιπολασμός και η μεταδοτικότητα του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, σε επιφάνειες που συναντώνται σε αθλητικά γήπεδα, την αθλητική μπάλα και τα χέρια του αθλητή. Ο χρυσίζοντας σταφυλόκοκκος, βρέθηκε να είναι ενεργός επάνω στην επιφάνεια της μπάλας για τουλάχιστον 72 ώρες. [26, 27]

Μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος όπως, η δερματοφυτία του σώματος (*tinea corporis*), η δερματοφυτία των μηροβουβωνικών πτυχών (*tinea cruris*), η ποικιλόχρους πιτυρίαση (*tinea versicolor*), η ονυχομυκητίαση (*onychomycosis, tinea unguium*), έχουν περιγραφεί σε παίκτες beach volley. Διαπιστώθηκε ότι τα καλύτερα προληπτικά μέτρα ήταν η προσωπική υγιεινή και η μη κοινή χρήση των προϊόντων καθαρισμού του μπάνιου. [15]

Η Εθνική Συλλογική Αθλητική Ένωση (National Collegiate Athletic Association, NCAA) συνιστά τη θεραπεία των προαναφερθέντων λοιμώξεων και την κάλυψη οποιαδήποτε εκτεθειμένης στο δέρμα λοίμωξης, πριν την επιστροφή στο παιχνίδι. [28]

Κεφάλαιο 4^ο

Δερματοπάθειες σε αθλητές

4.1 Ιογενείς δερματικές λοιμώξεις

Οι πιο συχνές ιογενείς λοιμώξεις (viral skin infections) μεταξύ των αθλητών volley είναι, ο απλός έρπητας, οι μυρμηκίες και η μολυσματική τέρμινθος. [29]

Η μολυσματική τέρμινθος (Mollescum Contagiosum, MC), είναι μια καλοήθης ιογενής νόσος που προσβάλλει το δέρμα και σπανιότερα τους βλεννογόνους του ανθρώπου και οφείλεται στον ιό της μολυσματικής τερμίνθου (Molluscum Contagiosum Virus, MCV). Ευδοκιμεί σε θερμό και υγρό περιβάλλον, προσβάλλει άτομα κάθε ηλικίας με μέγιστη επίπτωση της νόσου στα παιδιά ηλικίας 2-10 ετών. Στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες, είναι συνήθως μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη λοίμωξη. [30]

Αθλητές πάλης, ενόργανης γυμναστικής, κολυμβητές, όπως και αθλητές που χρησιμοποιούν ατμόλουτρα και σάουνες είναι επιρρεπείς στο να νοσήσουν από MC. Το υγρό και ζεστό περιβάλλον των κλειστών αθλητικών χώρων, καθώς επίσης και οι περιβαλλοντικές συνθήκες, ζεστά και υγρά κλίματα, ευνοούν την μετάδοση της λοίμωξης. Η άμεση επαφή μεταξύ των αθλητών κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού μπορεί επίσης να μεταδώσει τη μόλυνση. [31]

Οι μυρμηκίες (Warts), αποτελούν καλοήθης προεκβολές του δέρματος και των βλεννογόνων που οφείλονται σε στελέχη του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus, HPV). Αναπτύσσονται στις επιφανειακές στιβάδες της επιδερμίδας και οδηγούν σε πολλαπλασιασμό των κερατινοκυττάρων και υπερκεράτωση. Ανάλογα με το που εμφανίζονται διακρίνονται σε: κοινές, ομαλές, περιονύχιες και πελματιαίες μυρμηκίες. Η νόσος προσβάλλει και τα δύο φύλα και δύναται να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Παράγοντες που ευνοούν τη μετάδοση των μυρμηκιών, αποτελούν τα τραύματα, η διαβροχή του δέρματος, η έντονη εφίδρωση, οι πισίνες των κολυμβητηρίων και η ονυχοφαγία. [30]

Στους αθλητές μπορούν να μεταδοθούν από κοινόχρηστα παπούτσια, κάλτσες ή γάντια, καθώς η αυξημένη θερμοκρασία και η εφίδρωση, δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον. [32] Ο κίνδυνος άμεσης μετάδοσης κατά τη διάρκεια της προπόνησης από συναθλητή ο οποίος έχει ενεργές βλάβες στα σημεία επαφής, όπως είναι το κεφάλι, ο λαιμός και τα άκρα, εκτιμάται περίπου στο 30%. Η προσβολή των βλεφάρων είναι κάτι το οποίο επίσης παρατηρείται με μεγάλη συχνότητα. [32]

Ο ιός του απλού έρπητα (Herpes simplex virus, HSV), διακρίνεται στον HSV-1, που συνήθως είναι υπεύθυνος για τον επιχείλιο έρπητα και τον HSV-2, που συνήθως προκαλεί τον έρπητα των γεννητικών οργάνων. Εκδηλώνεται στο δέρμα, συχνά με την εμφάνιση φυσαλίδων που εδράζονται σε ερυθριματώδη βάση. Ο HSV-1 μεταδίδεται με το σίελο ενώ ο HSV-2 μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. [30] Στην περίπτωση του HSV-1, η πλειονότητα των ασθενών αναπτύσσει βλάβες στην περιοχή του προσώπου και του στόματος. Χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των ιών του έρπητα είναι ότι όταν υποχωρήσει η αρχική λοίμωξη, παραμένουν σε λανθάνουσα κατάσταση στα νευρικά γάγγλια της περιοχής, και μπορεί να υποτροπιάσουν μετά από επανεργοποίηση του ιού. [30]

Δεδομένου ότι οι λοιμώξεις από HSV είναι πολύ συχνές μεταξύ των παλαιστών και των παικτών ράγκμπι, η δερματοπάθεια αποκαλείται για αυτά τα αθλήματα: έρπητας gladiatorum και έρπητας rugbeiorum, αντίστοιχα. Το 94-97% αυτών των λοιμώξεων προκαλούνται από τον HSV-1. Η άμεση δερματική επαφή ευθύνεται για τη μετάδοση. Οι Anderson και συν. το 2003, ερεύνησαν το είδος HSV σε νεαρούς παλαιστές. Σε μια περίοδο 42 ημερών, 61 παλαιστές και 3 προπονητές, που συμμετείχαν σε τουρνουά πάλης, προσβλήθηκαν από έρπητα gladiatorum μέσω άμεσης επαφής. Από 13 άτομα, ελήφθησαν καλλιέργειες, οι οποίες ήταν θετικές για HSV-1 σε όλες τις περιπτώσεις. [34]

Ο επιχείλιος έρπητας (Herpes Labialis) αποτελεί τη συχνότερη υποτροπιάζουσα λοίμωξη από HSV-1. Εμφανίζεται συνήθως μετά από stress και έκθεση σε ακραίες θερμοκρασίες. Ο ασθενής εμφανίζει ερυθρότητα και εξάνθημα. Η νόσος διαρκεί περί τις 5-12 ημέρες μέχρι να αποδράμει [30]

Σε ότι αφορά την εμφάνιση της νόσου σε αθλητές, σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε 6 από 51 (12%) αθλητές του σκι με ιστορικό υποτροπιάζοντος απλού έρπητα ανέπτυξαν επιχείλιο έρπητα κατά τη διάρκεια αγώνων. [35]

Ο έρπητας ζωστήρας (Varicella Zoster Virus, VZV) είναι μια δυνητικά επώδυνη, ιογενής λοίμωξη του δέρματος, που οφείλεται στην επανεργοποίηση του VZV. Το εξάνθημα είναι φυσαλιδώδες με δερματομακρή κατανομή, συχνά συνοδεύεται από έντονο άλγος και αποδράμει αυτόματα σε 2-4 εβδομάδες. Τόσο ο HSV όσο και ο VZV ανήκουν στην ίδια κατηγορία ιών, τους α-επιητοϊούς (Alpha herpes virinae). [30] Ο έρπητας των γεννητικών οργάνων (Genital Herpes) ανήκει στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ).

Τα οξυτενή κονδυλώματα (Genital Warts) είναι ένα από τα πιο συχνά, αναφέρεται ως το συχνότερο, ΣΜΝ. Είναι καλοήθεις, ανθοκραμβοειδείς προεκβολές του δέρματος που οφείλονται σε τύπους HPV. Έχουν ταυτοποιηθεί περί τους 150 τύπους HPV. Περίπου 40 από αυτούς μπορούν να προσβάλλουν την πρωκτογεννητική περιοχή. Οι υποτύποι 6 και 11 θεωρούνται υπεύθυνοι για το 90% των περιπτώσεων ενώ οι υψηλού ρίσκου για κακοήθεια είναι οι υποτύποι 16 και 18. Η πιθανότητα λοίμωξης ανέρχεται σε ποσοστό 75% μετά από επαφή με HPV φορέα. [30]

Αν και οι επιπτώσεις στη σεξουαλική υγεία είναι δύσκολο να μετρηθούν, κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών αγώνων του Σίδνεϋ το 2000, η υπηρεσία σεξουαλικής υγείας κατέγραψε αύξηση στον αριθμό των διαγνωσμένων κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. [36] Η εμφάνισή τους στο σημείο αυτό, έχει ιδιαίτερη σημασία, διότι σχεδόν το σύνολο των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, έχουν εμφανίσει και κονδυλώματα σε αυτή την περιοχή. [30]

4.2 Μυκητιασικές δερματικές λοιμώξεις

Οι μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος (Fungal skin infections) διακρίνονται στις επιπολής και τις εν τω βάθει μυκητιάσεις. Οι επιπολής μυκητιάσεις του δέρματος διακρίνονται στις δερματοφυτίες, τις καντιντιάσεις και τις πιτυροσπορώσεις. Η πιο συχνή μυκητίαση στους αθλητές είναι η δερματοφυτία. [37] Οι υπεύθυνοι μύκητες μπορούν να προσβάλλουν την κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας, τα νύχια τις τρίχες και τους βλεννογόνους.

Στην επιδημιολογία των μυκητιάσεων του δέρματος σημαντικό ρόλο παίζουν η ηλικία, η ανοσολογική κατάσταση του ασθενούς, το φύλο, η γεωγραφική κατανομή των δερματόφυτων, το κλίμα και η γενετική προδιάθεση.

Οι επιπολής μυκητιασικές λοιμώξεις του δέρματος είναι συχνές και εκδηλώνονται στο 20-25% του γενικού πληθυσμού. Προκαλούνται συνήθως από δερματόφυτα και ζυμομύκητες. Οι δερματοφυτίες οφείλονται συχνότερα στα *Trichophyton spp.* και από αυτά, κυρίως στα *T. tonsurans* και *T. rubrum*. [38]

Οι Adams και συν. [39] ανέφεραν ότι τα *T. tonsurans* και *T. rubrum* ενοχοποιούνται για την εμφάνιση δερματοφυτίας τους τριχωτού της κεφαλής, του κορμού και των άκρων ποδών σε αθλητές. Σε μελέτη που περιλάμβανε 454 παλαιστές, οι Ahmadinejad και συν. ανέφεραν την ύπαρξη μυκητιασικών λοιμώξεων στο 8,2% αυτών. Απομονώθηκαν τα *Malassezia furfur* σε ποσοστό 50% και το *Trichophyton tonsurans*, 30%. [2] Οι Hedayati και συν. δημοσίευσαν την παρουσία δερματοφυτίας του δέρματος του κορμού τύπου *gladiatorum* σε 62 από τους 324 παλαιστές, ποσοστό 20,1%. [40]

Η ονυχομυκητίαση (Onychomycosis) είναι λοίμωξη του νυχιού που οφείλεται σε δερματόφυτα, ζυμομύκητες και σπάνια σε σαπρόφυτα. Πέρα από την αισθητική εμφάνιση των νυχιών, επηρεάζει την ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα των ασθενών ενώ μπορεί να προκαλεί πόνο ή ακόμη και δυσκολία στη βάδιση. Παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της ονυχομυκητίασης είναι, οι τραυματισμοί, οι αθλητικές δραστηριότητες, η ζέστη και η υγρασία, η παρουσία μυκήτων στα μεσοδακτύλια διαστήματα του άκρου ποδός, ο σακχαρώδης διαβήτης, το οικογενειακό ιστορικό, η ηλικία και οι προϋπάρχουσες δερματοπάθειες. [41]

Η ονυχομυκητίαση αντιπροσωπεύει περίπου το 40-50% των παθήσεων των νυχιών. Το ζεστό και υγρό περιβάλλον του δέρματος και η κοινή χρήση εξοπλισμού, προδιαθέτουν τους αθλητές σε μυκητιασικές λοιμώξεις. Η πιθανότητα εμφάνισης ονυχομυκητίασης είναι αυξημένη, λόγω της πολύωρης χρήσης κλειστών παπουτσιών, της εφίδρωσης, της κοινής χρήσης πετσέτας, αποδυτηρίων και κοινόχρηστων χώρων σε πισίνα, όπου μπορεί να υπάρχουν δερματόφυτα και ζυμομύκητες κυρίως του γένους *Candida*. [41]

Οι Attye και συν. διαπίστωσαν ότι το 15% των κολυμβητών βρέθηκαν θετικοί σε μυκητιασικά σπόρια. [42] Οι Kamihama και συν. έδειξαν ότι το 63,6% των αθλητών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη τους βρέθηκαν θετικοί σε δερματοφύτα, σχεδόν 4 φορές περισσότεροι από ό,τι η ομάδα αναφοράς. [43]

Η δερματοφυτία του άκρου ποδός (Tinea Pedis, athlete's foot) είναι η συχνότερη δερματοφυτία στους αθλητές. [44] Πρόκειται για μυκητιασικές λοιμώξεις που μπορεί να προσβάλουν από τις μεσοδακτύλιες πτυχές, μέχρι ολόκληρο το πέλμα. Είναι συχνότερη κατά τους θερινούς μήνες και εκδηλώνεται με την εμφάνιση απολέπισης, κνησμού και φυσαλίδων, που εντοπίζονται στα μεσοδακτύλια διαστήματα, στην ποδική καμάρα και στα πλάγια του άκρου ποδιού. Μπορεί επίσης να εξαπλωθεί στα νύχια των ποδιών και στα χέρια (Two feet, one hand disease). Οι λοιμώξεις των νυχιών των ποδιών είναι 7 φορές πιο διαδεδομένες από αυτές των νυχιών των χεριών. [41,45] Η συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης στους αθλητές ήταν 32% και για την ομάδα ελέγχου ήταν 20%. Οι αθλητές παρουσίασαν 16% ονυχομυκητίαση και 12% μυκητίαση ποδιών. [46]

Η δερματοφυτία των άκρων χειρών (Tinea Manuum) περιγράφει τις δερματοφυτικές λοιμώξεις στις παλαμιαίες επιφάνειες των άκρων χειρών. Είναι συνήθως ετερόπλευρη αλλά μπορεί να προσβάλει και τα δύο χέρια. Όταν εντοπίζονται οι βλάβες στις παλάμες, εμφανίζονται φυσαλίδες ή λεπιδώδες εξάνθημα στις πτυχές με πάχυνση του δέρματος, δημιουργώντας εικόνα σαν «αλευρωμένο χέρι». [30]

Η δερματοφυτία των μηροβουβωνικών πτυχών (Tinea Cruris), είναι ο όρος με τον οποίο περιγράφονται οι δερματοφυτικές λοιμώξεις της περιοχής των γεννητικών πτυχών και των γλουτών. Εκδηλώνεται με την εμφάνιση ερυθματολεπιδώδους πλάκας με περιφερική επέκταση, συχνά με κνησμό, αρχικά ετερόπλευρα και ακολούθως αμφοτερόπλευρα. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η υγρασία από την εφίδρωση, η κοινή χρήση ρούχων, και η στενή επαφή μεταξύ των αθλητών. [47] Ο κνησμός εμφανίζεται πιο συχνά σε νεαρούς άνδρες αθλητές.

Η μυκητίαση των άκρων ποδών και η μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών, είναι κοινές ασθένειες που συνήθως προκαλούνται από τους *Tr. rubrum* και *Tr. mentagrophytes*. Στους αθλητές ευνοείται η εμφάνιση της δερματοφυτίας των μηροβουβωνικών πτυχών λόγω του υγρού και θερμού περιβάλλοντος που δημιουργείται, από την αθλητική τους ένδυση και τις στολές που καλύπτουν τη βουβωνική χώρα.

Η ενδεχόμενη, άμεση επαφή με συμπαίκτες που έχουν παρόμοια λοίμωξη, η οποία δεν καλύπτεται από ρούχο ή δεν αντιμετωπίζεται σωστά, μπορεί να μεταδώσει τη νόσο. [48]

Η ποικιλόχρους πιτυρίαση (*Tinea Versicolor*) είναι μια συχνή, χρόνια, ήπια, υποτροπιάζουσα λοίμωξη της κεράτινης στιβάδας του δέρματος, συνήθως ασυμπτωματική, που οφείλεται σε λιπόφιλους ζυμομύκητες του γένους *Malassezia* και οι οποίοι αποτελούν μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας του δέρματος. Η νόσος εκδηλώνεται πιο συχνά σε τροπικά και εύκρατα κλίματα, ενώ παρουσιάζει ίση κατανομή στα δύο φύλα και σε φυλές. Χαρακτηρίζεται κλινικά από την εμφάνιση πολλαπλών υπόλευκων, ροδίνων ή καφοειδών κηλίδων, με λεπτή πιτυρώδη απολέπιση. [30]

Όταν παρουσιάζεται στα παιδιά, εντοπίζεται στο πρόσωπο, σε αντίθεση με τους ενήλικες που εντοπίζεται στο άνω μέρος του κορμού, την κοιλιακή χώρα, στον τράχηλο και τους βραχίονες. Η υγρασία, το λιπαρό δέρμα και η υπερβολική θερμότητα προάγουν την ανάπτυξη αυτού του οργανισμού. Η πιθανή εμφάνιση της νόσου στους αθλητές δεν αποτελεί λόγο απομάκρυνσης από τις προπονήσεις τους. Σε 559 αθλητές γυμνασίου από διάφορα αθλήματα, αναφορικά με τον ζυμομύκητα *Malassezia* spp. (*M.furfur*), ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 43,3% των αθλητών έναντι 23,4% των μη αθλητών. [49]

4.3 Βακτηριακές δερματικές λοιμώξεις

Μεταξύ των πιο συχνά διαγνωσμένων μικροβιακών λοιμώξεων του δέρματος (Bacterial skin infections) στους αθλητές είναι η λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, η δοθιήνωση, το μολυσματικό κηρίο, και η θυλακίτιδα. Η πρώτη εστία δερματικής λοίμωξης στην αθλητική κοινότητα δημοσιεύθηκε μόλις, το 1998. [50]

Η θυλακίτιδα (Folliculitis) είναι μια συχνή δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του τριχικού θυλάκου και διακρίνεται σε λοιμώδη και μη λοιμώδη. Κλινικά, εκδηλώνεται αρχικά με βλατίδα περίξ τριχικού θυλάκου η οποία εξελίσσεται στη συνέχεια σε φλύκταινα.

Το πιο συχνό αίτιο της λοιμώδους θυλακίτιδας είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Πρόκειται για βακτήριο, είδος κόκκου, το οποίο ανήκει στο γένος των σταφυλοκόκκων. Βρίσκεται στο δέρμα και σε βλεννογόνους – κυρίως αποικίζει τους ρώθωνες της μύτης.

Η πλειονότητα των μικροβιακών λοιμώξεων του δέρματος οφείλεται είτε στον *S. aureus*, είτε σε αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A. Τα μικρόβια αυτά μπορούν να προκαλέσουν λοιμώξεις που ποικίλουν, από επιπολής έως εν τω βάθει. [30]

Οι Champion και συν. [1] ανίχνευσαν την παρουσία *S. aureus* σε 223 φοιτητές – αθλητές που συμμετείχαν σε 9 διαφορετικά αθλήματα όπως, πάλη, baseball, basket, tennis, αθλήματα άμμου, κ.α. Διαπίστωσαν ότι το 35% όλων των αθλητών ήταν θετικοί για *S. aureus* MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus) με τους παλαιστές σε ποσοστό 76% και τους παίκτες του baseball, 44%. [1]

Οι Collins και συν. [26] σε μελέτη που έγινε από το 2005 - 2010, διαπίστωσαν ότι, από όλες τις μολυσματικές παθήσεις που διαγνώστηκαν σε αθλητές, το 33% προκλήθηκαν από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, MRSA. Μια πιο πρόσφατη μελέτη των Champion και συν. κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 76% των παλαιστών κολεγίου ήταν φορείς SA-MRSA. Ενώ αυτοί οι αθλητές ήταν επιρρεπείς στο να αναπτύξουν οι ίδιοι τις λοιμώξεις, έθεταν επίσης σε κίνδυνο μετάδοσης του *S. aureus* και τους συναθλητές τους. [1]

Μελέτη διερεύνησε τον επιπολασμό των λοιμώξεων από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο μεταξύ αθλητών, σε αθλήματα επαφής στην Ιταλία και επιβεβαίωσαν ότι εντοπιζόταν στο 42% από τους 238 συμμετέχοντες αθλητές. Από όλους τους αθλητές, στο 1,3% ανιχνεύθηκε MRSA. [26]

Η θυλακίτιδα από το υδρομασάζ συχνά προκαλείται από το βακτήριο *Pseudomonas aeruginosa* και οι αθλητές που υποβάλλονται σε θεραπεία με υδρομασάζ για τραυματισμό, ενδέχεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. [51]

Το μολυσματικό κηρίο (Impetigo), αποτελεί τη συχνότερη μικροβιακή λοίμωξη των επιπολής στιβάδων της επιδερμίδας. Μεταδίδεται με άμεση επαφή από άτομα που έχουν ήδη μολυνθεί ή έμμεσα, με μολυσμένα αντικείμενα ή ρουχισμό. Το μη-πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο προκαλείται από τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο στο 80% των περιπτώσεων, ενώ το πομφολυγώδες οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Εκδηλώνεται με ερυθματώδης βλατίδες που εξελίσσονται σε φουσαλίδες, οι οποίες ρήγνυνται και σχηματίζεται ακολούθως, η χαρακτηριστική μελιτόχροη εφελκίδα. [30]

Οι παλαιστές, οι κολυμβητές, οι παίχτες rugby και οι ποδοσφαιριστές είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι. Επειδή οι βλάβες είναι εξαιρετικά μεταδοτικές, η συμμετοχή θα πρέπει να απαγορεύεται σε αθλητές με μολυσματικό κηρίο μέχρι να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Η Εθνική Συλλογική Αθλητική Ένωση (NCCA) απαιτεί την απομάκρυνση των αθλητών από τις προπονήσεις και τους αγώνες για τουλάχιστον 72 ώρες, μετά την έναρξη της κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής. [52]

4.4 Δερματίτιδες

Η αλλεργική και η ερεθιστική εξ' επαφής δερματίτιδα (Allergic / Irritant Contact Dermatitis), είναι φλεγμονώδεις αντιδράσεις του δέρματος σε εξωγενή αίτια. Οι δερματίτιδες αυτές εντοπίζονται συχνά στα πόδια αθλητών οι οποίοι εκτίθενται σε αλλεργιογόνα και χημικές ουσίες. [53]

Συχνοί αιτιολογικοί παράγοντες είναι τα συστατικά των υποδημάτων, όπως το καουτσούκ, το δέρμα, η κόλλα ή οι βαφές. [53] Το περιβάλλον στο οποίο εκτίθεται ο αθλητής, είναι λόγος που μπορεί να σχετίζεται με την εμφάνιση της δερματίτιδας εξ επαφής. [2]

Τα χερσαία και τα θαλάσσια αθλήματα, έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν δερματίτιδες εξ επαφής. Η αυξημένη θερμοκρασία, η έντονη εφίδρωση, οι στολές κολύμβησης ή/και κατάδυσης, τα προστατευτικά γυαλιά και τα πέδιλα, ενδέχεται να οδηγήσουν στην απελευθέρωση αλλεργιογόνων ουσιών από τον προστατευτικό εξοπλισμό στο δέρμα του αθλητή και να προκαλέσουν δερματίτιδα. Η παρατεταμένη έκθεση, σε τέτοιου είδους συνθήκες, ενισχύει την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργικής δερματίτιδας εξ επαφής. [2] Το νικέλιο, είναι συχνό αλλεργιογόνο, έχει ανιχνευθεί σε πολλά όργανα στο γυμναστήριο και έχει αναφερθεί ως αιτία αλλεργικής δερματίτιδας εξ επαφής. [54]

Χημική ουσία όπως το χλώριο που χρησιμοποιείται ως απολυμαντικό στο νερό της πισίνας, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής. [55]

Χημικές ουσίες όπως, τα σαμπουάν, τα απορρυπαντικά, τα αντηλιακά σκευάσματα, και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως, το κρύο ή η ζέστη, ευνοούν την εμφάνιση του εκζέματος επαφής. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση μπορεί να αυξήσει την ευαισθησία και να οδηγήσει σε άσθμα ή άλλη έντονη αλλεργική κατάσταση.

Η ερεθιστική αντίδραση μπορεί να επιδεινωθεί από συνθήκες τριβής, από τραυματισμούς, από τις περιβαλλοντικές συνθήκες, την υγρασία, τον αέρα και τον ήλιο. [30]

4.5 Κνίδωση

Η κνίδωση (Urticaria) χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πομφών ή/και αγγειοιδήματος και μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Η οξεία μορφή είναι πιο συχνή σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες ενώ η χρόνια αφορά πιο συχνά γυναίκες μέσης ηλικίας. [30]

Ποικιλία φυτών, συμπεριλαμβανομένων των *primrose* και *compositae*, προκαλούν κνίδωση εξ επαφής και φυτοδερματίτιδα και αποτελούν πιθανή απειλή για τους αθλητές που συμμετέχουν σε υπαίθρια αθλήματα. Ακόμη και τα καλά περιποιημένα αθλητικά γήπεδα αποτελούν κίνδυνο για προδιαθετημένους αθλητές, οι οποίοι μπορεί να αναπτύξουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις σε χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην επιφάνεια του παιχνιδιού. [52]

Η κνίδωση που προκαλείται από την άσκηση περιεγράφηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970. Οι βλάβες είναι κνησμώδεις, λευκές ή ερυθρηματώδεις πλάκες και συνήθως προκαλούνται από το τρέξιμο, λόγω της αύξησης της θερμοκρασίας του σώματος. [56]

Η κνίδωση από κρύο εκδηλώνεται μετά από έκθεση σε συνθήκες της ατμόσφαιρας με χαμηλή θερμοκρασία. Η άσκηση χειμερινών σπορ με ανεπαρκή προστασία, θαλάσσια σπορ σε κρύο νερό, μπορούν να προκαλέσουν τέτοιου είδους αλλεργική αντίδραση. Τα κρυοπαγήματα επηρεάζουν κυρίως τα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών, τα αυτιά και τη μύτη. [57]

Η αναφυλαξία (Anaphylaxis), είναι αλλεργική αντίδραση και ο όρος προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «ανά» και «φύλαξις». Εκδηλώνεται με εξανθήματα με κνησμό, οίδημα του λαιμού και χαμηλή αρτηριακή πίεση. Τα συνήθη αίτια περιλαμβάνουν δήγματα εντόμων, μετά από λήψη φαρμάκων και κατανάλωση τροφίμων. Προκαλείται από απελευθέρωση πρωτεϊνών που μπορούν να ξεκινήσουν μια αλλεργική αντίδραση ή να την επιδεινώσουν. [30]

Σε αναδρομική μελέτη περιπτώσεων με επαγόμενη από την άσκηση αναφυλαξία, το 78% των συμμετεχόντων παρατήρησε ότι η σωματική κόπωση μετά από τρέξιμο, προκάλεσε τις βλάβες τους.

Τα συμπτώματα μειώθηκαν αποφεύγοντας την άσκηση κατά τη διάρκεια εξαιρετικά ζεστού ή κρύου καιρού (44%), αποφεύγοντας την κατάποση ορισμένων τροφών πριν από την άσκηση (37%) και περιορίζοντας την άσκηση κατά την περίοδο των αλλεργιών τους (36%) ή τον υγρό καιρό (33%). [58]

4.6 Τραύματα δέρματος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τραύμα ονομάζεται «κάθε βίαιη καταστροφή ιστών, εσωτερική ή εξωτερική, ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκάλεσε». Τραυματισμός ή κάκωση είναι το σύνολο των βλαβών των ιστών, που προκαλούνται ακαριαίως κατά τη στιγμή του ατυχήματος από διάφορες μορφές μηχανικών παραγόντων, όταν αυτοί υπερβούν τη φυσική αντοχή των ιστών και των οργάνων. [59]

Σχεδόν κάθε είδος αθλητικής δραστηριότητας συνδέεται με τραυματικές δερματικές βλάβες, όπως επιφανειακά τραύματα, αιματώματα, εκχυμώσεις, υπονύχια αιματώματα, θλαστικό τραύμα, ονυχόλυση, έγκαυμα από τριβή και πομφόλυγες. Το δέρμα ενός αθλητή είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε ένα ευρύ φάσμα, επαναλαμβανόμενων, φυσικών, περιβαλλοντικών ή και στρεσογόνων παραγόντων που επηρεάζουν την προστατευτική λειτουργία του δέρματος. Οι τραυματικές βλάβες του δέρματος μπορούν να εντοπιστούν στα πόδια με τη μορφή πομφολύγων, κάλων, τύλων και ονυχοδυστροφιών. [60]

Η διάβρωση (Erosion), αφορά συνήθως τις ανώτερες στιβάδες της επιδερμίδας, και μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να περιλαμβάνει και τη βασική στιβάδα. Οι περιοχές του δέρματος με διαβρώσεις χαρακτηρίζονται από αιμορραγία, αιματηρές εφελκίδες και επιθηλιοποιούνται χωρίς σχηματισμό ουλής αλλά μπορεί να εγκαταλείπεται μεταφλεγμονώδης υποχρωμία. [61]

Η συλλογή αίματος που προέρχεται από τραύμα προκαλεί αιμάτωμα. Μπορεί να είναι υποδόριο, ενδομυϊκό ή να γίνει εντός των εσωτερικών κοιλιοτήτων όπως στην κοιλιά, το θώρακα, ή κάτω από το νύχι. Τα μυϊκά αιματώματα εμφανίζονται μετά από θλάση ή ρήξη. Σε υγιείς αθλητές η διαδικασία επούλωσης διαρκεί 20 - 40 ημέρες. [62]

Το υπονύχιο αιμάτωμα προκαλείται από τραυματισμό, είναι αρκετά επώδυνο και οφείλεται σε βίαιη θλάση - σύνθλιψη της ονυχοφόρου φάλαγγας του δακτύλου στο χέρι ή στο πόδι.

Το λεγόμενο δάκτυλο του τζόγκερ, δάκτυλο του τένις, δάκτυλο του σκιέρ, προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη σύγκρουση του νυχιού του ποδιού με την άκρη του υποδήματος. Συχνά συνδέεται με ακατάλληλα παπούτσια κατά τη πολύωρη άσκηση, όπως σε μαραθωνοδρόμους ή σε αθλήματα που σχετίζονται με γρήγορες εκκινήσεις και στάσεις. [63]

Ως θλαστικό τραύμα (Open Rupturing Trauma), ονομάζεται η ολική λύση της συνέχειας του δέρματος, από μηχανική βία. Τα μικρά, επιφανειακά τραύματα ονομάζονται εκδορές, ενώ τα σοβαρά, ανοικτά τραύματα ονομάζονται θλαστικά τραύματα. Στις εκδορές παρατηρείται επιφανειακή λύση της συνέχειας του δέρματος, που προσβάλλει μερικώς ή πλήρως τις στιβάδες της επιδερμίδας, είναι ακίνδυνες και απαιτούν απλώς αντισηψία και προσωρινή επίδεση. Δεδομένου ότι η εκδορά δεν αποτελεί σοβαρό ιατρικό πρόβλημα, επικράτησε να εννοούμε τραύμα, το θλαστικό ανοικτό σοβαρό τραύμα. [59]

Τα εγκαύματα εκ τριβής (Friction Burns) εμφανίζονται συνήθως σε αθλητές αγώνων, ως αποτέλεσμα πολλαπλών δυνάμεων τριβής που δρουν σε μια προσβεβλημένη περιοχή του δέρματος. Η επαναλαμβανόμενη τριβή ή η μηχανική ένταση μπορεί να προκαλέσει επώδυνους πομφούς τριβής, όταν υπάρχει υπερβολική υγρασία, όταν ο εξοπλισμός δεν είναι πολύ καλά τοποθετημένος στο σώμα του αθλητή, ή όταν το δέρμα δεν έχει ακόμη εκπαιδευτεί για να αντέχει αυτή την ένταση. [63]

Η θερμοκρασία του δέρματος δύναται να επηρεάσει το δέρμα στο σχηματισμό πομφών. Μια αύξηση κατά 4°C, που οφείλεται στη μεταβολική δραστηριότητα, την υπεραιμική απόκριση και τη δύναμη τριβής που αναπτύσσεται στο δέρμα στο εσωτερικό του παπουτσιού, αυξάνει την παραγωγή ιδρώτα και επιταχύνει τον ρυθμό σχηματισμού πομφών κατά 50%. [64] Οι πομποί ήταν το πιο κοινό σύμπτωμα των μαραθωνοδρόμων με συχνότητα εμφάνισης 0,2% έως 39% σε μελέτες που έγιναν από το 1973 έως το 1994. Οι περιοχές που επηρεάζονται πιο συχνά είναι οι άκρες των δακτύλων, τα μαλακά σημεία του πέλματος και η οπίσθια πτέρνα. [64]

Οι τύλοι (Κάλτοι, Callus), συχνά περιορίζουν έναν αθλητή από το να αγωνίζεται με τη μέγιστη ένταση λόγω της ευαισθησίας και της φλεγμονής που εμφανίζουν. Η απαιτητική και έντονη άσκηση, όπως γυμναστική, άρση βαρών ή αθλήματα με ρακέτα έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση κάλων. [65]

Ο όρος «όζος του αθλητή» είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μια υπερπλαστική και αντιδραστικού τύπου δερματοπάθεια. Τα οζίδια του αθλητή είναι μικρά, ασυμπτωματικά, στο χρώμα του δέρματος. Εντοπίζονται στη πλάγια πλευρά των ποδιών ή των αρθρώσεων ως αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης πίεσης, τραύματος και τριβής. Εμφανίζονται συνήθως σε surfers, πυγμάχους, πεζοπόρους, παίκτες ποδοσφαίρου, hockey και συνοδεύονται από πάχυνση της υπερκείμενης επιδερμίδας. [66]

Η μαύρη πτέρνα (Black heel), προκαλείται από τραύμα. Είναι μια σκουρόχρωμη, αυτοπεριοριζόμενη, ασυμπτωματική, αλλοίωση της οπίσθιας πλάγιας όψης της πτέρνας, σημείο όπου τα αιμοφόρα αγγεία προστατεύονται ελάχιστα από λιπώδη ιστό. Εμφανίζεται σε αθλητές, που ασχολούνται με ενεργά αθλήματα, ειδικά στο basketball, στο ποδόσφαιρο, στο tennis, καθώς συνδέονται με συχνές γρήγορες εκκινήσεις και στάσεις. Έχουν αναφερθεί μετά από επαναλαμβανόμενη επαφή με το αντιολισθητικό άκρο της πισίνας, από το τρέξιμο και από την τριβή. [67]

Οι πετέχειες στην παλάμη σχετίζονται με αθλήματα που ασκείται μεγάλη πίεση στα χέρια, όπως η άρση βαρών ή η ενόργανη γυμναστική. Και οι δύο παθήσεις είναι αβλαβείς και υποχωρούν από μόνες τους. [60]

Ένα σύνηθες φαινόμενο στον αθλητισμό είναι η τομή του δέρματος (Incision). Μπορεί να συμβεί μετά από επαφή με ένα αιχμηρό αντικείμενο, ή από μια αμβλεία δύναμη. Οι αθλητές που χρησιμοποιούν εξοπλισμό με αιχμηρές άκρες, και συμμετέχουν σε αθλήματα όπου υπάρχει επαφή και σύγκρουση, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο τραυματισμού.

Τομές παρατηρούνται στο hockey επί πάγου, στο καλλιτεχνικό πατινάζ, στο αγωνιστικό πατινάζ, στην ξιφασκία, στο ski και στο snowboard. Ανάλογα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού προκαλούν πόνο, αιμορραγία, οίδημα. Οι τομές προλαμβάνονται με τη διατήρηση του κατάλληλου εξοπλισμού και την επιβολή κανόνων ασφαλείας. [68]

Οι ανοιχτές πληγές με σχίσμο δέρματος (Abrasion, Laceration), είναι τραυματισμοί που προκαλούνται λόγω τριβής στα πιο επιφανειακά στρώματα της επιδερμίδας. Μπορεί να συμβεί από σύγκρουση παιχτών ή από την επαφή με αντικείμενο ή επιφάνεια και δημιουργείται βλάβη στα τριχοειδή αγγεία του δέρματος, δημιουργώντας ανοιχτή πληγή. Η σωστή φροντίδα των ανοιχτών πληγών, μειώνει τον χρόνο επούλωσης και αποτρέπει τη μόλυνση. Οι πιο κοινές περιοχές είναι το κεφάλι, ο κορμός και τα κάτω άκρα. [69]

4.7 Παρασιτικές δερματικές λοιμώξεις

Οι αθλητές που συμμετέχουν σε θαλάσσια ή παραθαλάσσια αθλήματα διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης παρασιτικών λοιμώξεων. Εμφανίζεται κάτω από το μαγιά κολυμβητών ανοιχτής θάλασσας 4 - 24 ώρες μετά την προπόνηση. Προκαλείται από τις προνύμφες της μέδουσας *Linuche unguiculata*, οι οποίες παγιδεύονται στο μαγιά του κολυμβητή και στη συνέχεια η τοξίνη εγχέεται στο δέρμα. [52]

Η ψώρα (Scabies) του ανθρώπου είναι μια συχνή, έντονα κνησμώδης, μεταδοτική δερματοπάθεια και οφείλεται στο άκαρι της ψώρας του ανθρώπου. Περίπου 300 εκατομμύρια νέα περιστατικά ψώρας αναφέρονται κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο. Προσβάλλει και τα δύο φύλα και μπορεί να εντοπίζεται σε κάθε ηλικία. [30]

Κάθε αθλητής με άμεση επαφή, κινδυνεύει να αναπτύξει ψώρα, αλλά η πάλη είναι το μόνο άθλημα που έχει κυριαρχήσει στη βιβλιογραφία και με κατευθυντήριες συστάσεις. Με βάση τα στοιχεία του Εθνικού Συλλόγου Επιτήρησης Τραυματισμών, Athletic Association (NCAAISS) το 0,1% των δερματικών λοιμώξεων σε συλλογικούς αθλητές πάλης μεταξύ 1991 και 2003 προκλήθηκαν από ψώρα. [70]

Η φθειρίαση (Pediculosis) είναι μια συχνή μεταδοτική λοίμωξη των τριχών και του δέρματος του ανθρώπου, από τις φθείρες. Οι φθείρες είναι εξωπαρασιτικά έντομα που διανύουν όλο τον κύκλο της ζωής του στον ξενιστή. Διακρίνονται σε τρεις διαφορετικές κλινικές μορφές φθειρίασης, του τριχωτού της κεφαλής, του σώματος και του εφηβαίου. Βασικό σύμπτωμα και στις τρεις κλινικές μορφές είναι ο κνησμός. [30]

4.8 Ηλιακό έγκαυμα - Ακμή – Ψωρίαση

Το ηλιακό έγκαυμα (Sunburn) είναι δερματική φλεγμονώδης αντίδραση, που ακολουθεί την υπερβολική έκθεση του δέρματος σε υπεριώδη ακτινοβολία (Ultraviolet Radiation, UVR), είτε αυτή προέρχεται από φυσικές ή τεχνητές πηγές και αφορά όλες τις ηλικίες και όλους τους τύπους δέρματος. Στατιστικά είναι συχνότερο στα παιδιά και στους ενήλικες άντρες. Ο φωτότυπος του δέρματος, η ηλικία, η ώρα της ημέρας, η αντανάκλαση της επιφάνειας, η ισχύς της υπεριώδους ακτινοβολίας, η οποία είναι μεγαλύτερη τους θερινούς μήνες και ο χρόνος έκθεσης, είναι παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό του ηλιακού εγκαύματος. Οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας στο δέρμα είναι αθροιστικές.

Η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο προκαλεί οξείες δερματικές αντιδράσεις, όπως φωτοτοξικότητα, ηλιακό έγκαυμα, φωτοδερματίτιδα, φωτοαλλεργία, ηλιακή κνίδωση, πολύμορφο εκ φωτός εξάνθημα και χρόνιες δερματικές αντιδράσεις, όπως φωτογήρανση, ακτινική υπερκεράτωση, βασικοκυτταρικό και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα και μελάνωμα. [30]

Η έντονη και παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη μελανωμάτων και άλλων τύπων καρκίνου του δέρματος. Μια σειρά μελετών έδειξε ότι οι αθλητές των υπαίθριων αθλημάτων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μελάνωμα, λόγω του ότι περνούν πολύ χρόνο σε εξωτερικούς χώρους άθλησης. [71]

Οι δρομείς εμφάνισαν περισσότερους δυσπλαστικούς σπίλους, εφελκίδες και ύποπτες δερματικές βλάβες που σχετίζονται με τον καρκίνο του δέρματος. [63] Μια αντίδραση που μοιάζει με ηλιακό έγκαυμα, φωτοτοξικότητα, μπορεί να εμφανιστεί σε αθλητές με πιο ανοιχτούς φωτοτύπους και με λεύκη. [3] Οι αθλητές, μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, παρουσιάζουν επανειλημμένα ελάχιστες γνώσεις σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του δέρματος, με συνέπεια να χρησιμοποιούν ανεπαρκή ή ελλιπή μέτρα προστασίας. [3]

Η κοινή ακμή (*Acne vulgaris*) αποτελεί μια συνήθη, χρόνια, φλεγμονώδη νόσο των τριχοσμηματογόνων μονάδων. Κατά την εφηβική ηλικία η ακμή εμφανίζεται συχνότερα και βαρύτερα στα αγόρια, ενώ η ενήλικος ακμή παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. [30]

Η μηχανική ακμή είναι δερματικές βλάβες που προκαλούνται από μηχανική καταπόνηση και εκδηλώνεται με τη μορφή βλατιδοφλυκταινιδίων και οζιδίων. Προκαλείται από εφίδρωση, πίεση, απόφραξη και τριβή, ειδικά κάτω από τον αθλητικό εξοπλισμό. Εκδηλώνεται κυρίως στο μέτωπο, το πηγούνι, τους ώμους και τη γνάθο. Οι πυγμαχοί, οι ιπείς (κάτω από τους ιμάντες του κράνους και στο μέτωπο) και οι αθλητές ποδοσφαίρου, hockey, golf, επηρεάζονται συχνά από τη μηχανική ακμή. Σε έρευνα για την εκδήλωση της μηχανικής ακμής και της χηλοειδούς ακμής σε 453 ποδοσφαιριστές λυκείου, κολεγίου και επαγγελματιών ποδοσφαίρου διαπίστωσαν ότι η χηλοειδής ακμή εμφανίστηκε κυρίως σε αθλητές κολεγίων και επαγγελματίες παίκτες. Είναι ενδιαφέρον ότι η χηλοειδής ακμή επηρέασε σχεδόν αποκλειστικά Αφροαμερικανούς παίκτες. [49]

Η ψωρίαση (Psoriasis), είναι μια συχνή, φλεγμονώδης ερυθηματολεπιδώδης δερματοπάθεια που προσβάλει και τα 2 φύλα και εκδηλώνεται σε κάθε ηλικία. Η εμφάνιση της ψωρίασης σε ηλικία μικρότερη των 15 ετών, σχετίζεται με βαρύτερη πρόγνωση και προσβολή μεγαλύτερης έκτασης του δέρματος. [30]



Κεφάλαιο 5^ο

Λοιμώδεις Δερματοπάθειες και τραυματισμοί του δέρματος σε αθλητές ΑΜΕΑ

Τα δερματολογικά νοσήματα που εμφανίζονται στους αθλητές με ειδικές ανάγκες, (ΑΜΕΑ) σχετίζονται με τον τύπο του δέρματός τους, την ηλικία, το φύλο, το περιβάλλον και το είδος του αθλήματος. [72]

Οι λοιμώξεις μπορούν να μεταδοθούν από τον έναν αθλητή στον άλλο άμεσα, μέσω της επαφής του δέρματος ή έμμεσα μέσω μολυσμένων αντικειμένων όπως πετσέτες, και αθλητικός εξοπλισμός. Οι ιογενείς λοιμώξεις είναι πολύ συχνές, αναλόγως με το είδος της αναπηρίας, τύφλωση, εγκεφαλική παράλυση, χρήση αναπηρικής πολυθρόνας ή άλλες αναπηρίες, αλλά και το είδος της άθλησης, κολύμπι, ξιφασκία με αναπηρικό αμαξίδιο, rugby με αναπηρικό αμαξίδιο, στίβος. [72]

Σύμφωνα με έρευνα των Yamaguchi και συν. το 2021 στην Ιαπωνία, εξετάστηκαν τα αρχεία από επισκέψεις αθλητών, σε ιατρικούς σταθμούς που δημιουργήθηκαν στους χώρους διεξαγωγής των αγώνων. Συνολικά, 3277 αθλητές συμμετείχαν στους αγώνες και αναλύθηκαν 134 επιλέξιμες επισκέψεις αθλητών ΑΜΕΑ. Συνολικά 102 αθλητές διαγνώστηκαν με τραυματισμούς. Από τους συμμετέχοντες, 21 αθλητές τραυματίστηκαν με πτώσεις και 11 αθλητές διαγνώστηκαν με ιογενείς λοιμώξεις. Τα μικρά τραύματα και οι ιογενείς δερματικές λοιμώξεις ήταν τα πιο συχνά παρατηρούμενα συμπτώματα μεταξύ των αθλητών. [72]

Οι οδηγίες για τους Παραολυμπιακούς αθλητές συνιστούν προληπτικές συμπεριφορές έναντι των λοιμώξεων, ελαχιστοποίηση της επαφής με ανθρώπους, αποφυγή βήχα μπροστά σε άλλους, χρήση μάσκας, σωστή υγιεινή των χεριών και εμβολιασμός για την πρόληψη των μεταδοτικών ασθενειών. [72]

Οι αθλητές που χρησιμοποιούν αμαξίδιο, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες λόγω της μεγάλης διάρκειας, παραμονής σε αυτό. Λόγω της αυξημένης τριβής καθίσταται πιθανό το ενδεχόμενο ανάπτυξης κάποιου είδους αλλεργίας. Τραύματα σε μαλακούς ιστούς, εμφάνιση πομπολύγων και διαταραχές στις αρθρώσεις είναι οι πιο συχνοί τραυματισμοί.

Πάνω από το 79% αυτών των τραυματισμών αφορά τη χρήση αναπηρικού αμαξιδίου σε αγώνες δρόμου και basketball. Σε περιπτώσεις ατόμων με διανοητική στέρηση, τα φαινόμενα μπορεί να μην γίνουν άμεσα αντιληπτά. Σε αυτή την περίπτωση κρίνεται απαραίτητη η αυξημένη προσοχή από τα άτομα που έχουν τους αθλητές υπό την επίβλεψη τους, κατά τη διάρκεια της άθλησης, καθώς και έπειτα από την ολοκλήρωση των αγώνων ή των προπονήσεων. [73]

Προβλήματα ισορροπίας, επιληπτικών κρίσεων και η έλλειψη κινητικού ελέγχου μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμούς του δέρματος από πτώσεις. Η λειτουργική αξιολόγηση και η κινητικότητα με τη χρήση αναπηρικών αμαξιδίων είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση της συμμετοχής τους σε αγώνες.

Οι αθλητές με πρόσθετα μέλη στο σώμα τους συχνά χρειάζονται νάρθηκες και αυτό δημιουργεί δερματικές εκδηλώσεις και ενδεχομένως μόλυνση των μαλακών ιστών. Η δερματολογική αξιολόγηση είναι σημαντική στα αθλήματα που υπάρχει σωματική επαφή. Ο έρπητας, η ψώρα και το μολυσματικό κηρίο είναι ασθένειες που δεν επιτρέπουν στον αθλητή να συμμετέχει σε αγώνες. Το δέρμα θα πρέπει συχνά να ελέγχεται για τυχόν μολύνσεις. Πρέπει να λαμβάνεται ιστορικό για χρόνιες ασθένειες, αλλεργικές αντιδράσεις, δερματικά προβλήματα, χρήση φαρμακευτικής αγωγής και οι λόγοι για τυχόν προηγούμενων αποκλεισμών από τους αγώνες. [74]

Οι Nyland και συν. ανέφεραν ότι οι τραυματισμοί των μαλακών ιστών εμφανίζονται σε διάφορα μέρη του σώματος και σχετίζονταν με την αναπηρία του αθλητή. [75] Οι τραυματισμοί του δέρματος είναι πιο συχνόι σε αθλητές με πρόσθετα μέλη. Η δερματίτιδα εξ επαφής προκαλείται από τον ρουχισμό, την επαφή και την τριβή από τη χρήση αναπηρικών αμαξιδίων. Η δερματίτιδα εξ επαφής συχνά ξεκινά από την τριβή και τον ιδρώτα, την επιφάνεια του εξοπλισμού, τη διαβροχή και το στέγνωμα, καθώς και τα χημικά που χρησιμοποιούνται για την απολύμανση του νερού ή του εξοπλισμού. [75]

Οι Blauwet και συν. ανέφεραν ότι στους Παραολυμπιακούς Αγώνες του Λονδίνου το 2012 και του Ρίο το 2016, αναφέρθηκε υψηλή συχνότητα τραυματισμών σε ορισμένα αθλήματα (ποδόσφαιρο, ξιφασκία με αναπηρικό αμαξίδιο, rugby με αναπηρικό αμαξίδιο και judo) και ο ώμος ήταν το πιο συχνά τραυματισμένο μέρος του σώματος. Η συχνότητα των τραυματισμών διέφερε ανάλογα με την αναπηρία του αθλητή (εγκεφαλική παράλυση έναντι άλλων βλαβών) και την πειθαρχία. Ανέφεραν επίσης ότι οι αθλητές χωρίς

αναπηρικό αμαξίδιο κινδύνευαν να τραυματιστούν στα κάτω άκρα και οι αθλητές με αναπηρικό αμαξίδιο σε ριπτικά αγωνίσματα είχαν υψηλό κίνδυνο τραυματισμών στον ώμο. [76]



Κεφάλαιο 6^ο

Μεθοδολογία

6.1 Ορισμός και σκοπός της έρευνας

Από την έλεγχο της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι υπάρχουσες μελέτες για τους αθλητές πετοσφαίρισης και τους αθλητές beach volley έχουν επικεντρωθεί κυρίως στον κίνδυνο τραυματισμών από τα υπερβολικά φορτία που δέχονται κατά τη διάρκεια της αθλητικής τους πορείας. Υπάρχει απουσία μελέτης, που να καταγράφει δερματολογικές παθήσεις σε αθλητές της πετοσφαίρισης, beach volley και καθήμενους αθλητές της πετοσφαίρισης, σε πανελλαδικό και παγκόσμιο επίπεδο. Θεωρείται ότι η παρούσα ερευνητική προσπάθεια θα έχει μεγάλη απήχηση και θα αποτελέσει σημείο αναφοράς για τους αθλητές και αθλήτριες του volley. Μέρος της παρούσας μελέτης που αφορούσε τις ιογενείς δερματικές λοιμώξεις σε αθλητές του beach volley, βραβεύτηκε με το βραβείο Νέων ερευνητών στο 30^ο Διεθνές Συνέδριο Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, το οποίο πραγματοποιήθηκε στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης ως την καλύτερη ψηφιακά αναρτημένη ανακοίνωση.

Σκοπός της έρευνας είναι:

1. Η διερεύνηση των δερματικών νοσημάτων που μπορούν να προκληθούν από την προπόνηση στο άθλημα της Πετοσφαίρισης και του Beach Volley
2. Η διερεύνηση των δερματικών νοσημάτων που μπορούν να προκληθούν από την προπόνηση των καθήμενων αθλητών Πετοσφαίρισης (ΑΜΕΑ)

6.2 Επιμέρους στόχοι

- Καταγραφή των δερματολογικών νοσημάτων που εμφανίζονται σε αθλητές και καθήμενους αθλητές που προπονούνται σε ανοικτά, κλειστά γήπεδα, ή σε γήπεδα με άμμο.
- Συχνότητα εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων
- Η διάρκεια των συμπτωμάτων, το μέρος του σώματος που εντοπίζονται τα δερματολογικά νοσήματα, αν υπάρχει διακοπή της προπόνησης, καθώς και η εποχή που εμφανίζονται στους αθλητές.

- Επίδραση του περιβάλλοντος, άμμος, ήλιος, δάπεδο, εποχή, καθώς και των ιδιαίτερων συνθηκών των προπονήσεων τους, στην εκδήλωση των δερματικών νοσημάτων.
- Θα αναδυθεί η σημασία των μέτρων πρόληψης και της σωστής υγιεινής, που πρέπει να τηρούν οι αθλητές.
- Επίδραση των δερματικών νοσημάτων στην υγεία των αθλητών και αν επηρεάζεται η προπόνησή τους.
- Πρακτικές αντιμετώπισης όσον αφορά τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, με την επίσκεψη τους σε δερματολόγο ή όχι, επίσης αξιολογήθηκαν.
- Τα συμπεράσματα της μελέτης θα βοηθήσουν στη διαμόρφωση προτάσεων που θα αφορούν την πρόληψη, προστασία και αποφυγή των παθήσεων που θα καταγραφούν.
- Βάσει των αποτελεσμάτων θα δοθεί η δυνατότητα στους αρμόδιους φορείς, να θεσπίσουν και να υιοθετήσουν κατάλληλα μέτρα και οδηγίες για την ενημέρωση των αθλητών.

6.3 Ημερομηνία ορισμού θέματος Διδακτορικής Διατριβής

Η συνέλευση του του τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών με αριθμό πρωτοκόλλου Αρ. 13/1-10-2019 αποφάσισε ομόφωνα και ενέκρινε την εκπόνηση Διδακτορικής Διατριβής στο Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών, στα γνωστικά αντικείμενα «Δερματολογία, Αθλητικές Επιστήμες και Βιοϊατρικές Επιστήμες».

Ως Τριμελή Συμβουλευτική Επιτροπή (ΤΣΕ) της Διδακτορικής Διατριβής ορίστηκαν ο κύριος Ευστάθιος Ράλλης Επίκουρος Καθηγητής ως επιβλέπων, η κυρία Βασιλική Κεφαλά Καθηγήτρια ως μέλος και η κυρία Ευσταθία Παπαγεωργίου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ως μέλος.

6.4 Εργαλεία της έρευνας- έγκριση από φορείς

Ως εργαλεία της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια, τα οποία ελέγχθηκαν για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους, με πιλοτική έρευνα. Για την αποστολή τους χρησιμοποιήθηκε πλατφόρμα πραγματοποίησης συγχρονικών μελετών, Google Form, όπως και με φυσική παρουσία όταν δεν ήταν εφικτή η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στην ηλεκτρονική του μορφή.

Τα δύο ερωτηματολόγια που προέκυψαν από τις παραπάνω επιστημονικές παρατηρήσεις είναι:

- Ερωτηματολόγιο για την εμφάνιση δερματικών προβλημάτων σε αθλητές και αθλήτριες πετοσφαίρισης και αθλητές και αθλήτριες beach volley
- Ερωτηματολόγιο για την εμφάνιση δερματικών προβλημάτων σε καθημένους αθλητές πετοσφαίρισης (αθλητών με ειδικές ανάγκες, ΑΜΕΑ)

Στην έρευνα δεν υπήρχε επικίνδυνη εξέταση, ούτε σωματικός κίνδυνος για τους αθλητές και τις αθλήτριες. Οι ερωτήσεις αφορούσαν αποκλειστικά τον ερευνητικό στόχο που αναφέρθηκε παραπάνω και τα αποτελέσματα δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλο σκοπό. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και η ανωνυμία διασφαλίστηκε πλήρως.

Οι φορείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και η Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης (Ε.Ο.ΠΕ.)

6.5 Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και Ελληνικής Ομοσπονδίας Πετοσφαίρισης

Τα ερωτηματολόγια της Διδακτορικής Διατριβής εγκρίθηκαν από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, στην 11^η συνεδρίαση της, (20-07-2020), μετά από σχετική αίτηση με αριθμό πρωτ: 48944/08-07-2020.

Η μελέτη είχε ήδη εγκριθεί από την Ε.Ο.ΠΕ, με την από 6/3/2019 υπ' αριθμόν πρωτ. 746 θετική απάντησή της μετά από σχετικό αίτημα που υποβλήθηκε.

Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε με την συνδρομή της Ε.Ο.ΠΕ., προς όλα τα αθλητικά σωματεία, στους καθήμενους αθλητές ΑΜΕΑ, όπως και στους αθλητές και τις αθλήτριες του Beach Volley.

6.6 Συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα

Το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από επιστολή όπου αναγραφόταν, η ερευνητική ομάδα, ο σκοπός της έρευνας και η σημασία αυτής, η έγκριση της από την αρμόδια ομοσπονδία καθώς και από φόρμα συγκατάθεσης, όπου οι εθελοντές αθλητές συναινούσαν για την συμμετοχή τους.

Η ανωνυμία των ερωτηματολογίων ήταν επιβεβαιωμένη μέσω της εναρμόνισης της Google με τον γενικό κανονισμό προστασίας προσωπικών δεδομένων. Είχαν ληφθεί τα κατάλληλα, τεχνικά και οργανωτικά μέτρα, για την διασφάλιση της εμπιστευτικότητας, της ακεραιότητας και της διαθεσιμότητας των δεδομένων, έχοντας αναλάβει την υποχρέωση:

- Να χρησιμοποιεί έναν ισχυρό κωδικό πρόσβασης.
- Να μην αποκαλύπτει τον κωδικό πρόσβασης και να μην επιτρέπει την χρήση του από άλλο πρόσωπο.
- Να μην καταγράφει τον κωδικό πρόσβασης εγγράφως ή με ηλεκτρονικά μέσα, π.χ. σε ένα έγγραφο ή σε e-mail και να μην χρησιμοποιεί την δυνατότητα «remember password» σε οποιαδήποτε συσκευή χρησιμοποιεί, για την σύνδεση στα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων.
- Να φροντίζει για την φυσική και ηλεκτρονική ασφάλεια της συσκευής που έχει χρησιμοποιήσει για να συνδεθεί (PC, laptop, tablet, κινητό τηλέφωνο).
- Να φροντίζει για την ασφάλεια του λογαριασμού του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του.
- Η επιστημονική ομάδα μέσω του επιστημονικά υπεύθυνου, έχει είχε λάβει τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας της ακεραιότητας της ανωνυμίας και της διαθεσιμότητας των δεδομένων.

6.7 Κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα (inclusion criteria)

- Να είναι αθλητές της Πετοσφαίρισης.
- Να ανήκουν σε συλλόγους που υπάγονται στην Ε.Ο.ΠΕ.
- Να είναι αθλητές, αθλήτριες που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα της Ε.Ο.ΠΕ.
- Να συναινέσουν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.
- Οι αθλητές ΑΜΕΑ που λαμβάνουν μέρος στην έρευνα, έχουν μόνο κινητικά προβλήματα και είναι ικανοί όπως και οι υπόλοιποι αθλητές για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και της φόρμας συγκατάθεσης.

6.8 Κριτήρια για τη μη συμμετοχή στην έρευνα (exclusion criteria)

- Να μην είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα της ΕΟΠΕ.

6.9 Αποθήκευση και καταστροφή δεδομένων

Τα δεδομένα θα υπάρχουν αποθηκευμένα στην πλατφόρμα Google Forms, για 24 μήνες μετά την ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής, μέχρι οι διαχειριστές να καταστρέψουν τα ερωτηματολόγια.

Είναι πιθανόν να διατηρηθούν για τυχόν μελλοντικές συγκριτικές μελέτες με αντίστοιχο ερευνητικό αντικείμενο στη διάρκεια των 24 μηνών. Επιπλέον θα υπάρχει δυνατότητα επικοινωνίας μέσω e-mail που θα αναγράφεται στην αρχή των ερωτηματολογίων, με σκοπό την άμεση επικοινωνία και υποβολή παραπόνων ή καταγγελιών.

Δεν υπήρξε κάποιο κόστος που να επιβαρύνει τον αθλητή ή αμοιβή στη μελέτη αυτή.

6.10 Ηθικά διλήμματα

Η όλη διαδικασία έγινε σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας στην επιστημονική έρευνα, όπως αυτοί ορίζονται από διεθνείς συνθήκες και πρωτόκολλα, τη Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, τη Διακήρυξη του Ελσίνκι και την Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα.

6.11 Δείγμα έρευνας - πληροφορίες ερωτηματολογίων

Το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε 785 αθλητές και αθλήτριες, του αθλήματος της πετοσφαίρισης και του beach volley, καθώς και 24 καθημένους αθλητές με ειδικές ανάγκες, ΑΜΕΑ.

Η ηλικία των αθλητών άρχιζε από τα αγωνιστικά αναπτυξιακά τμήματα έως την κατηγορία ανδρών - γυναικών. Πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία από το σύνολο των σωματείων - αθλητών.

Τα ερωτηματολόγια περιείχαν δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με την προπόνηση, το γήπεδο, τις προσωπικές συνήθειες των αθλητών και γενικές πληροφορίες για δερματολογικά νοσήματα.

Έγινε καταγραφή των εξής:

1. Συχνότητα νόσησης
2. Διάρκεια συμπτωμάτων
3. Τα σημεία εντόπισης των δερματικών εκδηλώσεων στο σώμα
4. Εποχή εμφάνισης
5. Διάρκεια αποχής από την προπόνηση
6. Επίσκεψη σε δερματολόγο ή/και χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

Το ερωτηματολόγιο των καθημένων αθλητών Πετοσφαίρισης περιείχε δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με την προπόνηση, το γήπεδο και τις προσωπικές συνήθειες των αθλητών. Επίσης παρείχε πληροφορίες σχετικά με την αναπηρία των αθλητών, αν η αναπηρία τους ήταν συγγενής ή επίκτητη, το λόγο που αυτή προέκυψε, καθώς και αν υπάρχει πρόσθετο μέλος στο σώμα των αθλητών.

Έγινε καταγραφή των εξής:

1. Συχνότητα νόσησης
2. Διάρκεια συμπτωμάτων
3. Τα σημεία εντόπισης των δερματικών εκδηλώσεων στο σώμα
4. Εποχή εμφάνισης

5. Διάρκεια αποχής από την προπόνηση

6. Επίσκεψη σε δερματολόγο/χρήση φαρμάκων

Εξετάστηκαν τα ακόλουθα δερματικά νοσήματα:

- **Ιογενείς λοιμώξεις (viral skin infections)**

Μολυσματική τέρμινθος (Molluscum Contagiosum), Μυρμηκίες (Warts), Απλός έρπητας (Herpes Simplex) - Επιχείλιος έρπητας (Herpes Labialis), Έρπητας ζωστήρας (Varicella Zoster), Έρπητας Γεννητικών Οργάνων (Genital Herpes), Οξυτενή κονδυλώματα (Genital Warts).

- **Μυκητιασικές λοιμώξεις (fungal skin infections)**

Ονχομυκητίαση (Tinea unguium, Onychomycosis), Δερματοφυτία άκρων ποδών (Tinea Pedis), Δερματοφυτία άκρων χειρών Δερματοφυτία μηροβουβωνικών πτυχών (Tinea Cruris), Ποικιλόχρους πιτυρίαση (Tinea Versicolor).

- **Βακτηριακές λοιμώξεις (bacterial skin infections)**

Θυλακίτιδα (Folliculitis), Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (Staphylococcus aureus cutaneous infections).

- **Δερματίτιδες (Dermatitis)**

Δερματίτιδα από tape (Athletic Tape Dermatitis), από επιγονατίδες και υποδήματα (Athletic Shoes Dermatitis), Έκζεμα χειρών (Hand eczema), Ξηρότητα (Dry Skin), Ξηροδερμία (Xerosis).

- **Αλλεργίες (Allergy)**

Κνίδωση από ζέστη και από κρύο (Urticaria), Αναφυλαξία (Anaphylaxis).

- **Τραύματα του δέρματος (skin wounds)**

Επιφανειακά τραύματα, Διαβρώσεις (Erosions), Τομή (Incision), Σχίσσιμο (Laceration) Αιματώματα, Αιματώματα υπονύχια (Hematomas), Βαθύ τραύμα, Θλαστικό τραύμα, (Open Rupturing Trauma, or Wound), Ονυχόλυση, Έγκαυμα από τριβή, Πομποί τριβής (Friction Blister).

- **Παρασιτικές λοιμώξεις (atypical mycobacterial skin infections)**

Ψώρα (Scabies), Φθειριάσεις (Pediculosis).

- **Άλλα δερματολογικά νοσήματα**

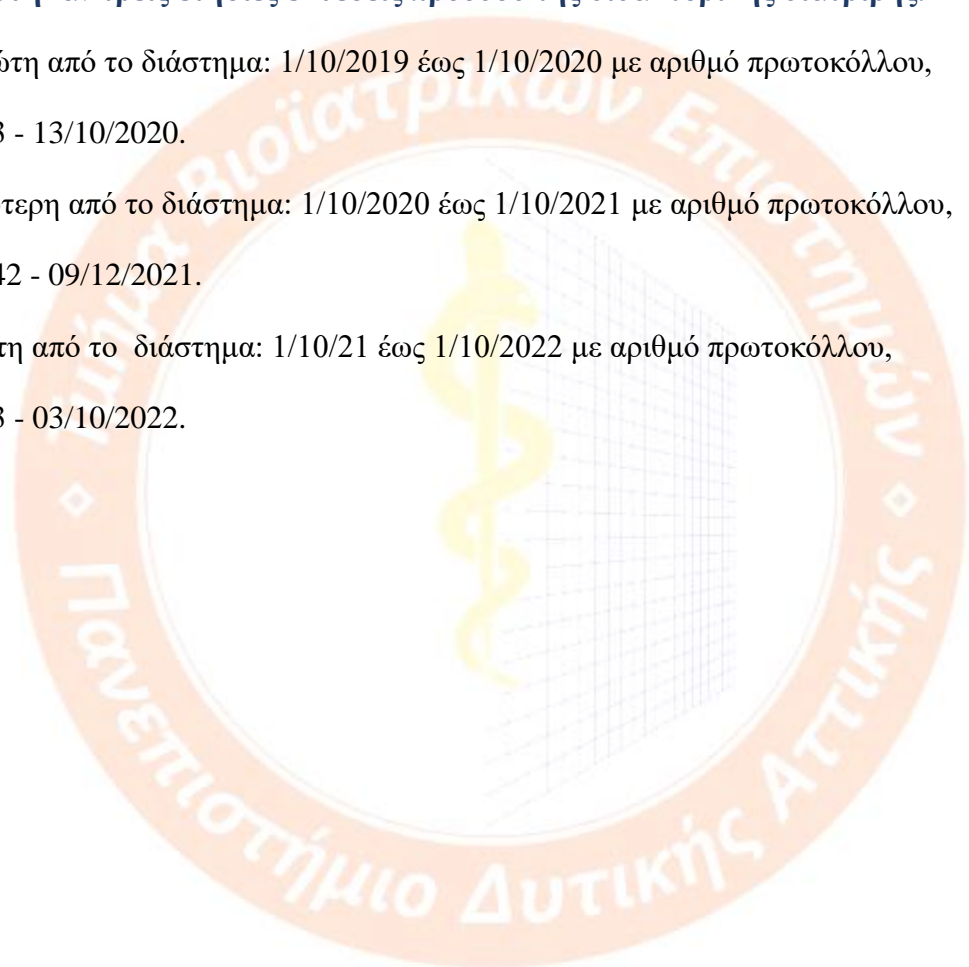
Ηλιακό έγκαυμα, (Sunburn), Ακμή (Acne), Ψωρίαση (Psoriasis).

Επιδόθηκαν τρεις ετήσιες εκθέσεις προόδου της διδακτορικής διατριβής.

Η πρώτη από το διάστημα: 1/10/2019 έως 1/10/2020 με αριθμό πρωτοκόλλου, 74903 - 13/10/2020.

Η δεύτερη από το διάστημα: 1/10/2020 έως 1/10/2021 με αριθμό πρωτοκόλλου, 111042 - 09/12/2021.

Η τρίτη από το διάστημα: 1/10/21 έως 1/10/2022 με αριθμό πρωτοκόλλου, 89293 - 03/10/2022.



Κεφάλαιο 7^ο

7.1 Στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής αποτυπώθηκαν τα χαρακτηριστικά και οι απαντήσεις των δύο δειγμάτων, συχνότητες, ποσοστά, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές, ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος).

Ο έλεγχος των Kolmogorov - Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης OR (odds ratio), αναλογία πιθανοτήτων, για την σύγκριση δύο ομάδων ως προς την εμφάνιση ενός χαρακτηριστικού ή όχι.

Μέσω της επαγωγικής στατιστικής εξετάστηκε η σχέση της συχνότητας εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων, με διάφορα χαρακτηριστικά των αθλητών, π.χ. φύλο. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 , chi-square test.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση, chi-square trend test.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t, student's t-test, όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή και ο έλεγχος Mann-Whitney (Mann-Whitney test), όταν η ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλή ανάλυση διασποράς (Manova) για να εξεταστεί η επίδραση πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών ταυτόχρονα στην συχνότητα εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS22.0 και το Microsoft Office Excel 2013.

7.2 Αποτελέσματα

Χαρακτηριστικά Αθλητών

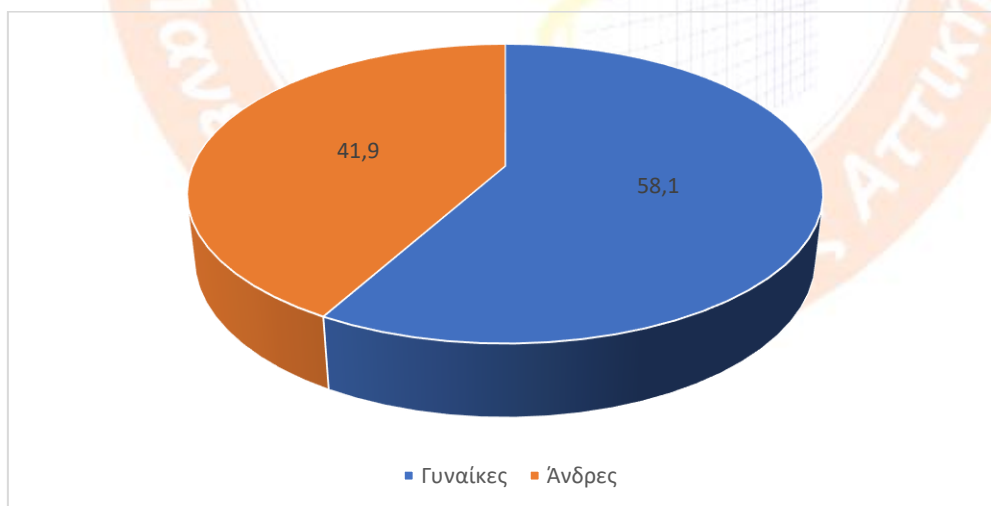
Πίνακας 2. Φύλο των αθλητών.

	N	%
Γυναίκες	456	58,1
Άνδρες	329	41,9
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 2 παρατηρείται ότι η αναλογία ανδρών και γυναικών στο δείγμα των αθλητών είναι 41,9% και 58,1% αντίστοιχα.



Πίνακας 3. Ηλικία, βάρος, ύψος και δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ).

	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μ	ΤΑ
Ηλικία	12,0	58,0	28,37	9,00
Βάρος	45,0	125,0	73,11	11,76
Ύψος	1,53	2,02	1,76	,077
ΔΜΣ	14,8	38,6	23,59	2,64

Μ = μέση τιμή

ΤΑ = τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 3 παρατηρείται ότι η μέση ηλικία του δείγματος των αθλητών είναι ίση με 28,37 (ΤΑ = 9,0) έτη. Ακόμα, η μέση τιμή του ΔΜΣ είναι ίση με 23,59 (ΤΑ = 2,64).

Πίνακας 4. Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο.

	N	%
Λιγότερα από 3	64	9,6
4 έως 6 χρόνια	121	18,1
7 έως 9 χρόνια	116	17,4
10 έως 12 χρόνια	148	22,2
Περισσότερα από 12 χρόνια	218	32,7
Total	667	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 4 παρατηρείται το 54,9% του δείγματος των αθλητών να ασχολείται με το βόλεϊ πάνω από 10 έτη.

Σημείωση: 15% (N = 118) του δείγματος δεν έχει ενασχοληθεί με το βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο.



Πίνακας 5. Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε ανοιχτό γήπεδο.

	N	%
Λιγότερα από 3	365	63,3
4 έως 6 χρόνια	104	18,0
7 έως 9 χρόνια	49	8,5
10 έως 12 χρόνια	19	3,3
Περισσότερα από 12 χρόνια	40	6,9
Total	577	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 5 παρατηρείται το 10,2% του δείγματος των αθλητών να ασχολείται με το βόλεϊ σε ανοιχτό γήπεδο πάνω από 10 έτη.

Σημείωση: 26,5% (N = 208) του δείγματος δεν έχει ενασχοληθεί με το βόλεϊ σε ανοιχτό γήπεδο.



Πίνακας 6. Χρόνια ενασχόλησης με το Beach Volley.

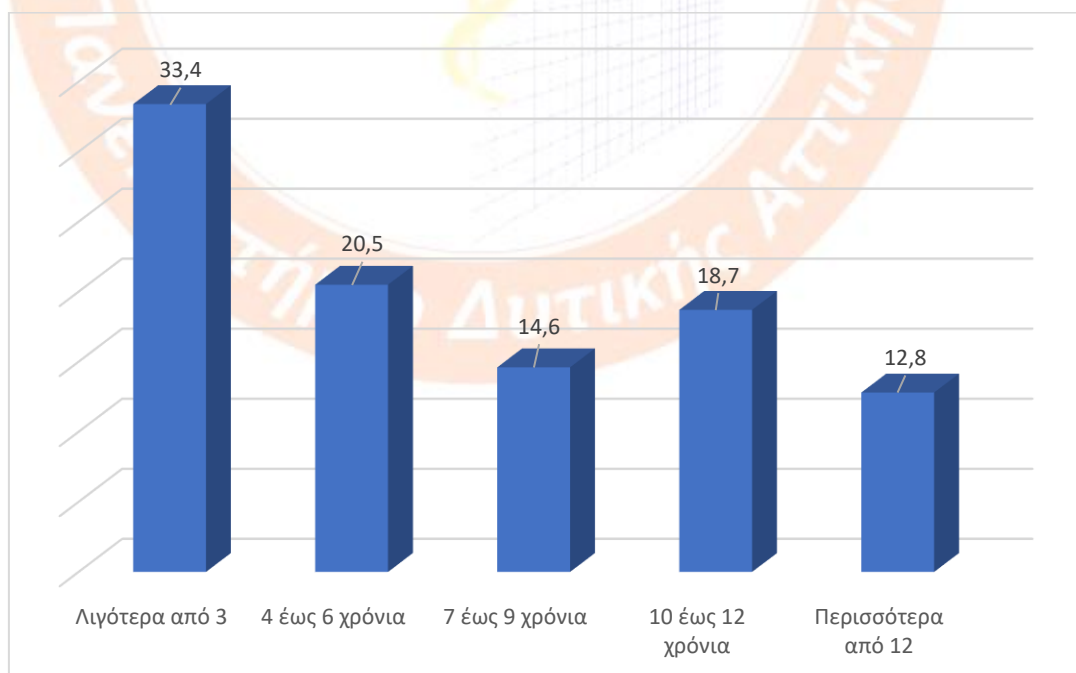
	N	%
Λιγότερα από 3	238	33,4
4 έως 6 χρόνια	146	20,5
7 έως 9 χρόνια	104	14,6
10 έως 12 χρόνια	133	18,7
Περισσότερα από 12	91	12,8
Total	712	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 6 παρατηρείται το 31,5% του δείγματος των αθλητών να ασχολείται με το beach volley πάνω από 10 έτη.

Σημείωση: 9,3% (N = 73) του δείγματος δεν έχει ενασχοληθεί με το beach volley.



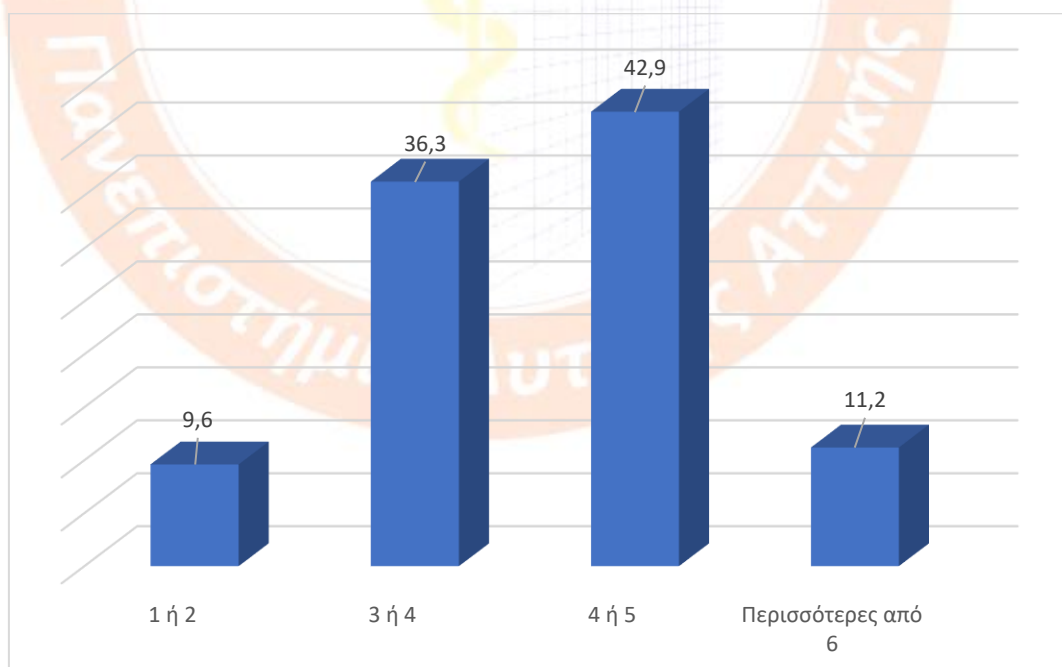
Πίνακας 7. Αριθμός εβδομαδιαίων προπονήσεων.

	N	%
1 ή 2	75	9,6
3 ή 4	285	36,3
4 ή 5	337	42,9
Περισσότερες από 6	88	11,2
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 7 παρατηρείται το 79.2% του δείγματος των αθλητών να προπονείται σε εβδομαδιαία βάση από 3 - 5 φορές.



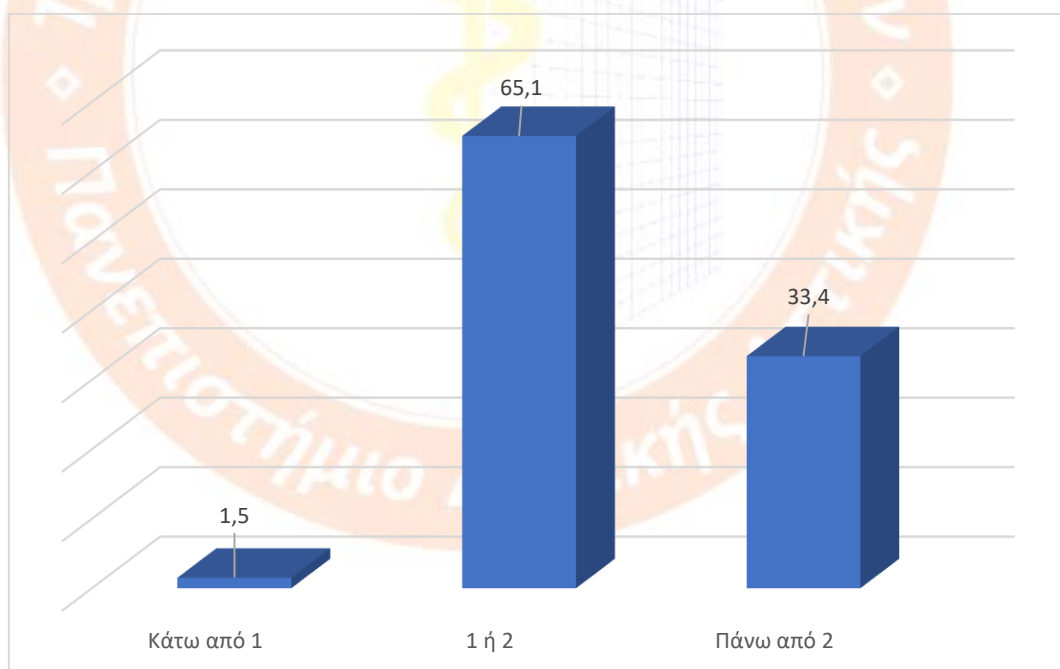
Πίνακας 8. Μέσος όρος ωρών ημερήσιας προπόνησης.

	N	%
Κάτω από 1	12	1,5
1 ή 2	511	65,1
Πάνω από 2	262	33,4
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 8 παρατηρείται το 65,1% του δείγματος των αθλητών να προπονείται 1 ή 2 ώρες την ημέρα με το volley.



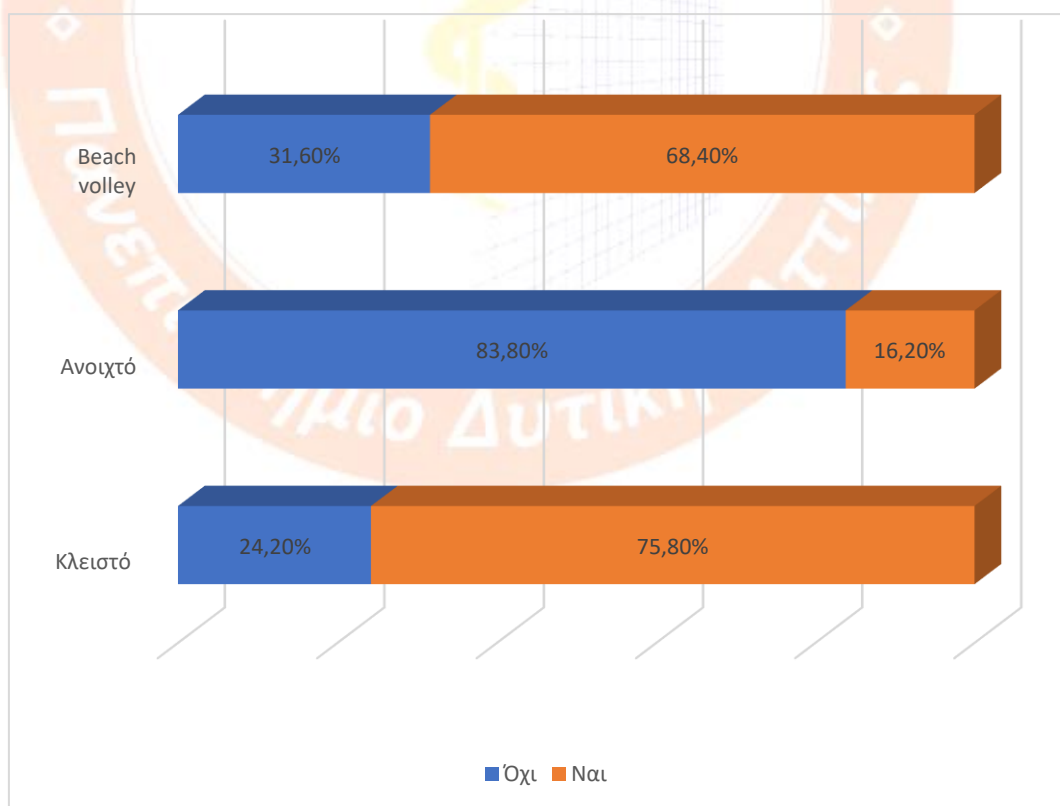
Πίνακας 9. Είδος γηπέδου στο οποίο πραγματοποιείται η προπόνηση.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Κλειστό	190	24,2%	595	75,8%
Ανοιχτό	658	83,8%	127	16,2%
Beach volley	248	31,6%	537	68,4%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 9 παρατηρείται το 75,8% του δείγματος των αθλητών να προπονείται σε κλειστό γήπεδο και το 68,4% σε beach volley.



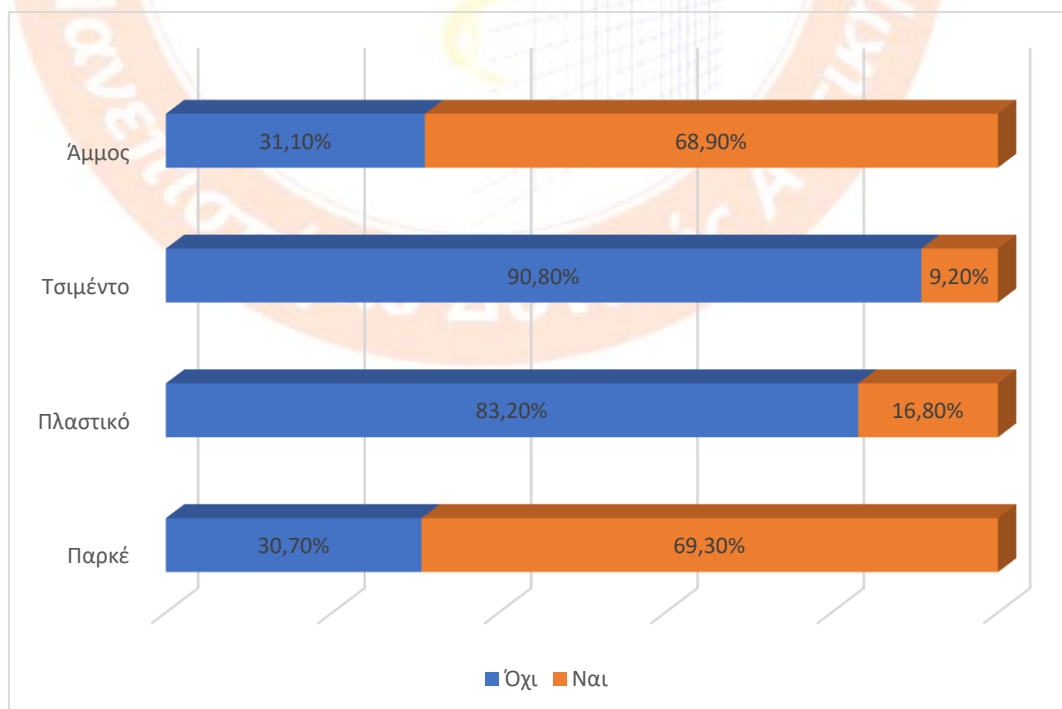
Πίνακας 10. Δάπεδο του γηπέδου.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Παρκέ	241	30,7%	544	69,3%
Πλαστικό	653	83,2%	132	16,8%
Τσιμέντο	713	90,8%	72	9,2%
Άμμος	244	31,1%	541	68,9%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 10 παρατηρείται το 69,3% του δείγματος των αθλητών να προπονείται σε παρκέ και το 68,9% στην άμμο.



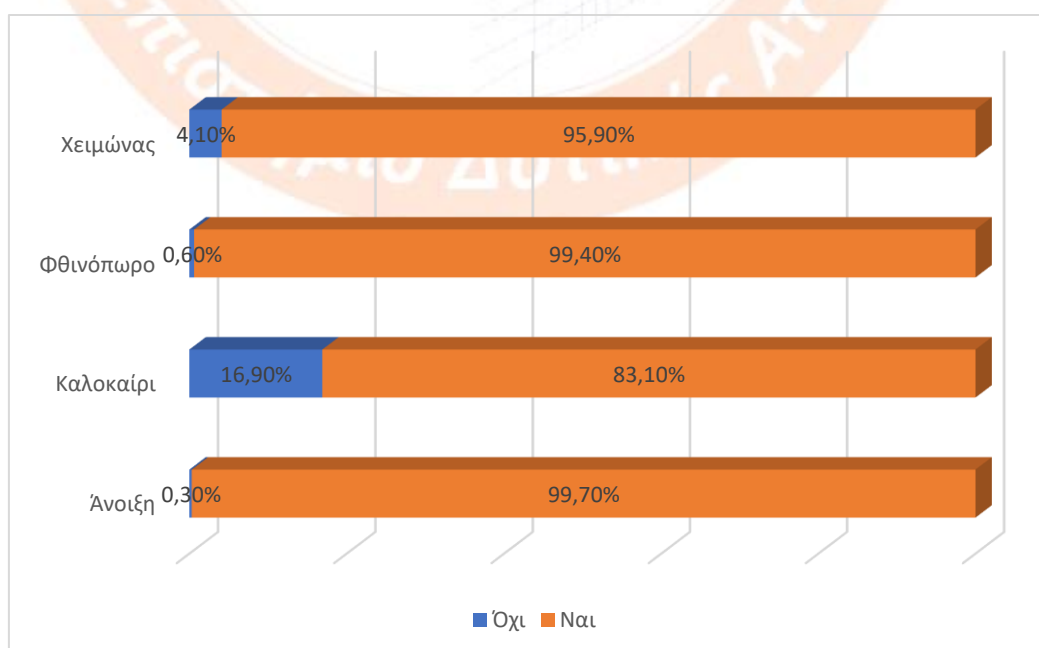
Πίνακας 11. Εποχή προπόνησης.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Άνοιξη	2	0,3%	783	99,7%
Καλοκαίρι	133	16,9%	652	83,1%
Φθινόπωρο	5	0,6%	780	99,4%
Χειμώνας	32	4,1%	753	95,9%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 11 παρατηρείται το 99,7% του δείγματος των αθλητών να προπονείται την άνοιξη, το 95,9% προπονείται τον χειμώνα, το 99,4% το φθινόπωρο και το 83,1% του δείγματος το καλοκαίρι.



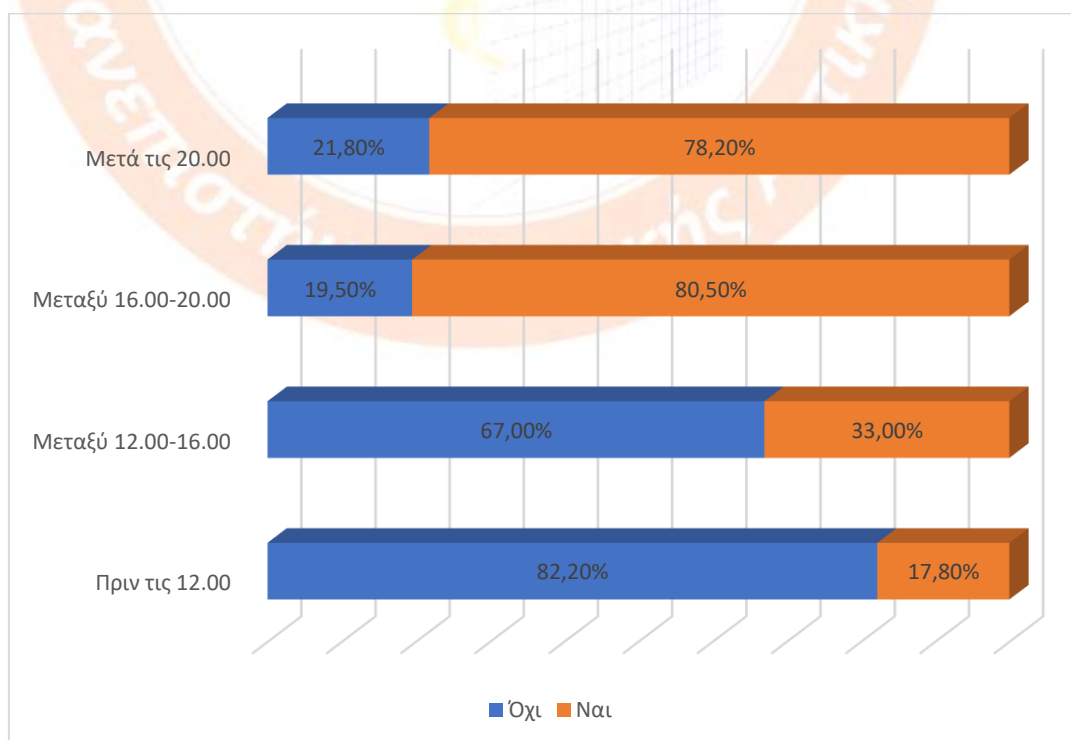
Πίνακας 12. Ωράριο προπόνησης.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Πριν τις 12.00	645	82,2%	140	17,8%
Μεταξύ 12.00-16.00	526	67,0%	259	33,0%
Μεταξύ 16.00-20.00	153	19,5%	632	80,5%
Μετά τις 20.00	171	21,8%	614	78,2%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 12 παρατηρείται το 80,5% του δείγματος των αθλητών να προπονείται μεταξύ 16.00 - 20.00 και το 78,2% του δείγματος μετά τις 20.00.



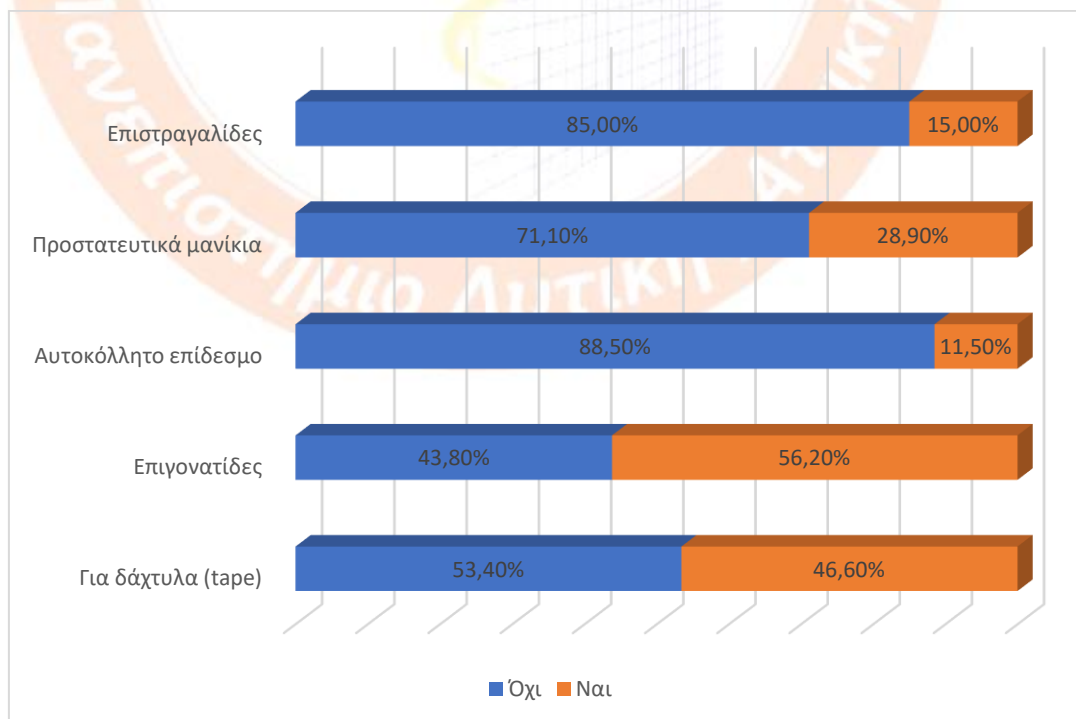
Πίνακας 13. Χρήση προστατευτικών (επιγονατίδες, tape).

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Για δάχτυλα (tape)	419	53,4%	366	46,6%
Επιγονατίδες	344	43,8%	441	56,2%
Αυτοκόλλητο επίδεσμο	695	88,5%	90	11,5%
Προστατευτικά μανίκια	558	71,1%	227	28,9%
Επιστραγαλίδες	667	85,0%	118	15,0%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 13 παρατηρείται το 56,2% του δείγματος των αθλητών να χρησιμοποιεί επιγονατίδες και το 46,6% tape για τα δάχτυλα.



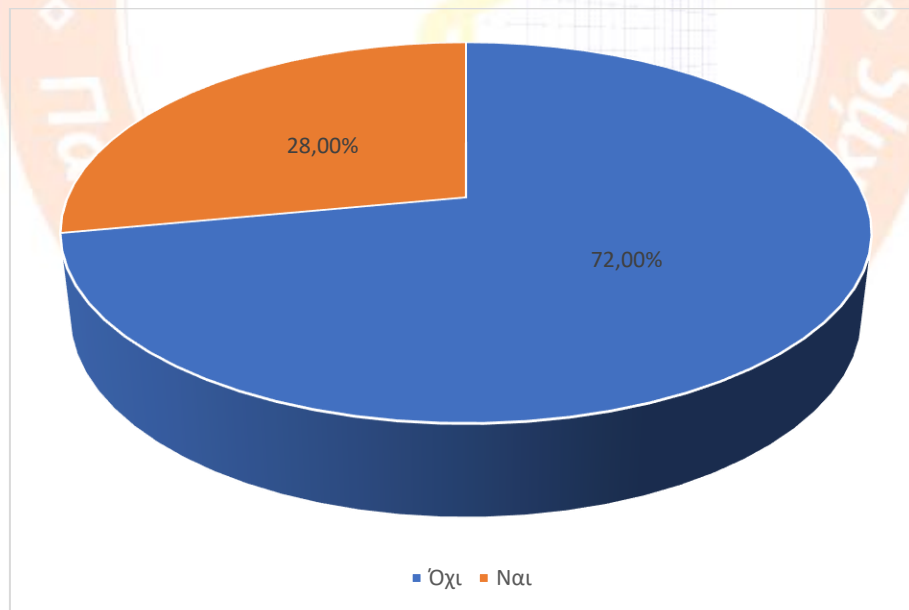
Πίνακας 14. Χρήση ειδικών ισοθερμικών καλτσών για την προπόνηση στο beach volley.

Όχι		Ναι	
N	%	N	%
496	72,0%	193	28,0%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 14 παρατηρείται το 28,0% του δείγματος των αθλητών να χρησιμοποιεί ισοθερμικές κάλτσες για την προπόνηση στο beach volley.



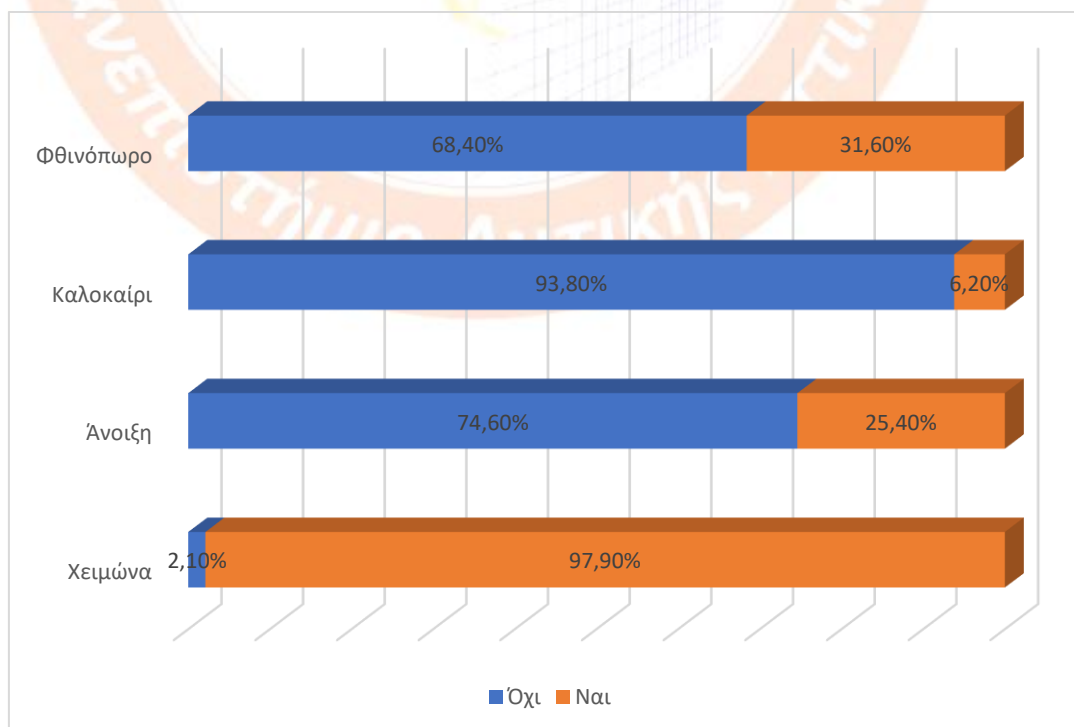
Πίνακας 15. Περίοδος χρήσης ειδικών ισοθερμικών καλτσών για την προπόνηση στο beach volley.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Χειμώνα	4	2,1%	189	97,9%
Άνοιξη	144	74,6%	49	25,4%
Καλοκαίρι	181	93,8%	12	6,2%
Φθινόπωρο	132	68,4%	61	31,6%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 15 παρατηρείται το 97,9% του δείγματος των αθλητών να χρησιμοποιεί ειδικές ισοθερμικές κάλτσες για την προπόνηση στο beach volley την περίοδο του χειμώνα.



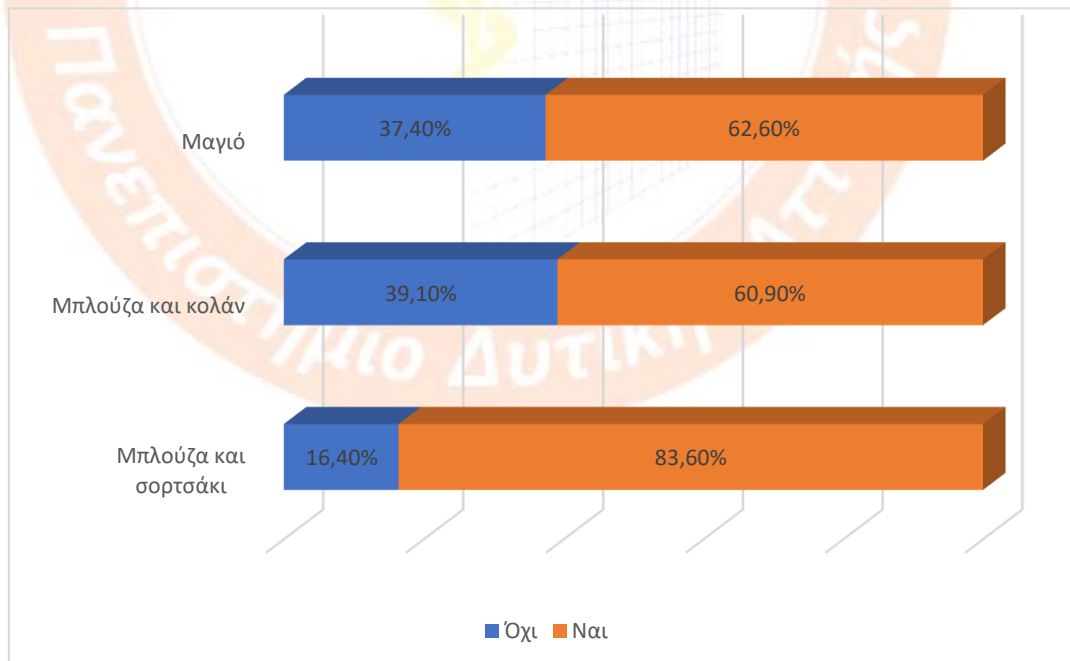
Πίνακας 16. Ρουχισμός κατά την διάρκεια της προπόνησης beach volley.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Μπλούζα και σορτσάκι	102	16,4%	519	83,6%
Μπλούζα και κολάν	242	39,1%	377	60,9%
Μαγιό	228	37,4%	381	62,6%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 16 παρατηρείται το 83,6% του δείγματος των αθλητών να χρησιμοποιεί μπλούζα και σορτσάκι κατά την διάρκεια της προπόνησης beach volley.



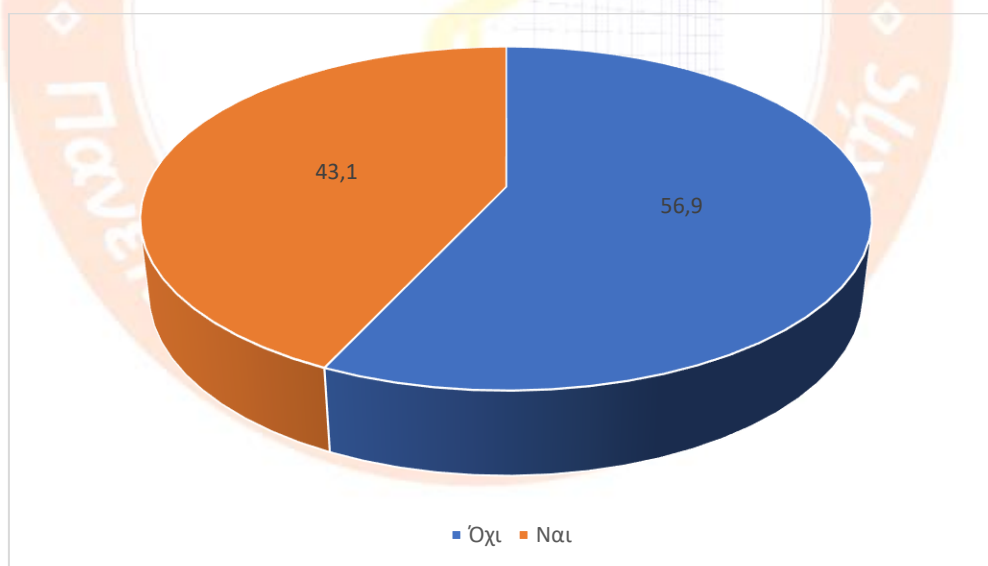
Πίνακας 17. Γνωρίζετε αν η άμμος ελέγχεται για αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό;

	N	%
Όχι	380	56,9
Ναι	288	43,1
Total	668	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 17 παρατηρείται το 43,1% του δείγματος των αθλητών να γνωρίζει αν η άμμος ελέγχεται από αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό.



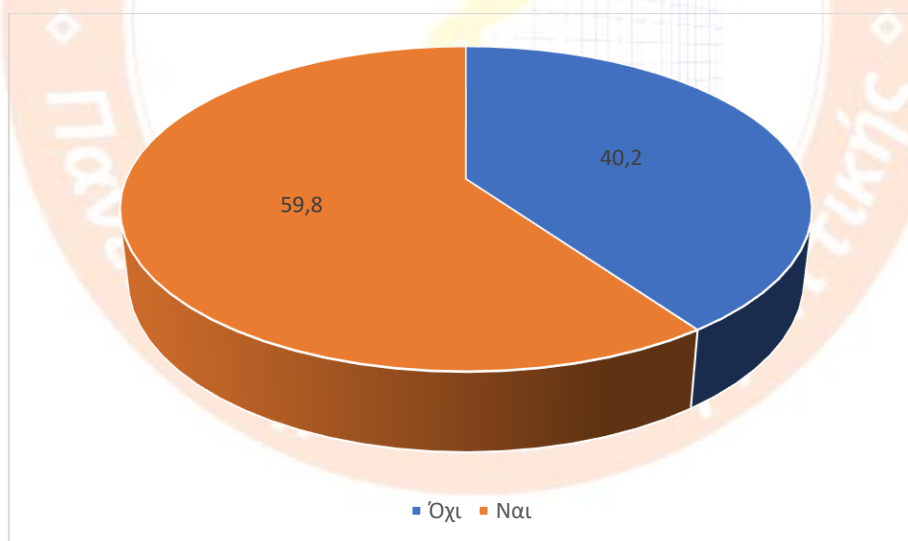
Πίνακας 18. Γνωρίζετε την ποιότητα της άμμου;

	N	%
Όχι	269	40,2
Ναι	400	59,8
Total	669	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 18 παρατηρείται το 59,8% του δείγματος των αθλητών να γνωρίζει την ποιότητα της άμμου.



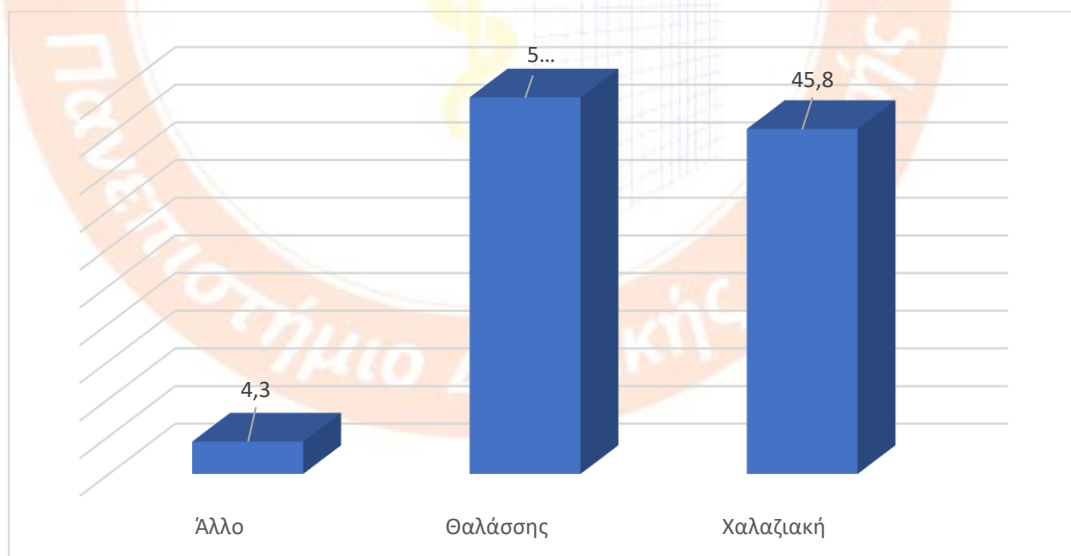
Πίνακας 19. Αν ναι, αυτή είναι:

	N	%
Άλλο	17	4,3
Θαλάσσης	200	50,0
Χαλαζιακή	183	45,8
Total	400	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 19 παρατηρείται για το 59,8% του δείγματος των αθλητών που γνωρίζει την ποιότητα της άμμου, το 50% αναφέρει ότι είναι θαλάσσης και το 45,8% ότι είναι χαλαζιακή.



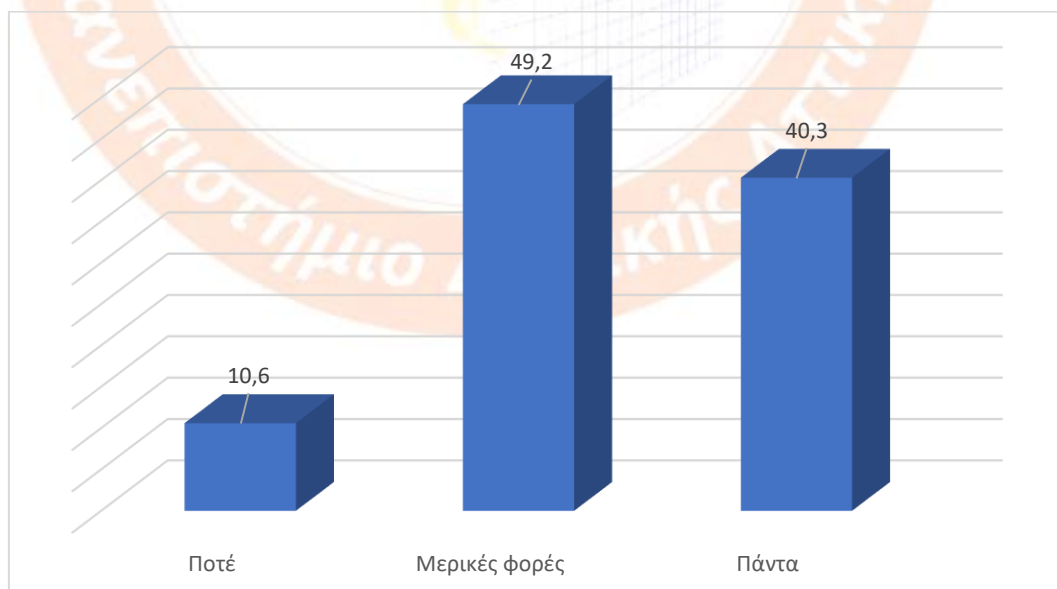
Πίνακας 20. Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;

	N	%
Ποτέ	83	10,6
Μερικές φορές	386	49,2
Πάντα	316	40,3
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 20 παρατηρείται το 49,2% του δείγματος των αθλητών να κάνει μερικές φορές χρήση αντηλιακού κατά την διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο και το 40,3% αναφέρει ότι πάντα χρησιμοποιεί.



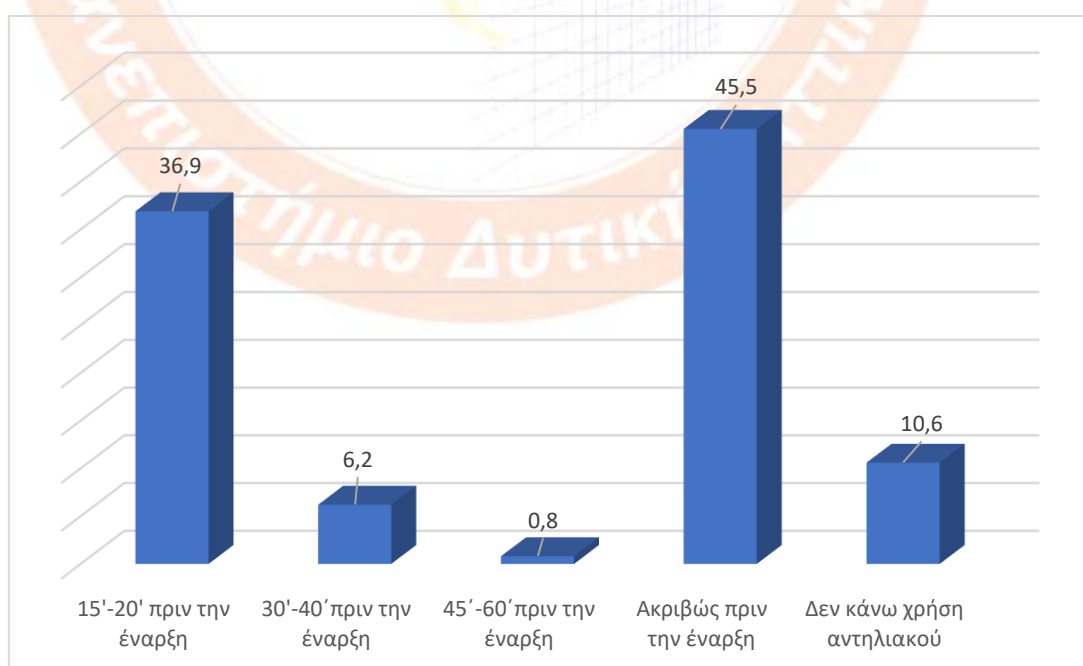
Πίνακας 21. Αν κάνετε χρήση αντηλιακού, ο χρόνος εφαρμογής σε σχέση με την προπόνηση είναι:

	N	%
15'-20' πριν την έναρξη	290	36,9
30'-40' πριν την έναρξη	49	6,2
45'-60' πριν την έναρξη	6	0,8
Ακριβώς πριν την έναρξη	357	45,5
Δεν κάνω χρήση αντηλιακού	83	10,6
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 21 παρατηρείται για το 45,5% του δείγματος των αθλητών να χρησιμοποιεί αντηλιακό 45 - 60 λεπτά πριν την έναρξη και το 36,9%, 15 - 20 λεπτά πριν την έναρξη.



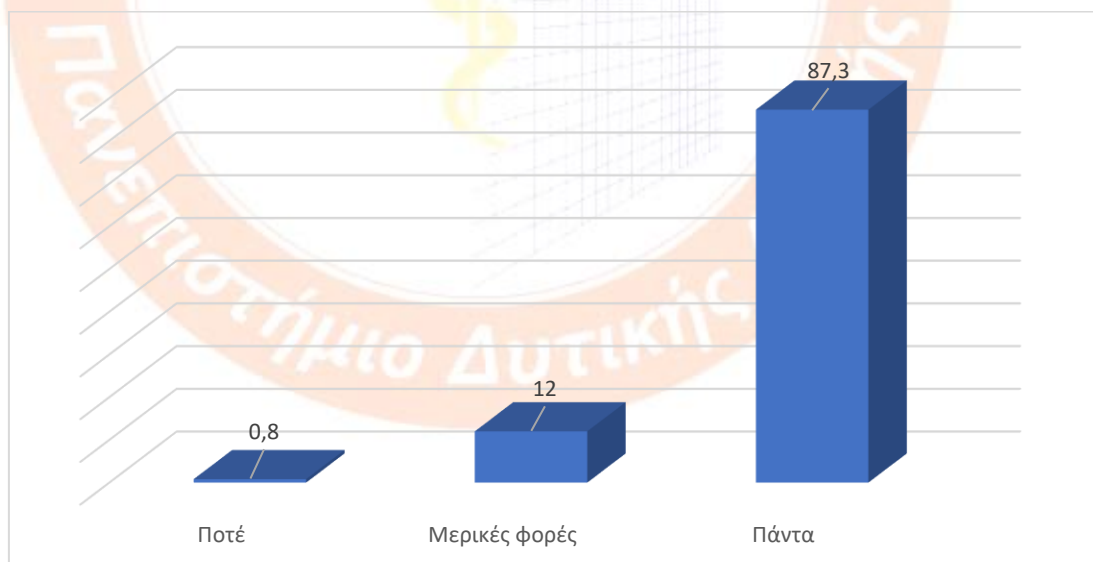
Πίνακας 22. Τηρούνται οι κανόνες προσωπικής υγιεινής, χρήση ατομικής πετσέτας, σαγιονάρες;

	N	%
Ποτέ	6	0,8
Μερικές φορές	94	12,0
Πάντα	685	87,3
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 22 παρατηρείται για το 87,3% του δείγματος των αθλητών να τηρεί πάντα τους κανόνες προσωπικής υγιεινής.



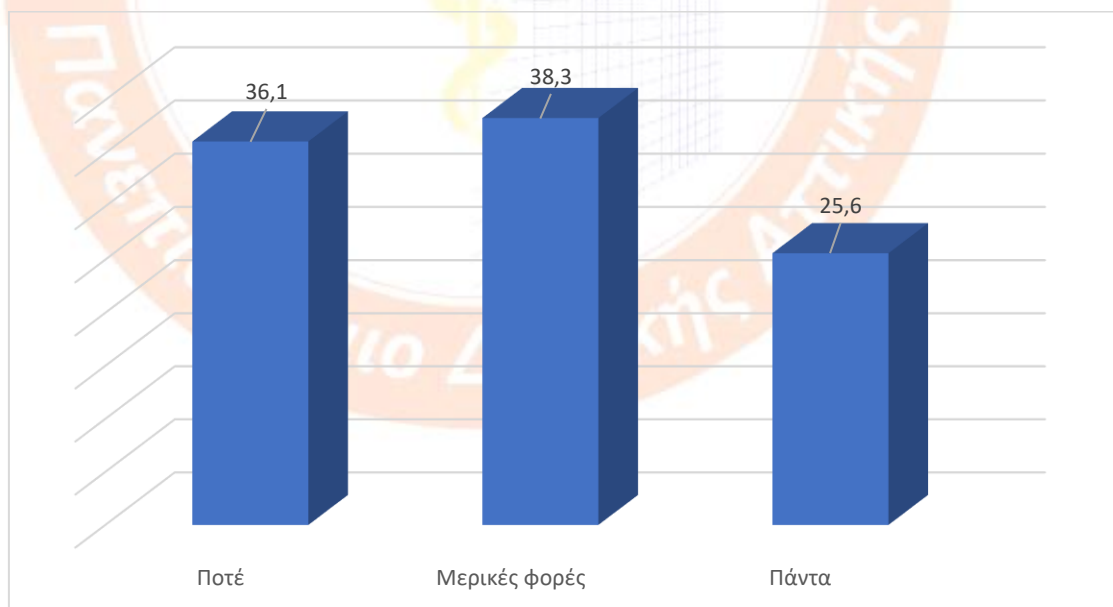
Πίνακας 23. Φοράτε γυαλιά ηλίου κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;

	N	%
Ποτέ	283	36,1
Μερικές φορές	301	38,3
Πάντα	201	25,6
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 23 παρατηρείται για το 38,3% του δείγματος των αθλητών να χρησιμοποιεί μερικές φορές γυαλιά ηλίου κατά την διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο και το 36,1% του δεν χρησιμοποιεί ποτέ.



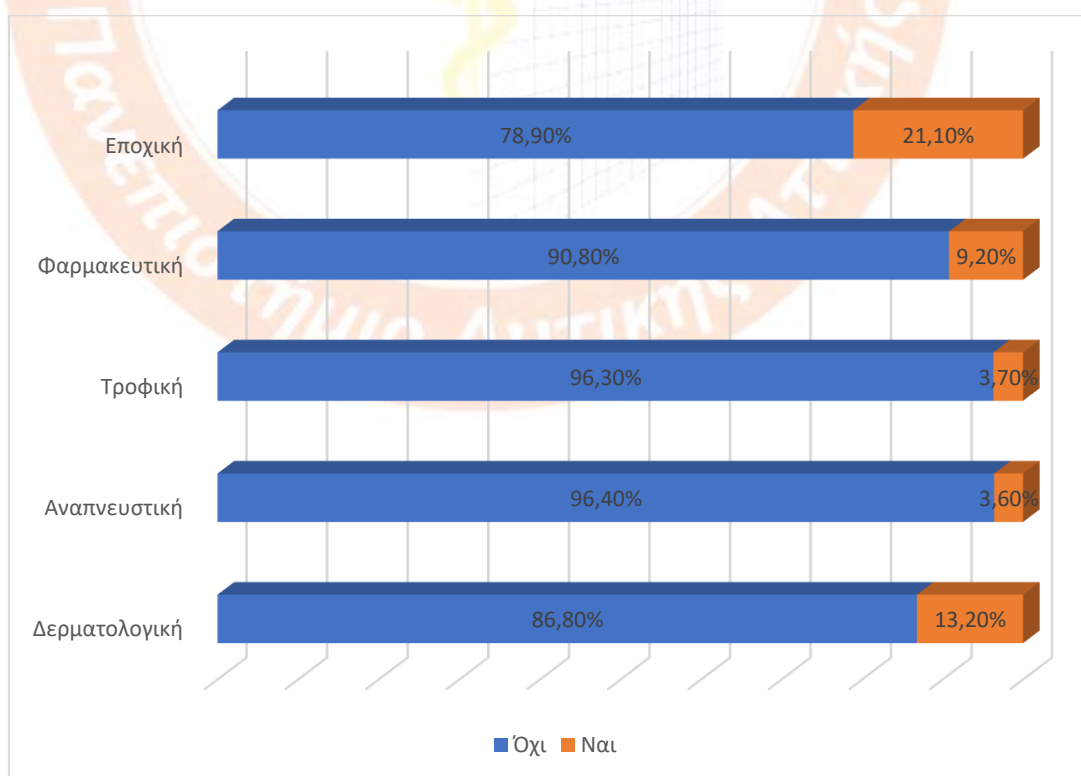
Πίνακας 24. Ιστορικό αλλεργιών.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Δερματολογική	681	86,8%	104	13,2%
Αναπνευστική	757	96,4%	28	3,6%
Τροφική	756	96,3%	29	3,7%
Φαρμακευτική	713	90,8%	72	9,2%
Εποχική	619	78,9%	166	21,1%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 24 παρατηρείται για το 21,1% του δείγματος των αθλητών να έχει εποχική αλλεργία και το 13,2% δερματολογική.



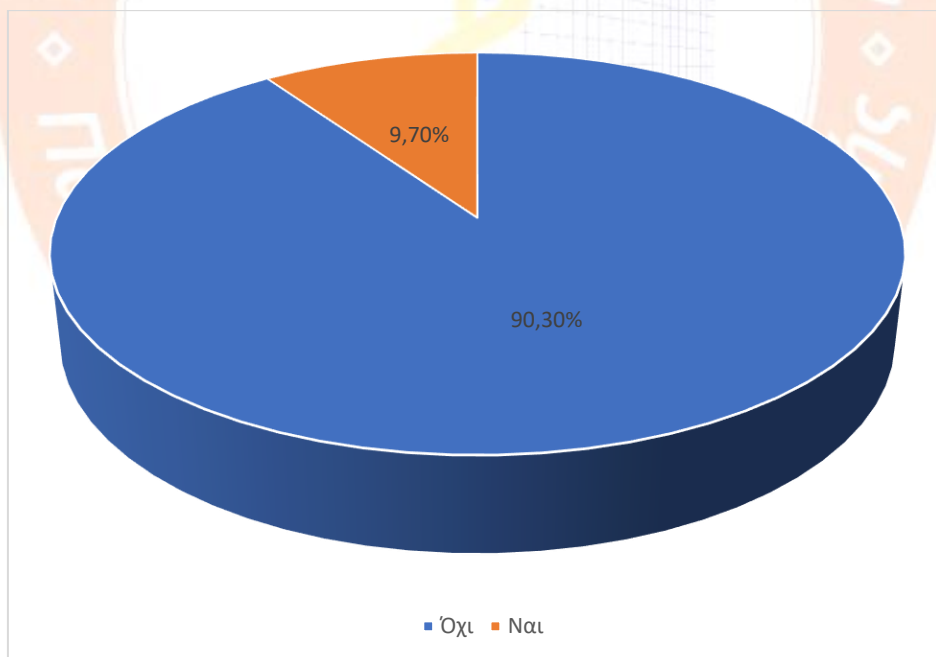
Πίνακας 25. Υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον;

Όχι		Ναι	
N	%	N	%
709	90,3%	76	9,7%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 25 παρατηρείται για το 9,7% του δείγματος των αθλητών ότι υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον.



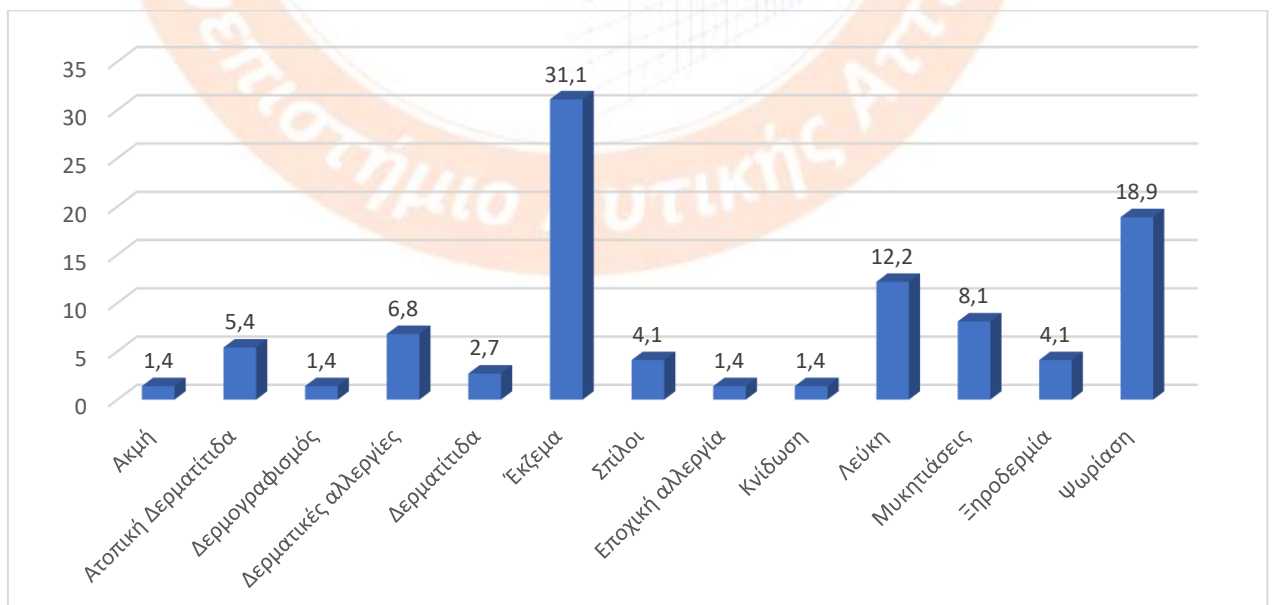
Πίνακας 26. Αν ναι, ποιο /α δερματολογικά νόσημα/τα υπάρχουν στο οικογενειακό ιστορικό;

Ακμή	1	1,4
Ατοπική Δερματίτιδα	4	5,4
Δερμογραφισμός	1	1,4
Δερματικές αλλεργίες	5	6,8
Δερματίτιδα	2	2,7
Έκζεμα	23	31,1
Σπίλοι	3	4,1
Εποχική αλλεργία	1	1,4
Κνίδωση	1	1,4
Λεύκη	9	12,2
Μύκητες	6	8,1
Ξηροδερμία	3	4,1
Ψωρίαση	14	18,9
Total	74	100

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 26 για το 9,7% του δείγματος των αθλητών που έχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον, το 31,1% αναφέρει έκζεμα και το 18,9% αναφέρει την ψωρίαση.



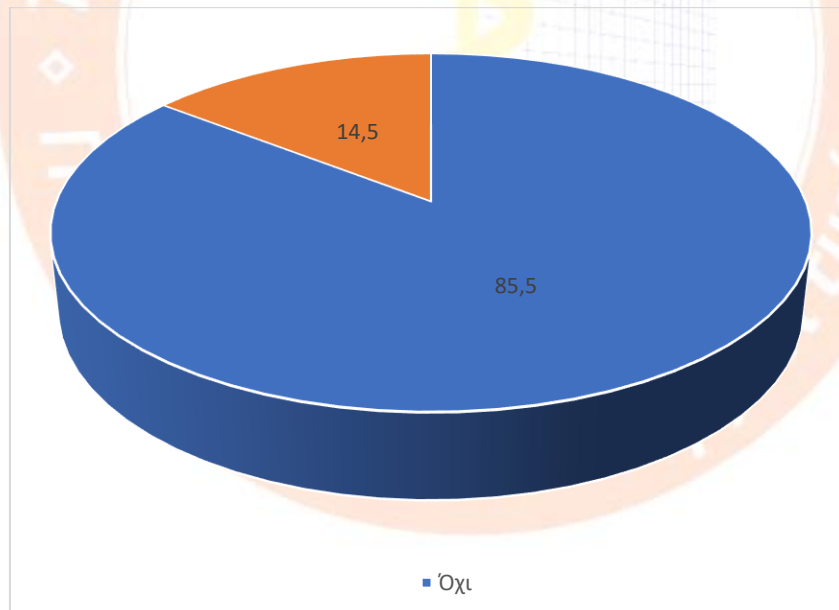
Πίνακας 27. Είχατε κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσετε να ασχολείστε με το βόλεϊ ή το beach volley;

	N	%
Όχι	671	85,5
Ναι	114	14,5
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 27 παρατηρείται για το 14,5% του δείγματος των αθλητών να έχουν κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσουν αν ασχολούνται με το βόλεϊ ή το beach volley.



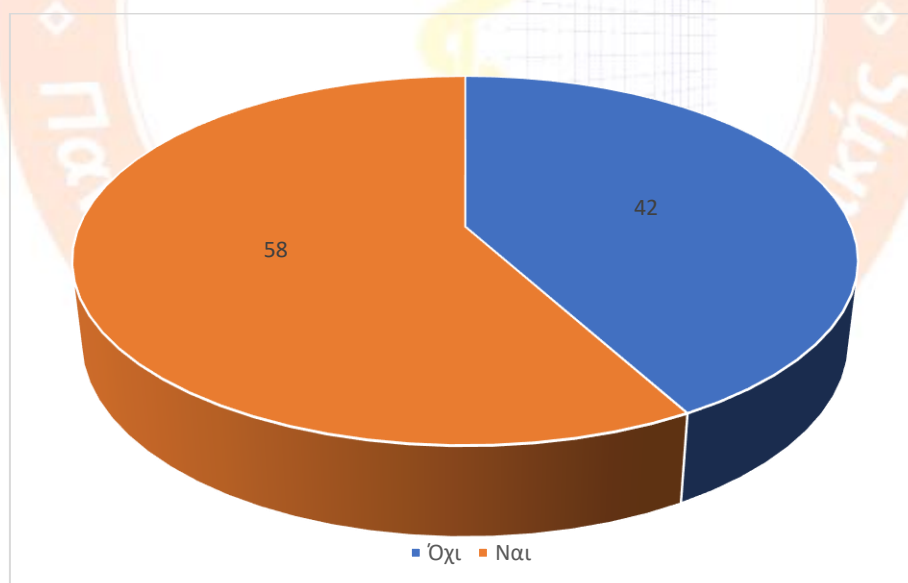
Πίνακας 28. Έχετε εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονείστε στο volley;

	N	%
Όχι	330	42,0
Ναι	455	58,0
Total	785	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 28 παρατηρείται ότι το 58,0% του δείγματος των αθλητών να έχουν εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονούνται.



Χαρακτηριστικά Αθλητών ΑΜΕΑ

Πίνακας 29. Φύλο

	N	%
Γυναίκες	0	0,0
Άνδρες	24	100
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 29 παρατηρείται ότι το 100% των ΑΜΕΑ αθλητών ήταν άνδρες.

Πίνακας 30. Ηλικία, βάρος, ύψος και δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ).

	Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
Ηλικία	35,0	67,0	47,75	9,37
Βάρος	58,0	120,0	80,29	15,26

M= μέση τιμή

TA= τυπική απόκλιση

Στον πίνακα 30 παρατηρείται ότι η μέση ηλικία του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ είναι ίση με 47,75 (TA = 9,4) έτη.

Πίνακας 31. Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο καθημένων αθλητών.

	N	%
Λιγότερα από 3	6	25,0
4 έως 6 χρόνια	5	20,8
7 έως 9 χρόνια	2	8,3
10 έως 12 χρόνια	7	29,2
Περισσότερα από 12 χρόνια	4	16,7
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 31 παρατηρείται το 45,9% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να ασχολείται με το βόλεϊ πάνω από 10 έτη.

Πίνακας 32. Αριθμός εβδομαδιαίων προπονήσεων.

	N	%
1 ή 2	14	58,3
3 ή 4	7	29,2
4 ή 5	3	12,5
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 32 παρατηρείται το 58,3% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να προπονείται σε εβδομαδιαία βάση από 1 ή 2 φορές.

Πίνακας 33. Μέσος όρος ωρών ημερήσιας προπόνησης.

	N	%
Κάτω από 1	13	54,2
1 ή 2	6	25,0
Πάνω από 2	5	20,8
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 33 παρατηρείται το 54,2% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να προπονείται λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα με το βόλεϊ.

Πίνακας 34. Είδος γηπέδου στο οποίο πραγματοποιείτε η προπόνηση.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Κλειστό	0	0%	24	100,0%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 34 παρατηρείται το 100,0% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να προπονείται σε κλειστό γήπεδο.

Πίνακας 35. Δάπεδο γηπέδου.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Παρκέ	1	4,2%	23	95,8%
Πλαστικό	11	47,8%	12	52,2%
Τσιμέντο	21	91,3%	2	8,7%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 35 παρατηρείται το 95,8% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να προπονείται σε παρκέ, το 52,2% σε πλαστικό δάπεδο και το 8,7% σε τσιμέντο.

Πίνακας 36. Εποχή που πραγματοποιείται η προπόνηση.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Άνοιξη	2	8,7%	21	91,3%
Καλοκαίρι	10	43,5%	13	56,5%
Φθινόπωρο	2	08,7%	21	91,3%
Χειμώνας	0	0%	23	100,0%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 36 παρατηρείται το 91,3% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να προπονείται την άνοιξη, το 100,0% τον χειμώνα, το 91,3% το φθινόπωρο και το 56,5% το καλοκαίρι.

Πίνακας 37. Ωράριο προπόνησης.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Πριν τις 12.00	11	45,8%	13	54,2%
Μεταξύ 12.00-16.00	23	100,0%	259	33,0%
Μεταξύ 16.00-20.00	9	39,1%	14	60,9%
Μετά τις 20.00	7	30,4%	16	,6%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 37 παρατηρείται το 60,9% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να προπονείται μεταξύ 16.00 - 20.00 και το 54,2% του δείγματος πριν της 12.00.

Πίνακας 38. Χρήση προστατευτικών.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Για δάχτυλα (tape)	8	33,3%	16	66,7%
Επιγονατίδες	16	69,6%	7	30,4%
Προστατευτικά για το σώμα	6	26,1%	17	73,9%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 38 παρατηρείται το 30,4% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να χρησιμοποιεί επιγονατίδες, το 66,7% tape για τα δάχτυλα και το 73,9% προστατευτικά για το σώμα.

Πίνακας 39. Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;

	N	%
Ποτέ	3	12,5
Μερικές φορές	17	70,8
Πάντα	4	16,7
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 39 παρατηρείται το 70,8% του δείγματος των αθλητών να κάνει μερικές φορές χρήση αντηλιακού κατά την διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο και το 16,7% αναφέρει ότι πάντα χρησιμοποιεί αντηλιακό.

Πίνακας 40. Αν κάνετε χρήση αντηλιακού, ο χρόνος εφαρμογής σε σχέση με την προπόνηση είναι:

	N	%
15'-20' πριν την έναρξη	5	21,7
Ακριβώς πριν την έναρξη	18	78,3%
Total	23	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 40 παρατηρείται για το 78,3% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να χρησιμοποιεί αντηλιακό ακριβώς πριν την έναρξη και το 21,7% 15' – 20' λεπτά πριν την έναρξη.

Πίνακας 41. Τηρείτε τους κανόνες προσωπικής υγιεινής, χρήση ατομικής πετσέτας;

	N	%
Ποτέ	2	8,3
Μερικές φορές	3	12,5
Πάντα	19	79,2
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 41 παρατηρείται το 79,3% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να τηρεί πάντα τους κανόνες προσωπικής υγιεινής.

Πίνακας 42. Φοράτε γυαλιά ηλίου κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;

	N	%
Ποτέ	5	20,8
Μερικές φορές	6	25,0
Πάντα	13	54,2
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 42 παρατηρείται το 25,0% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να χρησιμοποιεί μερικές φορές γυαλιά ηλίου κατά την διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο και το 20,8% του δεν χρησιμοποιεί ποτέ.

Πίνακας 43. Ιστορικό αλλεργιών.

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Δερματολογική	17	70,8%	7	29,2%
Αναπνευστική	23	100,0%	0	0%
Τροφική	23	100,0%	0	0%
Φαρμακευτική	20	83,3%	4	16,7%
Εποχική	16	69,6%	7	30,4%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 43 παρατηρείται το 30,4% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να έχει εποχική αλλεργία, το 29,2% δερματολογική και το 16,7% φαρμακευτική.

Πίνακας 44. Υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον;

Όχι		Ναι	
N	%	N	%
19	79,2%	5	20,8%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 44 παρατηρείται για το 20,8% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Πίνακας 45. Αν ναι, ποιο /α δερματολογικά νόσημα/τα:

	N	%
Έκζεμα	3	60,0
Ψωρίαση	2	40,0
Total	5	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 45 για το 20,8% του δείγματος των αθλητών που έχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον το 60,0% αναφέρει έκζεμα και το 40,0% αναφέρει την ψωρίαση.

Πίνακας 46. Είχατε κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσετε να ασχολείστε με το βόλεϊ ή το beach volley;

	N	%
Όχι	20	83,3
Ναι	4	16,7
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 46 παρατηρείται το 16,7% των αθλητών ΑΜΕΑ να έχουν κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσουν να ασχολούνται με το βόλεϊ ή το beach volley.

Πίνακας 47. Έχετε εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονείστε;

	N	%
Όχι	7	29,2
Ναι	17	70,8
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 47 παρατηρείται το 70,8% του δείγματος των αθλητών ΑΜΕΑ να έχουν εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονούνται.

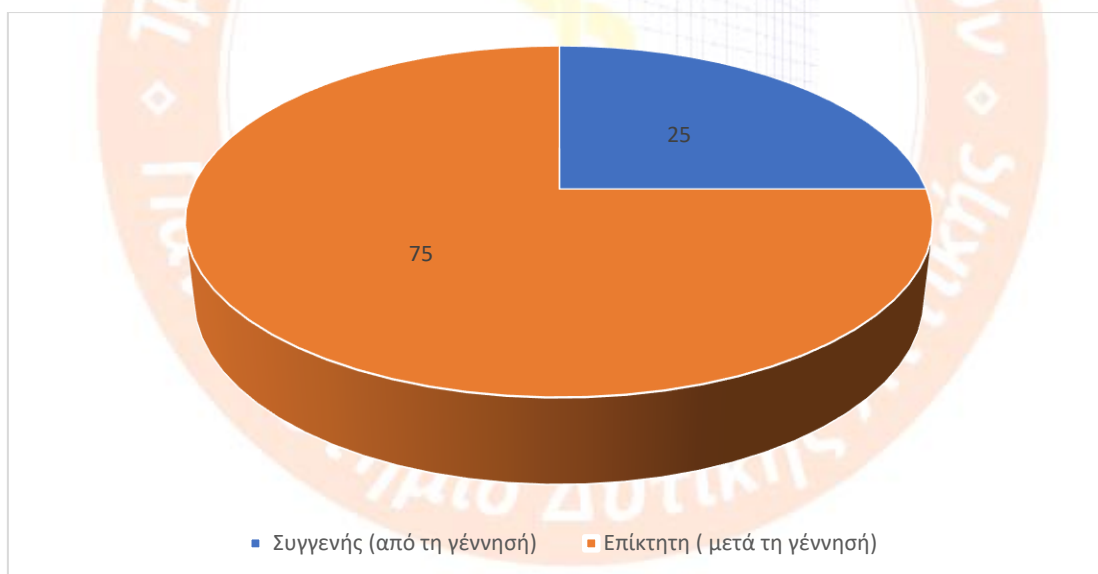
Πίνακας 48. Είδος αναπηρίας.

	N	%
Συγγενής (από τη γέννησή)	6	25,0
Επίκτητη (μετά τη γέννησή)	18	75,0
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 48 παρατηρείται το 75,0% (18) του δείγματος των ΑΜΕΑ αθλητών να έχουν επίκτητη αναπηρία (16 ανέφεραν από ατύχημα και 1 από ασθένεια).



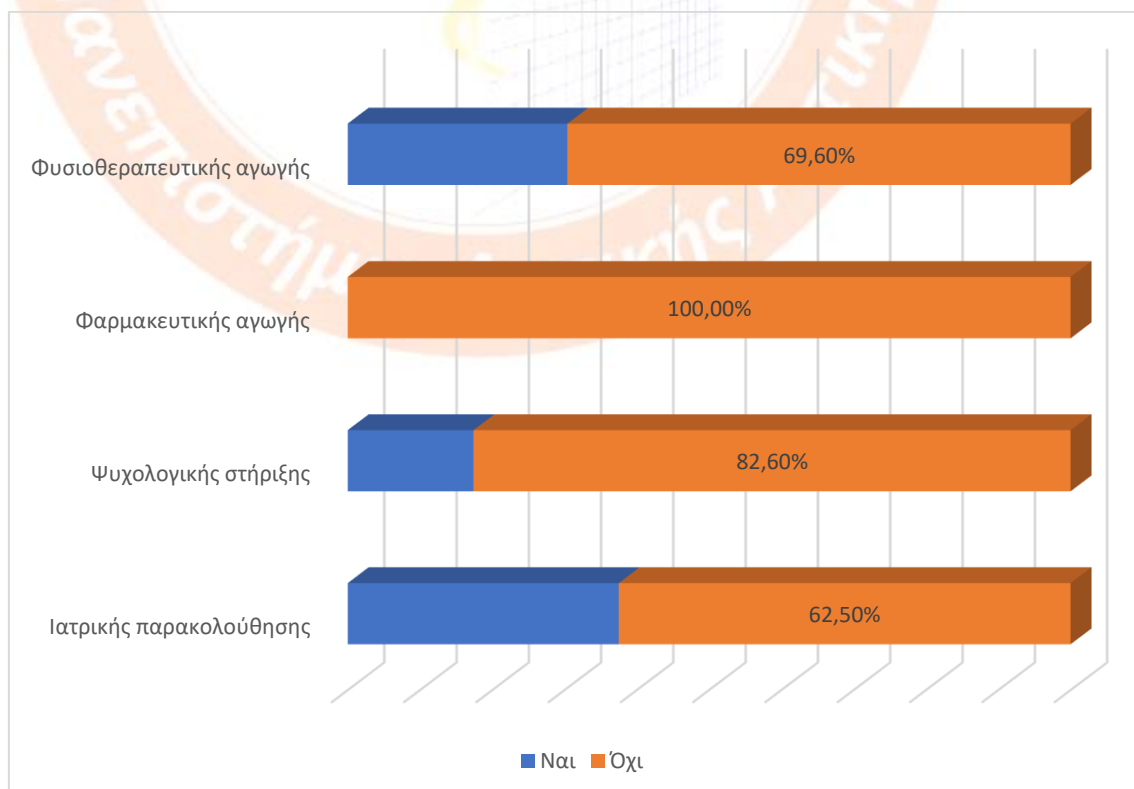
Πίνακας 49. Ανάγκες λόγω της αναπηρίας.

	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Ιατρικής παρακολούθησης	9	37,5%	15	62,5%
Ψυχολογικής στήριξης	4	17,4%	19	82,6%
Φαρμακευτικής αγωγής	0	0,0%	23	100,0%
Φυσιοθεραπευτικής αγωγής	7	30,4%	16	69,6%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 49 παρατηρείται το 100% του δείγματος των ΑΜΕΑ αθλητών να έχουν ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής, το 82,6% έχει ανάγκη ψυχολογικής στήριξης, το 69,6% έχει ανάγκη φυσιοθεραπείας και το 62,5% έχει ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης.



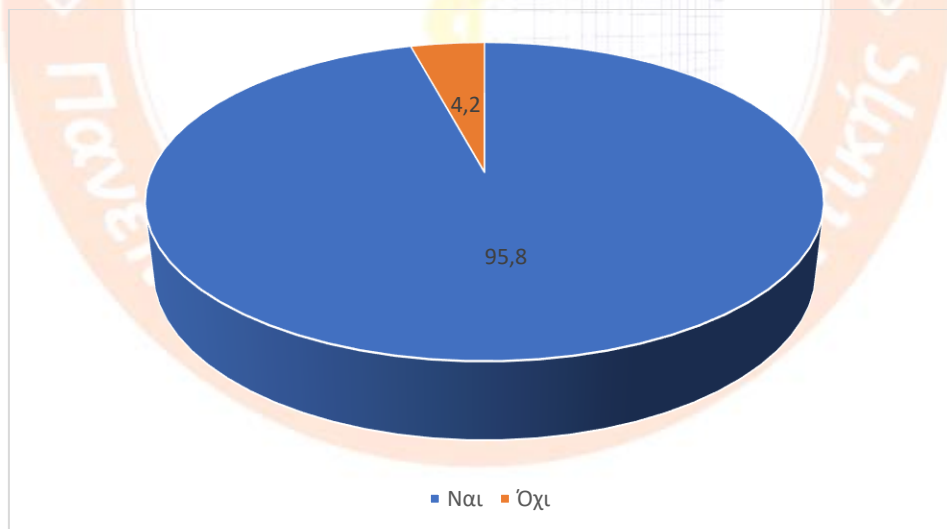
Πίνακας 50. Η άσκηση συνέβαλλε στη μείωση του επιπέδου άγχους / στρες και στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας;

	N	%
Ναι	23	95,8
Όχι	1	4,2
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 50 παρατηρείται το 95,2% του δείγματος των ΑΜΕΑ αθλητών να αναφέρει ότι η άσκηση συνέβαλλε στην μείωση του επιπέδου άγχους / στρες και στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας τους.



Πίνακας 51. Λόγοι κινητικής αναπηρίας.

	Ναι		Όχι	
	N	%	N	%
Ακρωτηριασμός άνω άκρου	4	16,7%	20	83,3%
Ακρωτηριασμός κάτω άκρου	16	69,6%	7	30,4%
Δυσπλασία ή κινητική πάρεση	3	13,0%	20	87,0%
Άλλο	1	4,3%	22	95,7%

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 51 παρατηρείται για το 13% του δείγματος των ΑΜΕΑ αθλητών να έχουν δυσπλασία ή κινητική πάρεση και το 69,6% είχε ακρωτηριασμό κάτω άκρου.

Πίνακας 52. Έχετε πρόσθετο μέλος στο σώμα σας;

	N	%
Ναι	17	70,8
Όχι	7	29,2
Total	24	100,0

N = απόλυτη συχνότητα

% = σχετική συχνότητα

Στον πίνακα 52 παρατηρείται το 70,8% του δείγματος των ΑΜΕΑ αθλητών να έχουν πρόσθετο μέλος στο σώμα τους.

7.3 Δερματολογικά Νοσήματα Αθλητών

Πίνακας 53. Συχνότητας νόσησης από δερματολογικά νοσήματα.

	Ναι		Όχι		1-3 φορές*		4-6 φορές*		6+ φορές*	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	502	63,90%	283	36,10%	300	59,80%	58	11,60%	144	28,70%
2. Αιματώματα	288	36,70%	497	63,30%	187	64,90%	26	9,00%	75	26,00%
3. Αιματώματα υπονύχια	224	28,50%	561	71,50%	189	84,40%	20	8,90%	15	6,70%
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	267	34,00%	518	66,00%	231	86,50%	26	9,70%	10	3,70%
5. Ονυχόλυση	211	26,90%	574	73,10%	201	95,30%	7	3,30%	3	1,40%
6. Ονυχομυκητίαση	118	15,00%	667	85,00%	92	78,00%	18	15,30%	8	6,80%
7. Μυκητίαση ποδιών	219	27,90%	566	72,10%	203	92,70%	8	3,70%	8	3,70%
8. Μυκητίαση χεριών	107	13,60%	678	86,40%	103	96,30%	2	1,90%	2	1,90%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	118	15,00%	667	85,00%	116	98,30%	2	1,70%	0	0,00%
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	112	14,30%	673	85,70%	106	94,60%	4	3,60%	2	1,80%
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παλούτσια, άμμο	191	24,30%	594	75,70%	175	91,60%	9	4,70%	7	3,70%
12. Έκζεμα χεριών	153	19,50%	632	80,50%	125	81,70%	15	9,80%	13	8,50%
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	303	38,60%	482	61,40%	210	69,30%	35	11,60%	58	19,10%
14. Θυλακίτιδα (φλεγμονή στο θύλακα της τρίχας)	188	23,90%	597	76,10%	169	89,90%	4	2,10%	15	8,00%
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (μόλυνση δέρματος)	182	23,20%	603	76,80%	181	99,50%	1	0,50%	0	0,00%
16. Ψωρίαση	81	10,30%	704	89,70%	75	92,60%	1	1,20%	5	6,20%
17. Φθειρίαση	188	23,90%	597	76,10%	155	82,40%	13	6,90%	20	10,60%
18. Πομφόλυγες (φουσκάλες με υγρό)	171	21,80%	614	78,20%	105	61,40%	41	24,00%	25	14,60%
19. Ηλιακό έγκαυμα	364	46,40%	421	53,60%	254	69,80%	48	13,20%	62	17,00%
20. Έγκαυμα από τριβή	392	49,90%	393	50,10%	201	51,30%	66	16,80%	125	31,90%
21. Ακμή	240	30,60%	545	69,40%	170	70,80%	17	7,10%	53	22,10%

22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	160	20,40%	625	79,60%	108	67,50%	31	19,40%	21	13,10%
23. Αναφυλαξία	89	11,30%	696	88,70%	85	95,50%	3	3,40%	1	1,10%
24. Επιχειλιδίος έρπητας/απλός έρπητας	221	28,20%	564	71,80%	165	74,70%	23	10,40%	33	14,90%
25. Έρπητας ζωστήρας	106	13,50%	679	86,50%	104	98,10%	1	0,90%	1	0,90%
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	98	12,50%	687	87,50%	96	98,00%	1	1,00%	1	1,00%
27. Μολυσματική τέρμινθος	128	16,30%	657	83,70%	126	98,40%	2	1,60%	0	0,00%
28. Μυρμηκίες	166	21,10%	619	78,90%	157	94,60%	7	4,20%	2	1,20%
29. Ψώρα	62	7,90%	723	92,10%	62	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
30. Οξυτενή κονδυλώματα	108	13,80%	677	86,20%	107	99,10%	1	0,90%	0	0,00%

Σημείωση:* τα ποσοστά αναφέρονται στους αθλητές που έχουν το δερματολογικό νόσημα

Στον πίνακα 53 παρατηρείται ότι το δερματολογικό νόσημα με την μεγαλύτερη εμφάνιση ήταν τα επιφανειακά τραύματα σε ποσοστό 63,9%, ακολουθεί το έγκαυμα από τριβή με 49,9%, στην τρίτη θέση ήταν το ηλιακό έγκαυμα 46,4%, στην τέταρτη θέση η ξηρότητα 38,6%, στην πέμπτη θέση το αιμάτωμα 36,7%, στην έκτη θέση το βαθύ τραύμα 34,0%, στην έβδομη θέση η ακμή 30,6% κ.λπ.

Η συχνότητα εμφάνισης των επιφανειακών τραυμάτων, πάνω από 6 φορές, ήταν άνω του 20%.

Σε σχέση με τις κατηγορίες νοσημάτων παρατηρήθηκαν τα παρακάτω:

Τραυματικές δερματικές βλάβες: Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 63,9%, Έγκαυμα από τριβή 49,9%, Αιματώματα 36,7%, Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα) 34,0%, Αιματώματα υπονύχια 28,5%, Ονυχόλυση 26,9%, Πομφόλυγες 21,8%.

Δερματίτιδες: Ξηρότητα - Ξηροδερμία 38,6%, Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο 24,3%, Έκζεμα χεριών 19,5%.

Μυκητιασικές λοιμώξεις: Μυκητίαση ποδιών 27,9%, Ονυχομυκητίαση 15,0%, Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών 15%, Ποικιλόχρους πιτυρίαση 14,3%, Μυκητίαση χεριών 13,6%.

Βακτηριακές λοιμώξεις: Θυλακίτιδα 23,9%, Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 23,2%.

Ιογενείς λοιμώξεις: Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 28,2%, Μυρμηκίες 21,1%, Μολυσματική τέρμινθος 16,3%, Κονδυλώματα 13,8%, Έρπητας ζωστήρας 13,5%, Έρπητας γεννητικών οργάνων 12,5%.

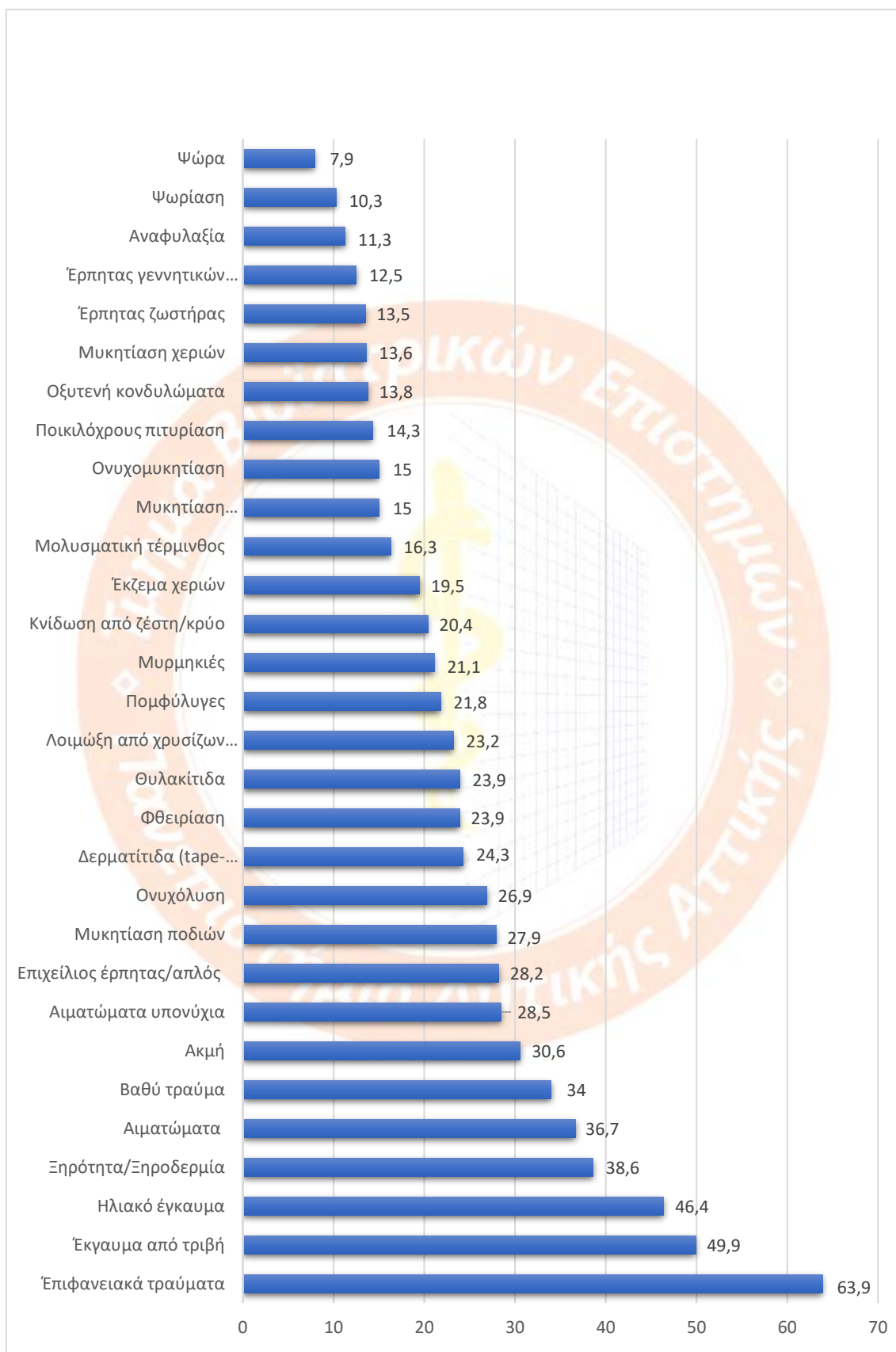
Αλλεργικές παθήσεις: Κνίδωση από ζέστη/κρύο 20,4%, Αναφυλαξία 11,3%.

Παρασιτικές λοιμώξεις: Φθειρίαση 23,9%, Ψώρα 7,9%.

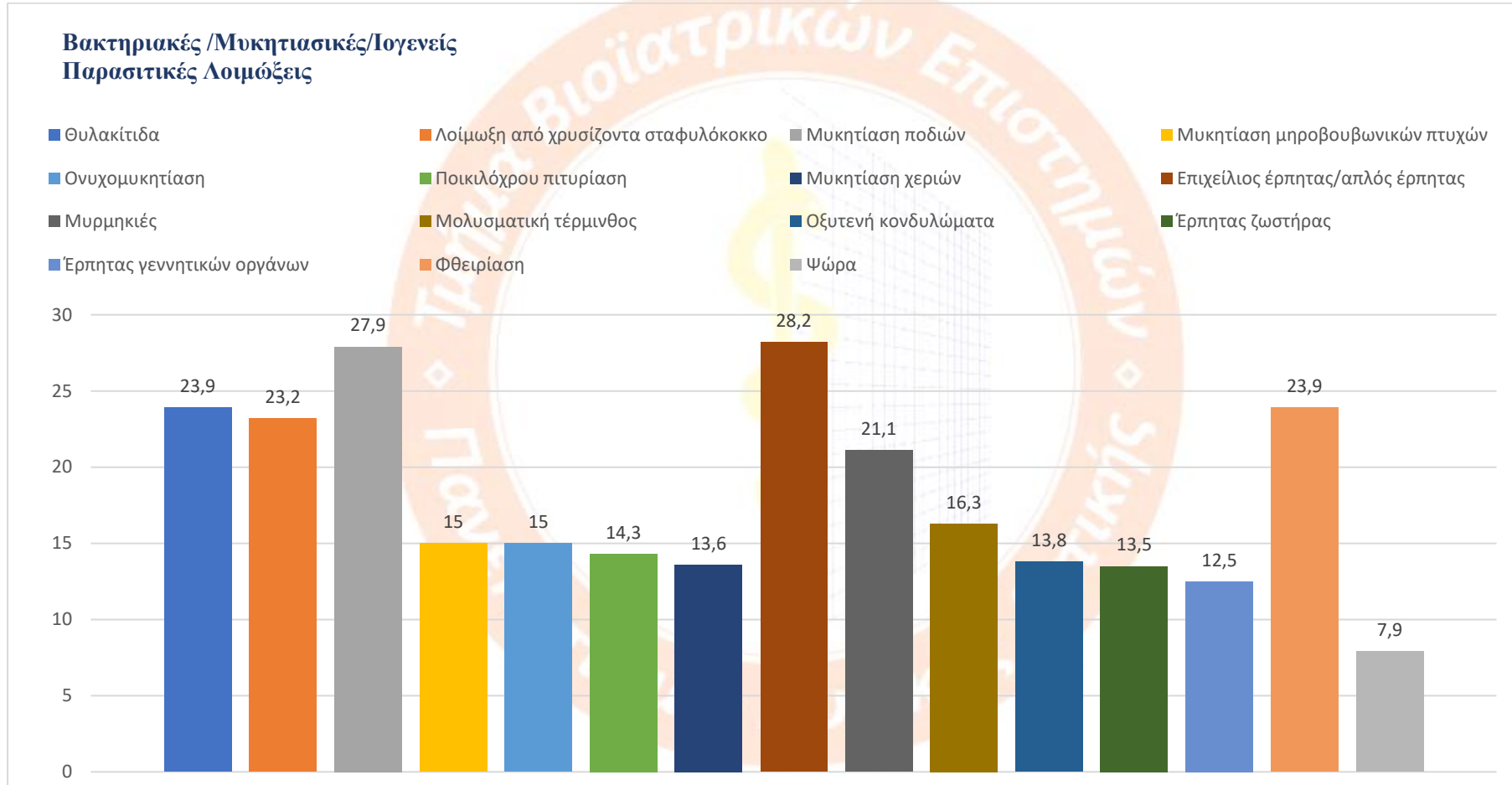
Άλλα δερματολογικά νοσήματα: Ηλιακό έγκαυμα 46,4%, ακμή 30,6%, ψωρίαση 10,3%.



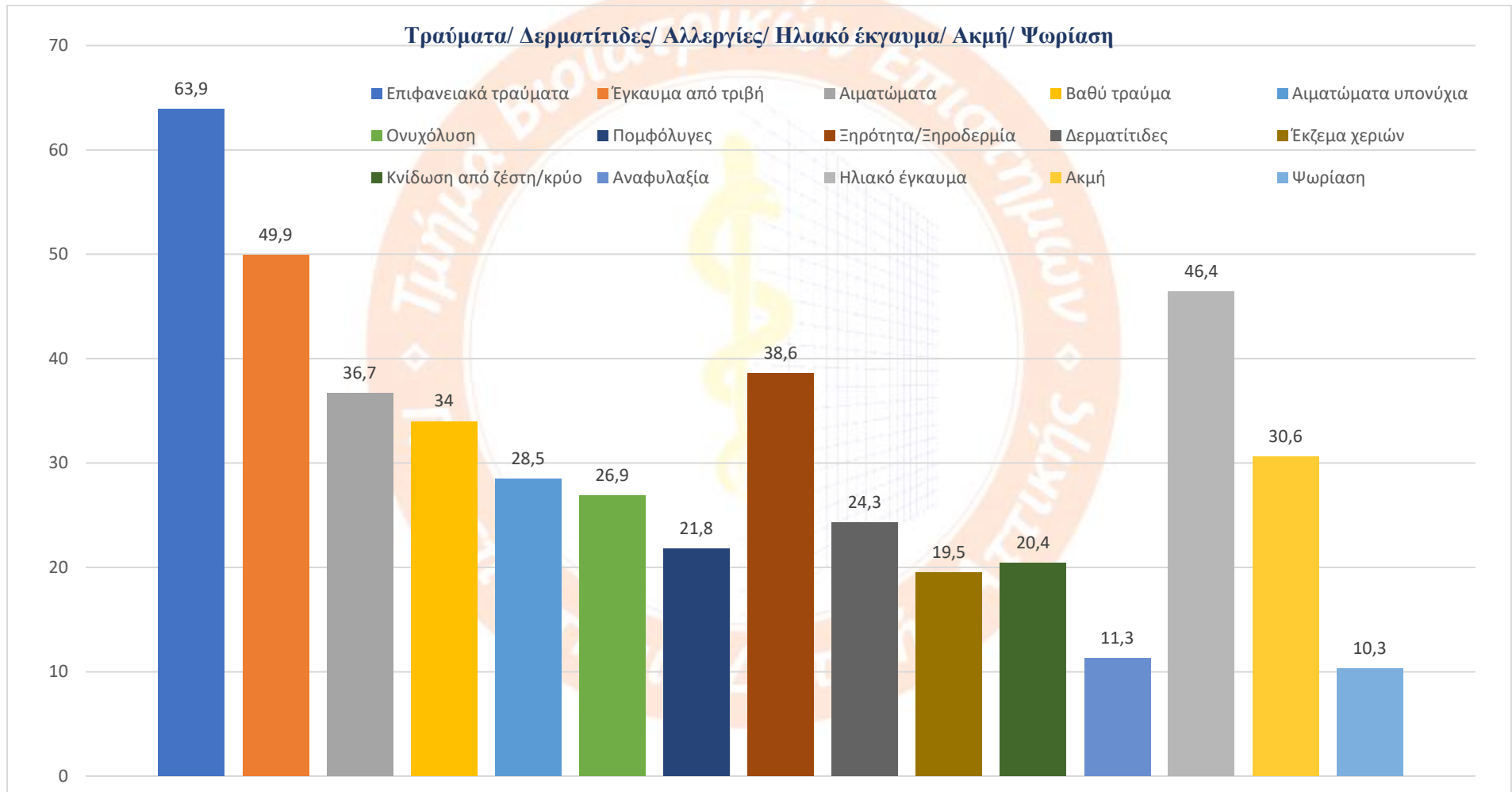
Γράφημα 1. Ποσοστά εμφάνισης από το μικρότερο προς το μεγαλύτερο.



Γράφημα 2. Ποσοστά εμφάνισης ανά κατηγορίες νοσημάτων.



Γράφημα 3. Ποσοστά εμφάνισης ανά κατηγορίες νοσημάτων.



Πίνακας 54. Διάρκεια συμπτωμάτων κατά την τελευταία εμφάνιση του κάθε νοσήματος.

	Λιγότερο από εβδομάδα ή 1 μήνα	Λιγότερο από 1 εβδομάδα		Λιγότερο από 1 μήνα		Λιγότερο από 3 μήνες		Λιγότερο από 6 μήνες		Περισσότερο από 6 μήνες	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	94,40%	266	57,60%	170	36,80%	13	2,80%	6	1,30%	7	1,50%
2. Αιματώματα	94,90%	120	50,80%	104	44,10%	10	4,20%	1	0,40%	1	0,40%
3. Αιματώματα υπονόχια	84,80%	87	48,90%	64	36,00%	13	7,30%	6	3,40%	8	4,50%
4. Βαθύ τραύμα	82,50%	42	23,70%	104	58,80%	22	12,40%	1	0,60%	8	4,50%
5. Ονυχόλυση	79,10%	43	37,40%	48	41,70%	14	12,20%	4	3,50%	6	5,20%
6. Ονυχομυκητίαση	60,60%	36	34,60%	27	26,00%	26	25,00%	6	5,80%	9	8,70%
7. Μυκητίαση ποδιών	67,70%	46	29,10%	61	38,60%	36	22,80%	4	2,50%	11	7,00%
8. Μυκητίαση χεριών	88,60%	39	55,70%	23	32,90%	5	7,10%	1	1,40%	2	2,90%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	77,40%	42	45,20%	30	32,30%	20	21,50%	0	0,00%	1	1,10%
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	88,80%	39	48,80%	32	40,00%	4	5,00%	3	3,80%	2	2,50%
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	90,20%	88	50,90%	68	39,30%	10	5,80%	3	1,70%	4	2,30%
12. Έκζεμα χεριών	72,00%	43	46,20%	24	25,80%	9	9,70%	3	3,20%	14	15,10%
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	66,40%	79	34,50%	73	31,90%	43	18,80%	5	2,20%	29	12,70%
14. Θυλακίτιδα	76,50%	49	42,60%	39	33,90%	15	13,00%	4	3,50%	8	7,00%

15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	78,80%	57	36,50%	66	42,30%	28	17,90%	1	0,60%	4	2,60%
16. Ψωρίαση	75,90%	36	66,70%	5	9,30%	6	11,10%	1	1,90%	6	11,10%
17. Ψείρες	91,00%	88	65,70%	34	25,40%	6	4,50%	1	0,70%	5	3,70%
18. Πομφόλυγες	92,10%	66	57,90%	39	34,20%	4	3,50%	0	0,00%	5	4,40%
19. Ηλιακό έγκαυμα	91,00%	195	62,50%	89	28,50%	21	6,70%	0	0,00%	7	2,20%
20. Έγκαυμα από τριβή	91,60%	106	37,20%	155	54,40%	15	5,30%	2	0,70%	7	2,50%
21. Ακμή	37,80%	51	24,40%	28	13,40%	41	19,60%	29	13,90%	60	28,70%
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	90,00%	51	56,70%	30	33,30%	3	3,30%	4	4,40%	2	2,20%
23. Αναφυλαξία	95,00%	39	65,00%	18	30,00%	1	1,70%	0	0,00%	2	3,30%
24. Επιχειλίου έρπητας/απλός έρπητας	93,10%	94	59,10%	54	34,00%	7	4,40%	0	0,00%	4	2,50%
25. Έρπητας ζωστήρας	89,70%	39	57,40%	22	32,40%	4	5,90%	1	1,50%	2	2,90%
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	83,10%	31	43,70%	28	39,40%	8	11,30%	1	1,40%	3	4,20%
27. Μολυσματική τέρμινθος	78,40%	34	30,60%	53	47,70%	22	19,80%	0	0,00%	2	1,80%
28. Μυρμηκίες	66,90%	39	28,70%	52	38,20%	26	19,10%	8	5,90%	11	8,10%
29. Ψώρα	78,60%	31	73,80%	2	4,80%	6	14,30%	1	2,40%	2	4,80%
30. Οξυτενή κονδυλώματα	59,30%	32	39,50%	16	19,80%	27	33,30%	1	1,20%	5	6,20%

Στον πίνακα 54 παρατηρείται ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων στα περισσότερα δερματολογικά νοσήματα ήταν μικρότερη της 1 εβδομάδας ή του 1 μήνα για το 90% των περιπτώσεων.

Στην περίπτωση της ξηρότητας τα συμπτώματα διήρκησαν πάνω από 1 μήνα στο 33,6% των περιπτώσεων.

Σε σχέση με τις κατηγορίες νοσημάτων παρατηρήθηκαν τα παρακάτω: (αναφέρονται τα ποσοστά που αφορούν την κατηγορία νοσημάτων, το ίδιο ισχύει και για τα γραφήματα που ακολουθούν):

«Λιγότερο από 1 εβδομάδα ή 1 μήνα»

Τραυματικές δερματικές βλάβες

Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 94,4%, Αιματώματα 94,9%, Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα) 82,5%, Αιματώματα υπονύχια 84,8%, Ονυχόλυση 79,1%, Έγκαυμα από τριβή 49,9%, Πομόφυγες 92,1%.

Δερματίτιδες

Ξηρότητα/Ξηροδερμία 66,4%, Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο 90,2%, Έκζεμα χεριών 72,0%.

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Μυκητίαση ποδιών 67,7%, Ονυχομυκητίαση 60,6%, Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών 77,4%, Ποικιλόχρους πιτυρίαση 88,8%, Μυκητίαση χεριών 88,6%.

Βακτηριακές λοιμώξεις

Θυλακίτιδα 76,5%, Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 78,8%.

Ιογενείς λοιμώξεις

Επιχειλίου έρπητας/απλός έρπητας 93,1%, Μυρμηκίες 66,9%, Μολυσματική τέρμινθος 78,4%, Οξυτενή κονδυλώματα 59,3%, Έρπητας ζωστήρας 89,7%, Έρπητας γεννητικών οργάνων 93,1%.

Αλλεργικές παθήσεις

Κνίδωση από ζέστη/κρύο 90,0%, Αναφυλαξία 95,0%.

Παρασιτικές λοιμώξεις

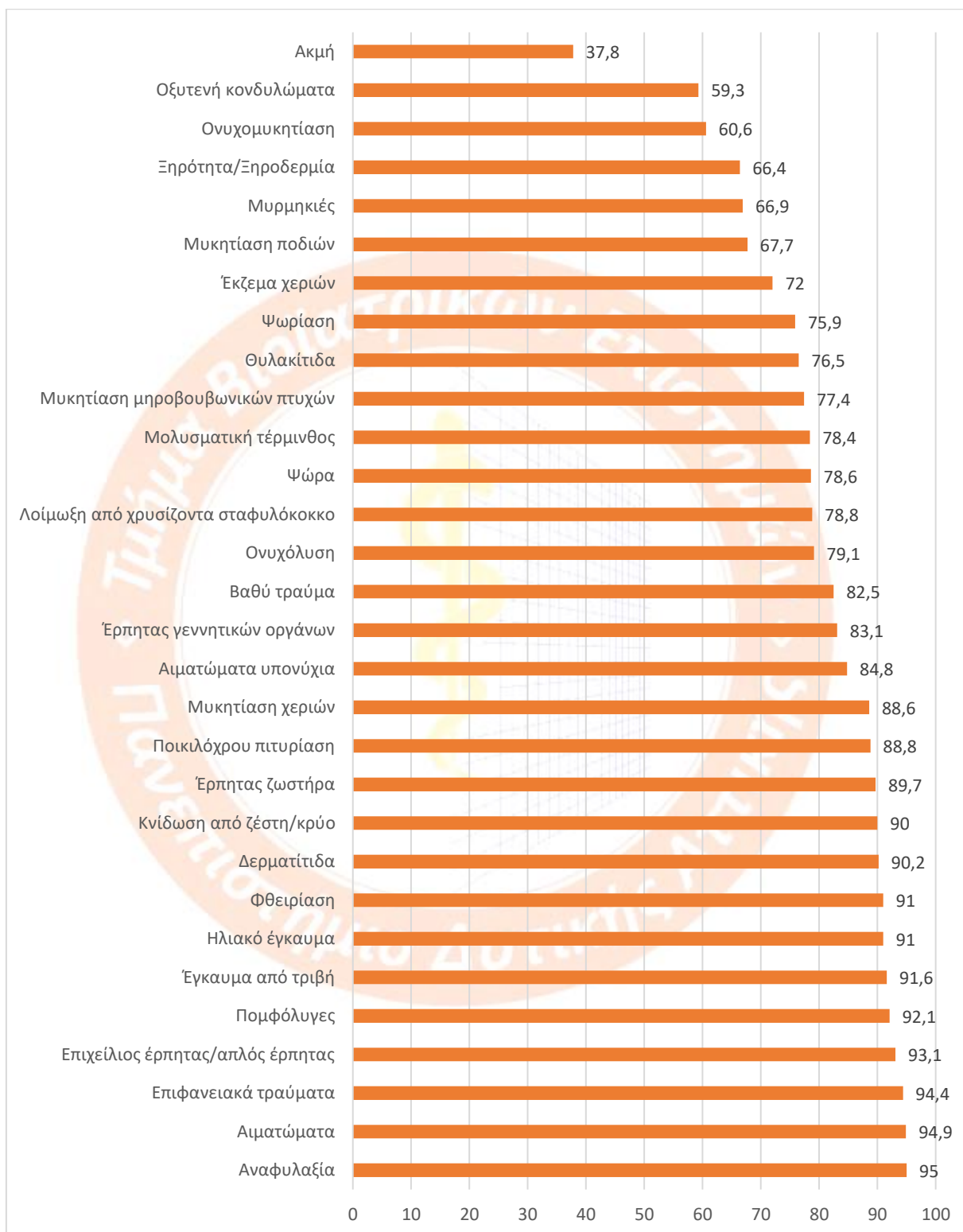
Φθειρίαση 91,0%, Ψώρα 78,6%.

Άλλα δερματολογικά νοσήματα

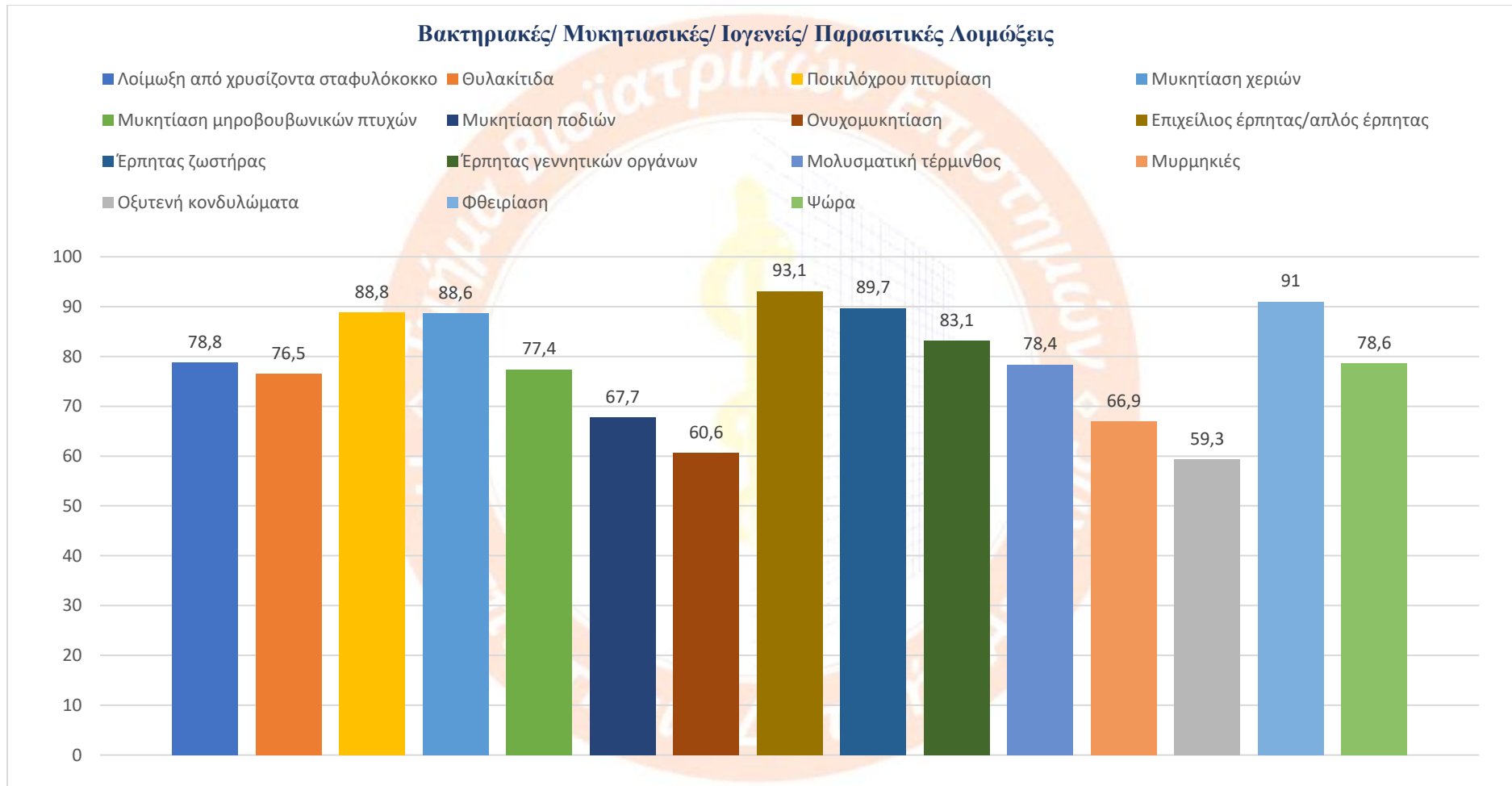
Ηλιακό έγκαυμα 91,0%, ακμή 37,8%, ψωρίαση 75,9%.



Γράφημα 4. Διάρκεια συμπτωμάτων : «Λιγότερο από 1 εβδομάδα ή 1 μήνα» (Ποσοστά επί %).



Γράφημα 5. Διάρκεια συμπτωμάτων ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Γράφημα 6. Διάρκεια συμπτωμάτων ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Πίνακας 55. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα.

	Σύνολο απαντήσεων Κεφάλι			Πρόσωπο		Κορμός		Άνω άκρα		Κάτω άκρα		Παλάμες		Πέλματα	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	445	10	2,2%	25	5,6%	105	23,6%	225	50,6%	335	75,3%	85	19,1%	121	27,2%
2. Αιματώματα	242	3	1,2%	2	0,8%	44	18,2%	102	42,1%	189	78,1%	20	8,3%	28	11,6%
3. Αιματώματα υπονόχια	133	0	0,0%	0	0,0%	7	5,3%	47	35,3%	91	68,4%	1	0,8%	9	6,8%
4. Βαθύ τραύμα	162	2	1,2%	4	2,5%	44	27,2%	40	24,7%	96	59,3%	8	4,9%	43	26,5%
5. Ονυχόλυση	85	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	24	28,2%	64	75,3%	1	1,2%	10	11,8%
6. Ονυχομυκητίαση	75	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,0%	58	77,3%	9	12,0%	19	25,3%
7. Μυκητίαση ποδιών	114	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	6	5,3%	78	68,4%	0	0,0%	43	37,7%
8. Μυκητίαση χεριών	33	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	26	78,8%	3	9,1%	3	9,1%	0	0,0%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	60	0	0,0%	0	0,0%	40	66,7%	16	26,7%	9	15,0%	0	0,0%	1	1,7%
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	49	8	16,3%	2	4,1%	36	73,5%	6	12,2%	3	6,1%	1	2,0%	1	2,0%
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	122	0	0,0%	1	0,8%	12	9,8%	67	54,9%	69	56,6%	22	18,0%	28	23,0%
12. Έκζεμα χεριών	59	1	1,7%	3	5,1%	5	8,5%	40	67,8%	4	6,8%	9	15,3%	3	5,1%
13. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	200	35	17,5%	39	19,5%	60	30,0%	100	50,0%	82	41,0%	37	18,5%	25	12,5%
14. Θυλακίτιδα	78	2	2,6%	2	2,6%	30	38,5%	21	26,9%	43	55,1%	3	3,8%	4	5,1%

15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	115	6	5,2%	17	14,8%	56	48,7%	30	26,1%	61	53,0%	2	1,7%	12	10,4%
16. Ψωρίαση	25	18	72,0%	2	8,0%	7	28,0%	12	48,0%	11	44,0%	0	0,0%	4	16,0%
17. Φθειρίαση	89	89	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
18. Πομφόλυγες	78	0	0,0%	0	0,0%	9	11,5%	15	19,2%	35	44,9%	16	20,5%	41	52,6%
19. Ηλιακό έγκαυμα	315	29	9,2%	228	72,4%	210	66,7%	89	28,3%	26	8,3%	4	1,3%	6	1,9%
20. Έγκαυμα από τριβή	287	2	0,7%	13	4,5%	109	38,0%	169	58,9%	151	52,6%	48	16,7%	65	22,6%
21. Ακμή	208	8	3,8%	193	92,8%	63	30,3%	12	5,8%	5	2,4%	0	0,0%	0	0,0%
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	108	7	6,5%	21	19,4%	58	53,7%	46	42,6%	49	45,4%	8	7,4%	9	8,3%
23. Αναφυλαξία	33	3	9,1%	4	12,1%	28	84,8%	15	45,5%	14	42,4%	5	15,2%	2	6,1%
24. Επιχειλίου έρπητας/απλός έρπητας	106	17	16,0%	88	83,0%	9	8,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
25. Έρπητας ζωστήρας	42	1	2,4%	5	11,9%	36	85,7%	0	0,0%	2	4,8%	0	0,0%	0	0,0%
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	48	0	0,0%	0	0,0%	42	87,5%	4	8,3%	4	8,3%	0	0,0%	0	0,0%
27. Μολυσματική τέρμινθος	76	0	0,0%	5	6,6%	45	59,2%	29	38,2%	13	17,1%	3	3,9%	0	0,0%
28. Μυρμηκίες	91	1	1,1%	2	2,2%	6	6,6%	25	27,5%	21	23,1%	13	14,3%	42	46,2%
29. Ψώρα	11	1	9,1%	0	0,0%	6	54,5%	3	27,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
30. Οξυτενή κονδυλώματα	43	0	0,0%	1	2,3%	39	90,7%	1	2,3%	2	4,7%	0	0,0%	0	0,0%

Σημείωση: τα ποσοστά δεν αθροίζονται στο 100% καθώς οι ερωτώμενοι επιλέξαν πάνω από ένα μέρος του σώματος τους, όσον αφορά το μέρος του σώματος που εμφανίζεται το δερματολογικό νόσημα.

Παρατηρείται από τον πίνακα 55 ότι για τις κατηγορίες δερματολογικών νοσημάτων με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης, προέκυψαν τα εξής (εμφανίζονται τα πιο σημαντικά):

Τραυματικές δερματικές βλάβες

Κάτω άκρα: Αιματώματα 78,1%, Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 75,3%, Ονυχόλυση 75,3%, Αιματώματα υπονύχια 68,4%, Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα) 59,3%, Έγκαυμα από τριβή 52,6%.

Άνω άκρα: Έγκαυμα από τριβή 58,9%

Πέλματα: Πομφόλυγες 52,6%

Δερματίτιδες

Κάτω άκρα: Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο 56,6%, Ξηρότητα/Ξηροδερμία 41%

Άνω άκρα: Έκζεμα χεριών 67,8%, Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο 54,9%, Ξηρότητα/Ξηροδερμία 50%

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Κάτω άκρα: Ονυχομυκητίαση 77,3%, Μυκητίαση ποδιών 68,4%

Άνω άκρα: Μυκητίαση χεριών 78,8%

Κορμός: Ποικιλόχρους πιτυρίαση 73,5%, Μυκητίαση μηροβουβονικών πτυχών 66,7%

Βακτηριακές λοιμώξεις

Κάτω άκρα: Θυλακίτιδα 55,1%

Άνω άκρα: Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 53,0%

Κορμός: Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 48,7%

Ιογενείς λοιμώξεις

Κάτω άκρα: Μυρμηκιές 23,1%

Άνω άκρα: Μολυσματική τέρμινθος 38,2%, Μυρμηκιές 28,5%

Πρόσωπο: Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 83,0%

Κορμός: Οξυτενή κονδυλώματα 90,7%, Έρπητας ζωστήρας 85,7%, Έρπητας γεννητικών οργάνων 87,5%, Μολυσματική τέρμινθος 59,2%

Αλλεργικές παθήσεις

Άνω άκρα: Κνίδωση από ζέστη/κρύο 42,6%

Κορμός: Αναφυλαξία 84,8%, κνίδωση από ζέστη/κρύο 53,7%

Παρασιτικές λοιμώξεις

Κορμός: Ψώρα 54,5%

Κεφάλι: Φθειρίαση 100%

Άλλα δερματολογικά νοσήματα

Πρόσωπο: Ηλιακό έγκαυμα 72,4%

Κορμός: Ηλιακό έγκαυμα 66,7%

Κεφάλι: Ψωρίαση 72,0%

Ανά μέρος του σώματος στο σύνολο των δερματικών παθήσεων με το μεγαλύτερο ποσοστό προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Κάτω άκρα: επιφανειακά τραύματα, αιματώματα, αιματώματα υπονύχια, βαθύ τραύμα, ονυχόλυση, ονυχομυκητίαση, μυκητίαση ποδιών, δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, θυλακίτιδα, λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, πομφόλυγες.

Κορμός: μυκητίαση μηροβουβονικών πτυχών, ποικιλόχρους πιτυρίαση, κνίδωση από ζέστη/κρύο, αναφυλαξία, έρπητας ζωστήρας, έρπητας γεννητικών οργάνων, μολυσματική τέρμινθος, ψώρα, οξυτενή κονδυλώματα.

Άνω άκρα: μυκητίαση χεριών, έκζεμα χεριών, ξηρότητα/ξηροδερμία, έγκαυμα από τριβή.

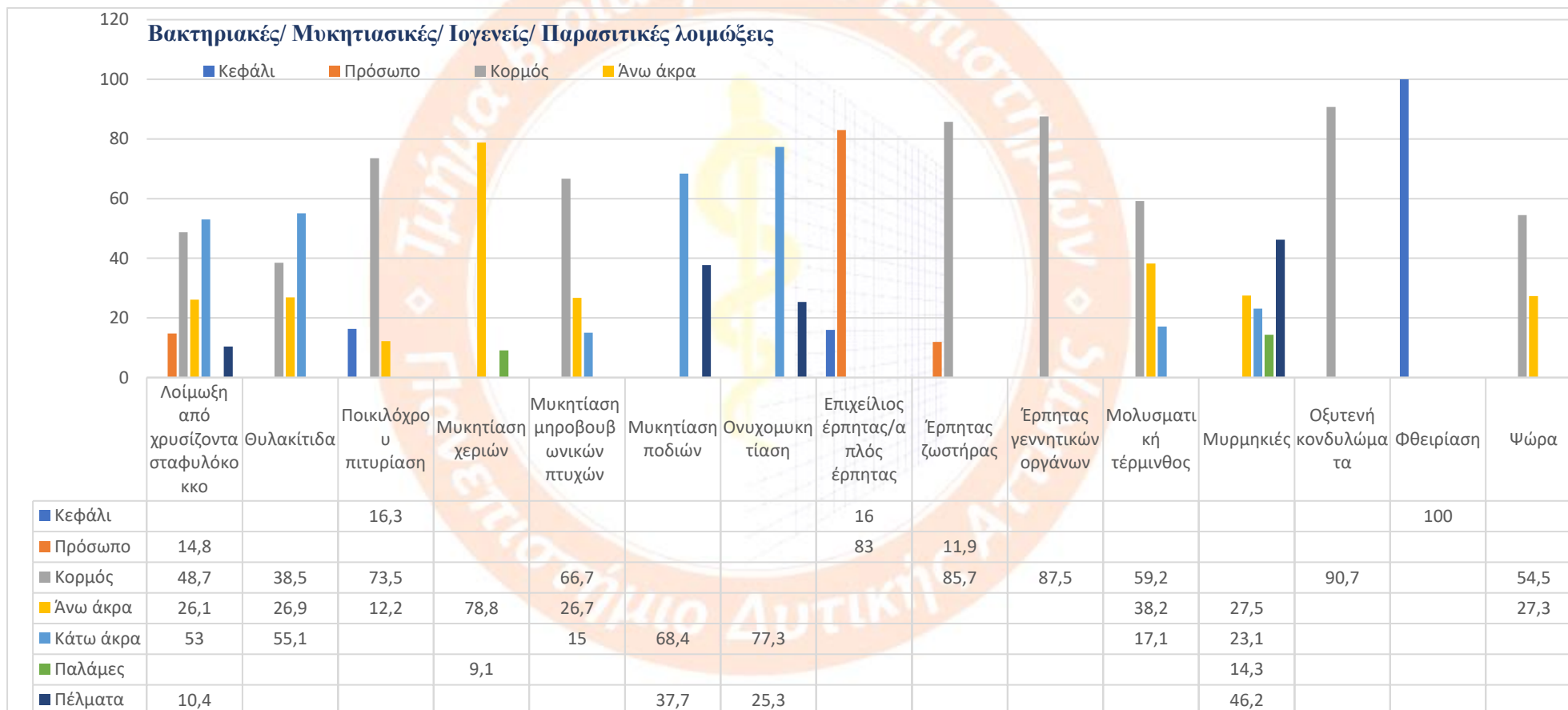
Πρόσωπο: ηλιακό έγκαυμα, ακμή, επιχείλιος έρπητας

Κεφάλι: ψωρίαση, φθειρίαση.

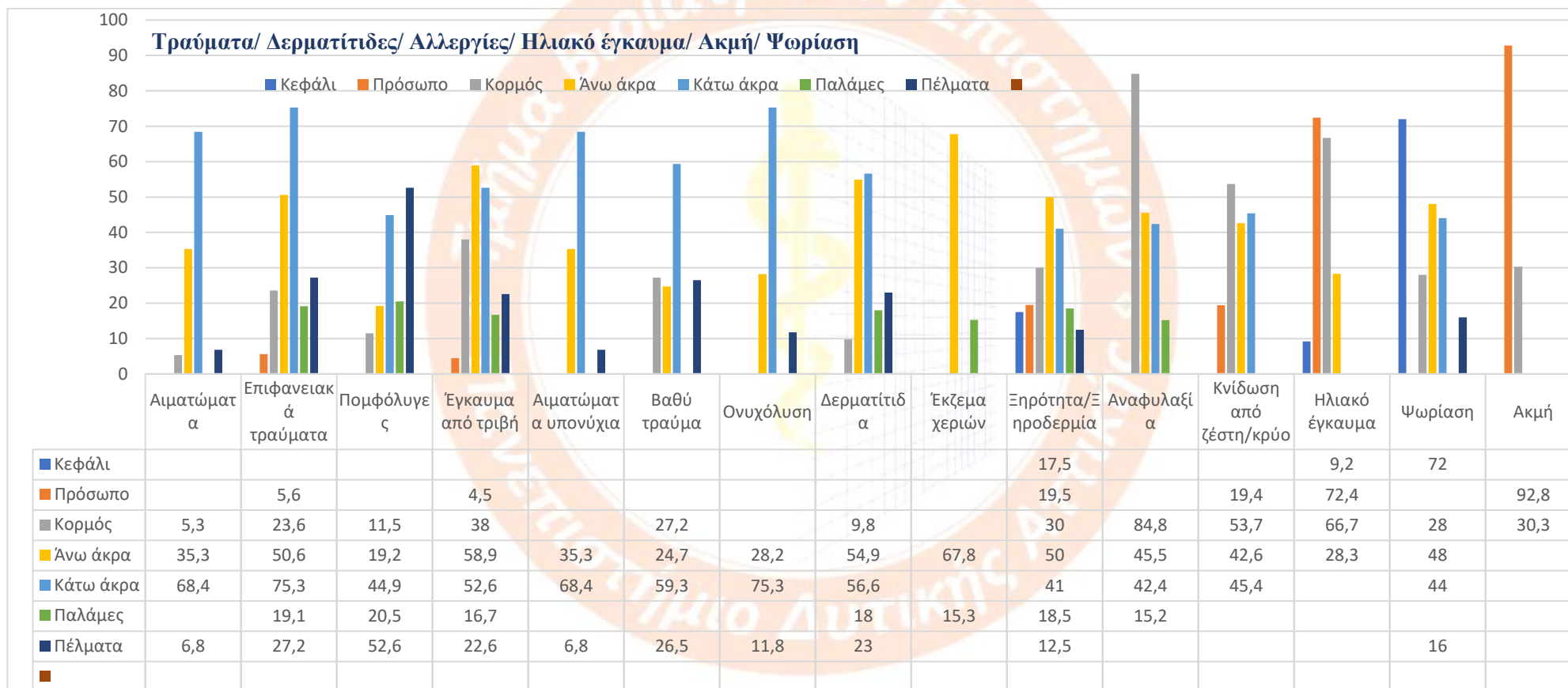
Πέλματα: μυρμηκιές



Γράφημα 7. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Γράφημα 8. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Σημείωση: πολύ χαμηλά ποσοστά σε κάποιες περιπτώσεις δεν εμφανίζονται στα γραφήματα για την καλύτερη παρουσίαση

Πίνακας 56. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης.

	Σύνολο απαντήσεων		%	Καλοκαίρι		%	Φθινόπωρο		%	Χειμώνας		%	Άνοιξη		%
	N	N		N	N		N	N		N	N				
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσμο, τρύπημα)	370	237	64,1%	113	30,5%	218	58,9%	113	30,5%						
2. Αιματώματα	177	89	50,3%	70	39,5%	112	63,3%	85	48,0%						
3. Αιματώματα υπονύχια	93	52	55,9%	37	39,8%	47	50,5%	24	25,8%						
4. Βαθύ τραύμα	134	84	62,7%	40	29,9%	66	49,3%	38	28,4%						
5. Ονυχόλυση	72	43	59,7%	30	41,7%	34	47,2%	29	40,3%						
6. Ονυχομυκητίαση	68	47	69,1%	35	51,5%	36	52,9%	22	32,4%						
7. Μυκητίαση ποδιών	128	96	75,0%	54	42,2%	36	28,1%	28	21,9%						
8. Μυκητίαση χεριών	36	26	72,2%	12	33,3%	14	38,9%	11	30,6%						
9. Μυκητίαση μηροβουβονικών πτυχών	56	45	80,4%	15	26,8%	6	10,7%	6	10,7%						
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	42	26	61,9%	14	33,3%	20	47,6%	15	35,7%						
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	122	59	48,4%	46	37,7%	89	73,0%	53	43,4%						
12. Έκζεμα χεριών	73	22	30,1%	29	39,7%	56	76,7%	36	49,3%						
13. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	199	94	47,2%	59	29,6%	145	72,9%	50	25,1%						
14. Θυλακίτιδα (μόλυνση)	77	51	66,2%	23	29,9%	35	45,5%	19	24,7%						
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	114	98	86,0%	23	20,2%	22	19,3%	16	14,0%						
16. Ψωρίαση	33	12	36,4%	16	48,5%	29	87,9%	13	39,4%						
17. Ψείρες	70	35	50,0%	32	45,7%	35	50,0%	29	41,4%						
18. Πομφόλυγες	60	47	78,3%	20	33,3%	17	28,3%	24	40,0%						
19. Ηλιακό έγκαυμα	265	261	98,5%	5	1,9%	1	0,4%	32	12,1%						

20. Έγκαυμα από τριβή	244	167	68,4%	126	51,6%	127	52,0%	91	37,3%
21. Ακμή	145	81	55,9%	73	50,3%	112	77,2%	83	57,2%
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	66	45	68,2%	15	22,7%	45	68,2%	28	42,4%
23. Αναφυλαξία	26	6	23,1%	6	23,1%	14	53,8%	12	46,2%
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	122	62	50,8%	27	22,1%	62	50,8%	48	39,3%
25. Έρπητας ζωστήρας	30	13	43,3%	12	40,0%	6	20,0%	16	53,3%
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	43	32	74,4%	10	23,3%	9	20,9%	8	18,6%
27. Μολυσματική τέρμινθος	79	71	89,9%	24	30,4%	8	10,1%	17	21,5%
28. Μυρμηκίες	87	63	72,4%	29	33,3%	24	27,6%	20	23,0%
29. Ψώρα	11	4	36,4%	4	36,4%	9	81,8%	4	36,4%
30. Οξυτενή κονδυλώματα	38	32	84,2%	4	10,5%	8	21,1%	6	15,8%

Σημείωση: τα ποσοστά δεν αθροίζονται στο 100% καθώς οι ερωτώμενοι επέλεξαν πάνω από μία εποχή εμφάνισης.

Στον πίνακα 56 παρατηρούνται οι κατηγορίες δερματολογικών νοσημάτων με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης ανά εποχή. Προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα, (αναφέρονται τα υψηλότερα ποσοστά):

Τραυματικές δερματικές βλάβες

Καλοκαίρι: Πομφόλυγες 78,3%, Έγκαυμα από τριβή 68,4%, Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 64,1% Αιματώματα 63,3%, Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα) 62,7%, Ονυχόλυση 59,7%, Αιματώματα υπονύχια 55,9%

Χειμώνας: Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 58,9%, Αιματώματα υπονύχια 50,5%

Δερματίτιδες

Χειμώνας: Έκζεμα χεριών 76,7%, Ξηρότητα/Ξηροδερμία 72,9%, Δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο 73,0%

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Καλοκαίρι: Μυκητίαση μηροβουβονικών πτυχών 80,4%, Μυκητίαση ποδιών 75,0%, Μυκητίαση χεριών 72,2%, Ονυχομυκητίαση 69,1%, Ποικιλόχρους πιτυρίαση 61,9%

Βακτηριακές λοιμώξεις

Καλοκαίρι: Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 86,0%, Θυλακίτιδα 66,2%,

Ιογενείς λοιμώξεις

Καλοκαίρι: Μολυσματική τέρμινθος 89,9%, Οξυτενή κονδυλώματα 84,2%, Έρπητας γεννητικών οργάνων 74,4%, Μυρμηκίες 72,4%, Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 50,8%

Χειμώνας: Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 50,8%

Άνοιξη: Έρπητας ζωστήρας 53,3%

Αλλεργικές παθήσεις

Καλοκαίρι: Κνίδωση από ζέστη/κρύο 68,2%

Χειμώνας: Κνίδωση από ζέστη/κρύο 68,2%, Αναφυλαξία 53,8 χειμώνας.

Παρασιτικές λοιμώξεις

Καλοκαίρι

Ψώρα 81,8%, Φθειρίαση 50,0%

Χειμώνας: Φθειρίαση 50%

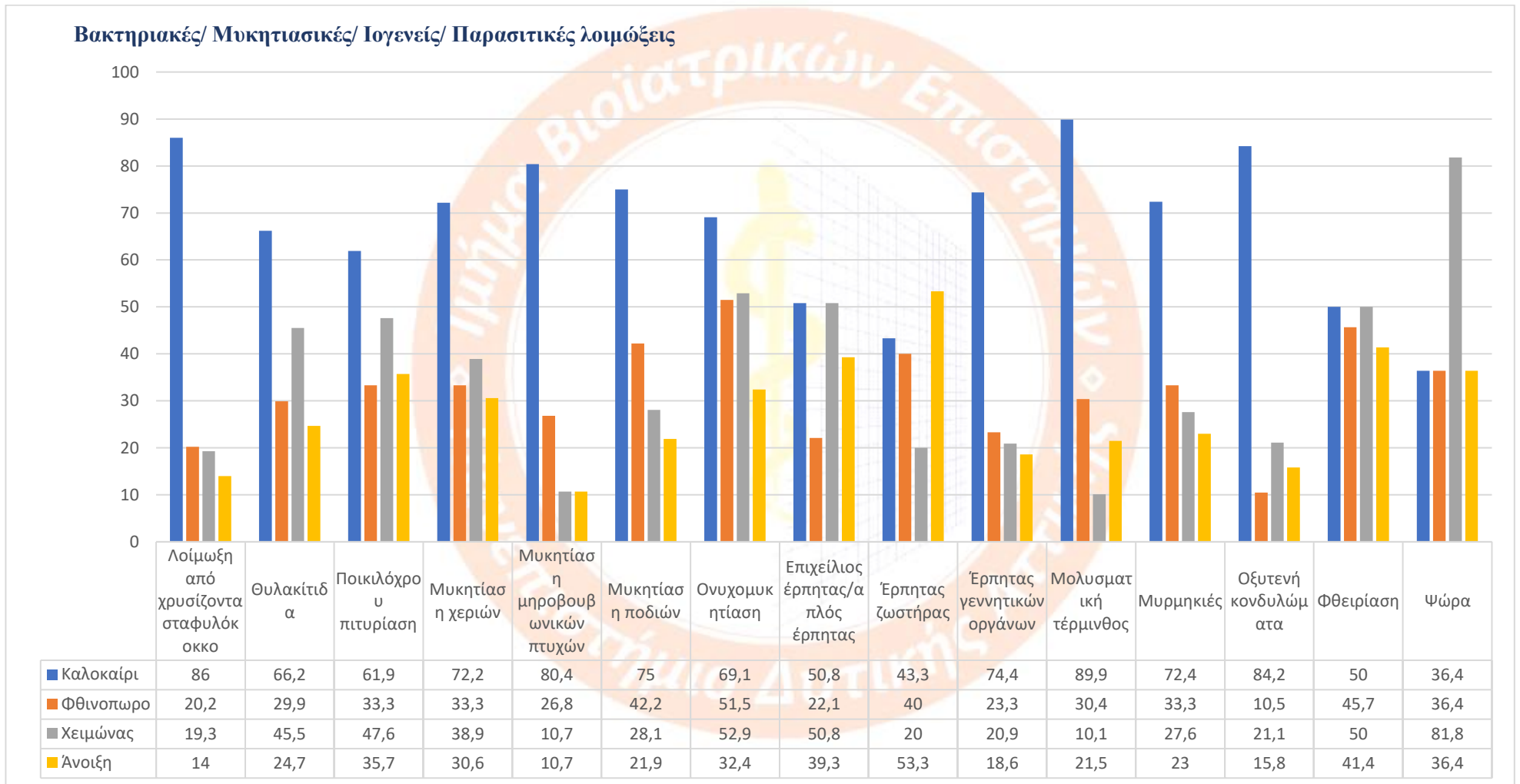
Άλλα δερματολογικά νοσήματα

Καλοκαίρι: Ηλιακό έγκαυμα 98,5%

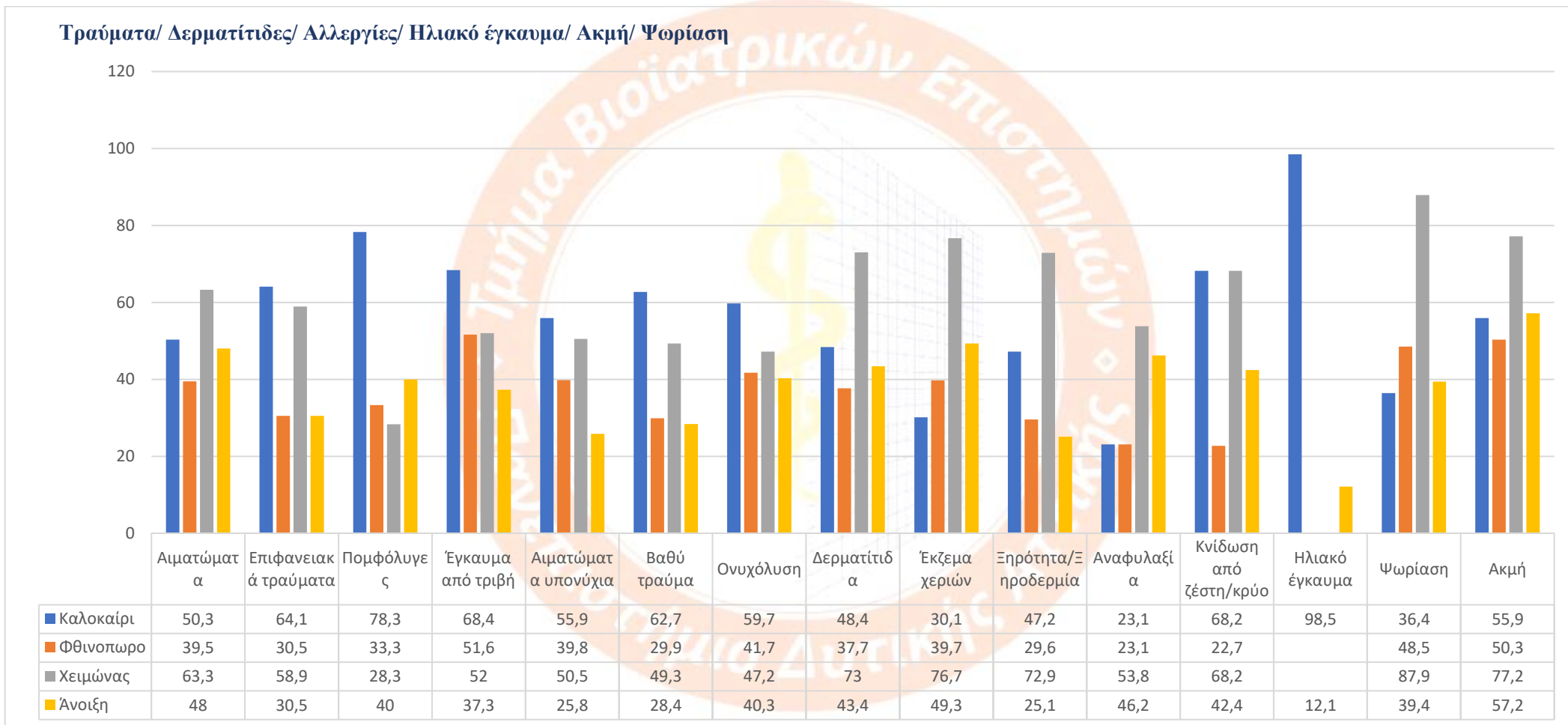
Χειμώνας: Ψωρίαση 87,9%, Ακμή 77,2%



Γράφημα 9. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Γράφημα 10. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Πίνακας 57. Διάρκεια διακοπής της προπόνησης, της πιο πρόσφατης νόσησης.

	Λιγότερο από 1 εβδομάδα	Λιγότερο από 1 μήνα	Λιγότερο από 3 μήνες	Λιγότερο από 6 μήνες	Περισσότερο από 6 μήνες	Σύνολο απαντήσεων	%
	N	N	N	N	N	N	
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	163	20	0	1	3	187	23,8%
2. Αιματώματα	81	11	2	0	1	95	12,1%
3. Αιματώματα υποπόδια	40	9	0	0	1	50	6,4%
4. Βαθύ τραύμα	35	61	13	2	3	114	14,5%
5. Ονυχόλυση	23	14	3	0	1	41	5,2%
6. Ονυχομυκητίαση	17	13	3	0	1	34	4,3%
7. Μυκητίαση ποδιών	48	18	8	0	2	76	9,7%
8. Μυκητίαση χεριών	19	6	2	0	1	28	3,6%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	17	19	7	1	1	45	5,7%
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	8	9	0	0	1	18	2,3%
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	63	12	1	0	1	77	9,8%
12. Έκζεμα χεριών	25	7	1	1	1	35	4,5%
13. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	55	10	1	0	2	68	8,7%
14.Θυλακίτιδα	19	18	4	0	1	42	5,4%
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	44	27	4	1	1	77	9,8%
16. Ψωρίαση	3	2	4	2	1	12	1,5%
17. Φθειρίαση	22	5	1	0	1	29	3,7%

18. Πομφόλυγες	27	5	1	0	1	34	4,3%
19. Ηλιακό έγκαυμα	71	10	1	0	1	83	10,6%
20. Έγκαυμα από τριβή	55	29	1	0	1	86	11,0%
21. Ακμή	30	3	6	2	2	43	5,5%
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	27	6	1	0	1	35	4,5%
23. Αναφυλαξία	15	5	0	0	1	21	2,7%
24. Επιχειλίους έρπητας/απλός έρπητας	41	7	2	0	1	51	6,5%
25. Έρπητας ζωστήρας	10	11	7	0	1	29	3,7%
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	7	19	13	0	1	40	5,1%
27. Μολυσματική τέρμινθος	23	33	8	0	1	65	8,3%
28. Μυρμηκίες	19	48	9	0	2	78	9,9%
29. Ψώρα	3	1	1	1	1	7	0,9%
30. Οξυτενή κονδυλώματα	5	19	9	2	1	36	4,6%

Σύμφωνα με τον πίνακα 57 παρατηρείται ότι:

το 23,8% του δείγματος να έχει διακόψει την προπόνηση εξαιτίας των επιφανειακών τραυμάτων (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα),

το 14,5% εξαιτίας του βαθέως τραύματος, το 12,1% εξαιτίας των αιματωμάτων,

το 11% εξαιτίας του εγκαύματος από τριβή, το 10,6% εξαιτίας του ηλιακού εγκαύματος,

το 9,9% εξαιτίας των μυρμηκιών, το 9,8% εξαιτίας της δερματίτιδας και του χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, το 9,7% εξαιτίας μυκητίασης ποδιών, το 8,7% εξαιτίας της ξηρότητας/ξηροδερμίας,

το 8,3% εξαιτίας της μολυσματικής τερμίνθου,

το 6,5% εξαιτίας του απλού έρπητα και του επιχείλιου έρπητα, το 6,4% εξαιτίας των υπονύχιων αιματωμάτων,

το 5,7% εξαιτίας της μυκητίασης των μηροβουβωνικών πτυχών, το 5,5% λόγω της ακμής, το 5,2% εξαιτίας της ονυχόλυσης, το 5,4% εξαιτίας της θυλακίτιδας, το 5,1% εξαιτίας του έρπητα γεννητικών οργάνων,

το 4,5% εξαιτίας της κνίδωσης από ζέστη/κρύο, το 4,6% εξαιτίας των κονδυλωμάτων, το 4,3% εξαιτίας των πομφολύγων,

το 3,7% εξαιτίας του έρπητα ζωστήρα και της φθειρίασης, το 3,6% εξαιτίας της μυκητίασης των χεριών,

το 2,7% εξαιτίας της αναφυλαξίας, το 2,3% εξαιτίας της ποικιλόχρους πιτυρίασης,

το 1,5% εξαιτίας της ψωρίασης, το 0,9% εξαιτίας της ψώρας.

Σε όλες τις περιπτώσεις η πλειοψηφία όσων διέκοψε την προπόνηση τους, η χρονική διάρκεια ήταν από 1 εβδομάδα έως 1 μήνα. Για τα υπόλοιπα δερματολογικά νοσήματα το ποσοστό των ατόμων που διέκοψαν ήταν κάτω του 10%. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι η διάρκεια διακοπής ήταν 1 εβδομάδα ή 1 μήνας για σχεδόν το σύνολο των ατόμων και για όλα τα δερματολογικά νοσήματα.

Όσον αφορά τις επιμέρους κατηγορίες δερματολογικών νοσημάτων προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

Τραυματικές δερματικές βλάβες

Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 23,8%, Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα) 14,5%, Αιματώματα 12,1%, Έγκαυμα από τριβή 11,0%, Αιματώματα υπονύχια 6,4%, Ονυχόλυση 5,2%, Πομφόλυγες 4,3%.

Δερματίτιδες

Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο 9,8%, Ξηρότητα/Ξηροδερμία 8,7%, Έκζεμα χεριών 4,5%.

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Μυκητίαση ποδιών 9,7%, Ονυχομυκητίαση 4,3%, Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών 5,7%, Μυκητίαση χεριών 3,6%, Ποικιλόχρους πιτυρίαση 2,3%.

Βακτηριακές λοιμώξεις

Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 9,8%, Θυλακίτιδα 5,4%.

Ιογενείς λοιμώξεις

Μυρμηκίες 9,9%, Μολυσματική τέρμινθος 8,3%, Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 6,5%, Έρπητας γεννητικών οργάνων 5,1%, Οξυτενή κονδυλώματα 4,6%, Έρπητας ζωστήρας 3,7%.

Αλλεργικές παθήσεις

Κνίδωση από ζέστη/κρύο 4,5%, Αναφυλαξία 2,7%.

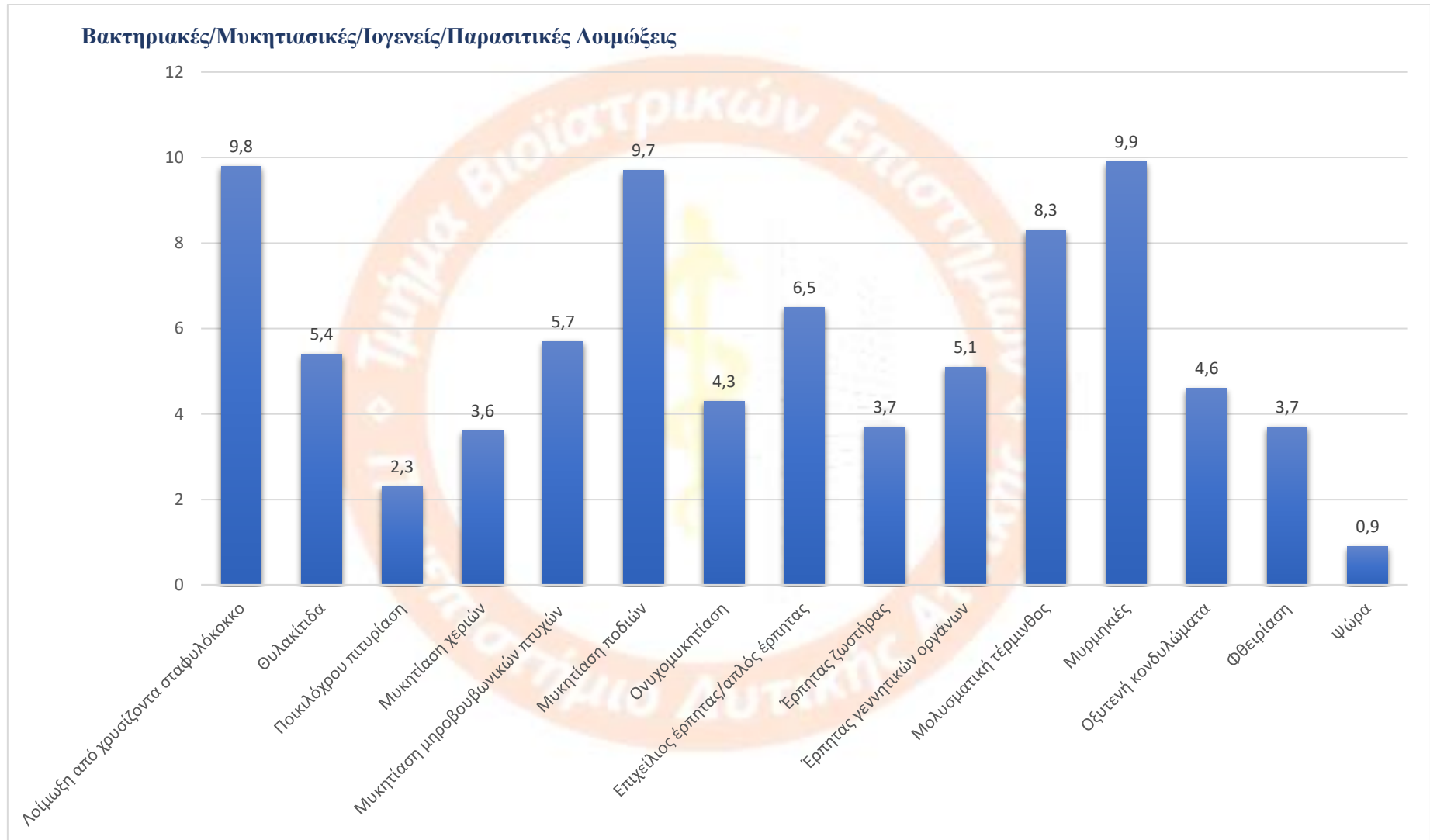
Παρασιτικές λοιμώξεις

Φθειρίαση 3,7%, Ψώρα 0,90%.

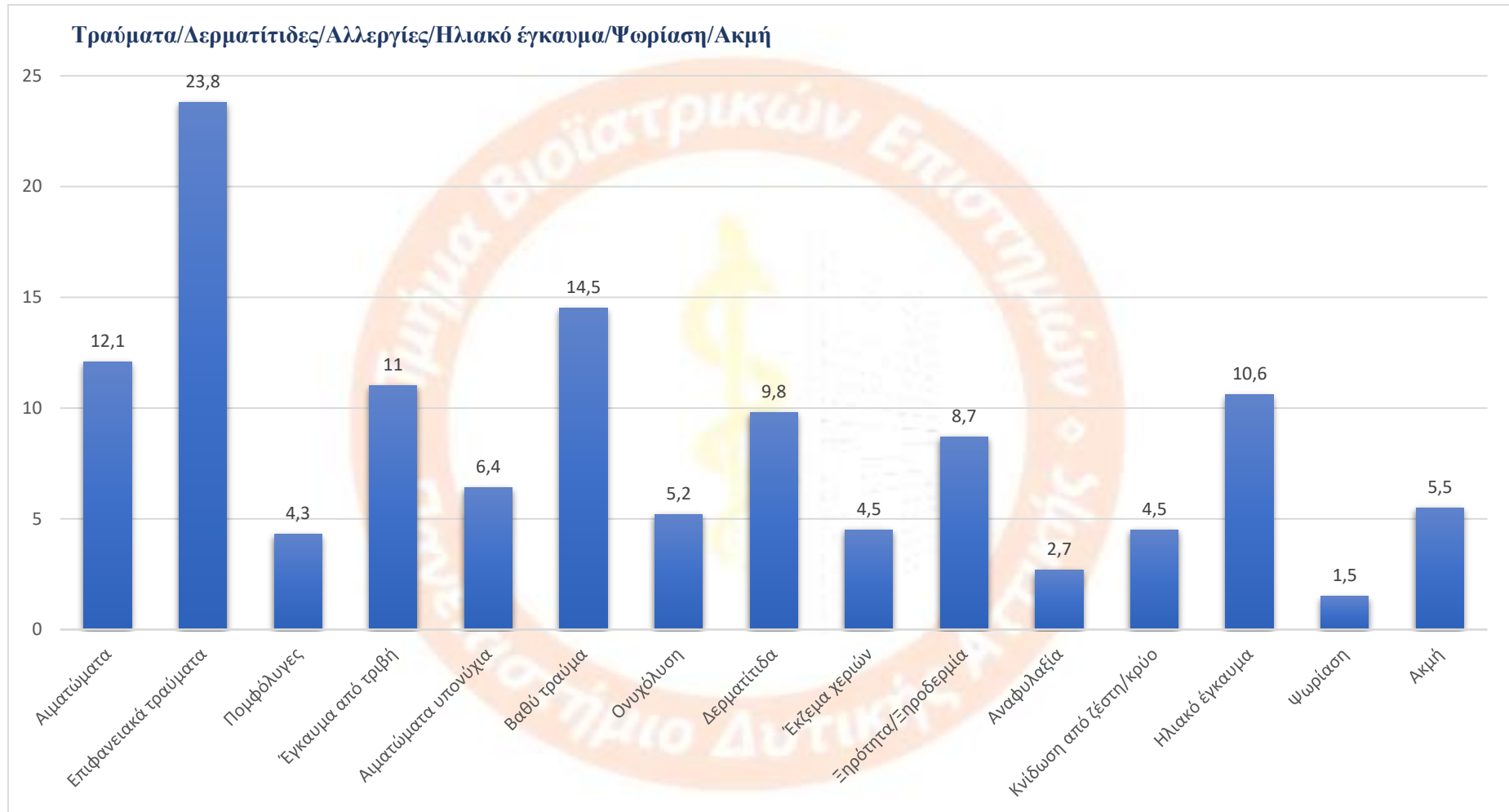
Άλλα δερματολογικά νοσήματα

Ηλιακό έγκαυμα 10,6%, ακμή 5,5%, ψωρίαση 1,5%.

Γράφημα 11. Ποσοστό αθλητών που διέκοψε την προπόνηση, της πιο πρόσφατης νόσησης (Ποσοστά επί %).



Γράφημα 12. Ποσοστό αθλητών που διέκοψε την προπόνηση, της πιο πρόσφατης νόσησης (Ποσοστά επί %).



Πίνακας 58. Επισκεφτήκατε δερματολόγο ή κάνατε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων όταν νοσήσατε;

	Σύνολο απαντήσεων		Δεν επισκέφτηκα δερματολόγο		Επίσκεψη σε δερματολόγο		Επίσκεψη σε δερματολόγο, Λήψη φαρμακευτικής αγωγής		Λήψη φαρμακευτικής αγωγής, Δεν επισκέφτηκα δερματολόγο	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	302		185	61,5%	14	4,6%	49	16,2%	53	17,6%
2. Αιματώματα	132		86	65,0%	8	6,0%	22	16,6%	16	12,1%
3. Αιματώματα υπονόχια	78		47	60,3%	13	16,7%	13	16,7%	5	6,4%
4. Βαθύ τραύμα	136		41	30,1%	11	8,1%	66	48,5%	18	13,2%
5. Ονυχόλυση	71		29	40,8%	16	22,5%	24	33,8%	2	2,8%
6. Ονυχομυκητίαση	71		18	25,4%	10	14,1%	35	49,3%	8	11,3%
7. Μυκητίαση ποδιών	120		22	18,3%	17	14,2%	71	59,2%	10	8,3%
8. Μυκητίαση χεριών	40		15	37,5%	5	12,5%	20	50,0%	0	0,0%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	58		9	15,5%	4	6,9%	43	74,1%	2	3,4%
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	43		15	34,9%	6	14,0%	19	44,2%	3	7,0%
11. Δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	106		42	39,6%	6	5,7%	31	29,2%	27	25,5%
12. Έκζεμα χεριών	72		18	25,0%	9	12,5%	37	51,4%	8	11,1%

13. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	161	62	38,5%	11	6,8%	48	29,8%	40	24,8%
14. Θυλακίτιδα	82	20	24,4%	6	7,3%	53	64,6%	3	3,7%
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	116	15	12,9%	15	12,9%	79	68,1%	7	6,0%
16. Ψωρίαση	40	14	35,0%	1	2,5%	23	57,5%	2	5,0%
17. Φθειρίαση	67	27	40,3%	4	6,0%	1	1,5%	35	52,2%
18. Πομφόλυγες	63	33	52,4%	7	11,1%	14	22,2%	9	14,3%
19. Ηλιακό έγκαυμα	193	83	43,0%	5	2,6%	50	25,9%	55	28,5%
20. Έγκαυμα από τριβή	202	106	52,5%	4	2,0%	58	28,7%	34	16,8%
21. Ακμή	172	29	16,9%	21	12,2%	108	62,8%	14	8,1%
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	55	23	41,8%	5	9,1%	21	38,2%	6	10,9%
23. Αναφυλαξία	36	19	52,8%	3	8,3%	9	25,0%	5	13,9%
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	106	43	40,6%	4	3,8%	38	35,8%	21	19,8%
25. Έρπητας ζωστήρας	51	12	23,5%	3	5,9%	33	64,7%	3	5,9%
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	56	11	19,6%	3	5,4%	39	69,6%	3	5,4%
27. Μολυσματική τέρμινθος	89	10	11,2%	4	4,5%	71	79,8%	4	4,5%
28. Μυρμηκίες	104	12	11,5%	12	11,5%	74	71,2%	6	5,8%
29. Ψώρα	19	11	57,9%	0	0,0%	5	26,3%	3	15,8%
30. Οξυτενή κονδυλώματα	52	10	19,2%	6	11,5%	33	63,5%	3	5,8%

Στον πίνακα 58 παρατηρείται ότι για τα δερματολογικά νοσήματα με την μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων είναι τα ακόλουθα,

Δεν έχει επισκεφθεί δερματολόγο:

το 65,0% για τα αιματώματα, το 61,5% για τα επιφανειακά τραύματα, το 60,3% για τα υπονύχια αιματώματα,

το 57,9 για τη ψώρα, το 52,8% για την αναφυλαξία, το 52,4% για τους πομφόλυγες, το 52,5% για το έγκαυμα από τριβή,

το 43% για το ηλιακό έγκαυμα αλλά έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή, το 41,8% για την κνίδωση από ζέστη/κρύο, το 40,8% για την ονυχόλυση, το 40,6% για τον επιχείλιο έρπητα και τον απλό έρπητα,

το 39,6% για τη δερματίτιδα αλλά έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή, το 38,5% για την ξηροδερμία.

Έχουν επισκεφθεί δερματολόγο και έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή στα παρακάτω νοσήματα:

το 79,8% για την μολυσματική τέρμινθο, το 74,1% για την μυκητίαση των μηροβουβονικών πτυχών, το 71,2% για τις μυρμηκιές,

το 69,6% για τον έρπητα γεννητικών οργάνων, το 68,1% για την λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, το 64,7% για έρπητα ζωστήρα και απλό έρπητα, το 62,8% για ακμή,

το 59,2% για μυκητίαση ποδιών, το 57,5% για ψωρίαση, το 51,4% για έκζεμα χεριών, το 50% για μυκητίαση χεριών, το 49,3% για ονυχομυκητίαση, το 48,5% για βαθύ τραύμα, το 29,2% του δείγματος έχει επισκεφθεί δερματολόγο και έλαβε φαρμακευτική αγωγή ενώ το 25,5% έλαβε μόνο φαρμακευτική αγωγή για την περίπτωση της δερματίτιδας από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο και το 29,8% του δείγματος έχει επισκεφθεί δερματολόγο και έλαβε φαρμακευτική αγωγή ενώ το 24,8% έλαβε μόνο φαρμακευτική αγωγή για την περίπτωση της ξηρότητας / ξηροδερμίας.

Όσον αφορά τις επιμέρους κατηγορίες δερματολογικών νοσημάτων προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα (αναφέρεται το μεγαλύτερο ποσοστό):

Τραυματικές δερματικές βλάβες

Δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο: Αιματώματα 65,0%, Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα) 61,5%, Αιματώματα υπονύχια 60,3%, Έγκαυμα από τριβή 52,5%, Πομφόλυγες 52,4%, Ονυχόλυση 40,8%

Επίσκεψη σε δερματολόγο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα) 48,5%

Δερματίτιδες

Δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο

Ξηρότητα/Ξηροδερμία το 38,5%, Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο το 39,6%

Επίσκεψη σε δερματολόγο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Έκζεμα χεριών το 51,4%

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Επίσκεψη σε δερματολόγο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών 74,1%, Μυκητίαση ποδιών το 59,2%, Μυκητίαση χεριών το 50,0%, Ονυχομυκητίαση το 49,3%, Ποικιλόχρους πιτυρίαση το 44,2%

Βακτηριακές λοιμώξεις

Επίσκεψη σε δερματολόγο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 68,1%, Θυλακίτιδα 64,6%

Ιογενείς λοιμώξεις

Δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο

Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 40,6%

Επίσκεψη σε δερματολόγο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Μολυσματική τέρμινθος 79,8%, Μυρμηκίες 71,2%, Έρπητας γεννητικών οργάνων 69,6% , Έρπητας ζωστήρας 64,7% , Οξυτενή κονδυλώματα 63,5%

Αλλεργικές παθήσεις

Δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο

Αναφυλαξία 52,8%, Κνίδωση από ζέστη/κρύο 41,8%

Παρασιτικές λοιμώξεις

Λήψη φαρμακευτικής αγωγής, Δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο

Φθειρίαση 52,2%

Άλλα δερματολογικά νοσήματα

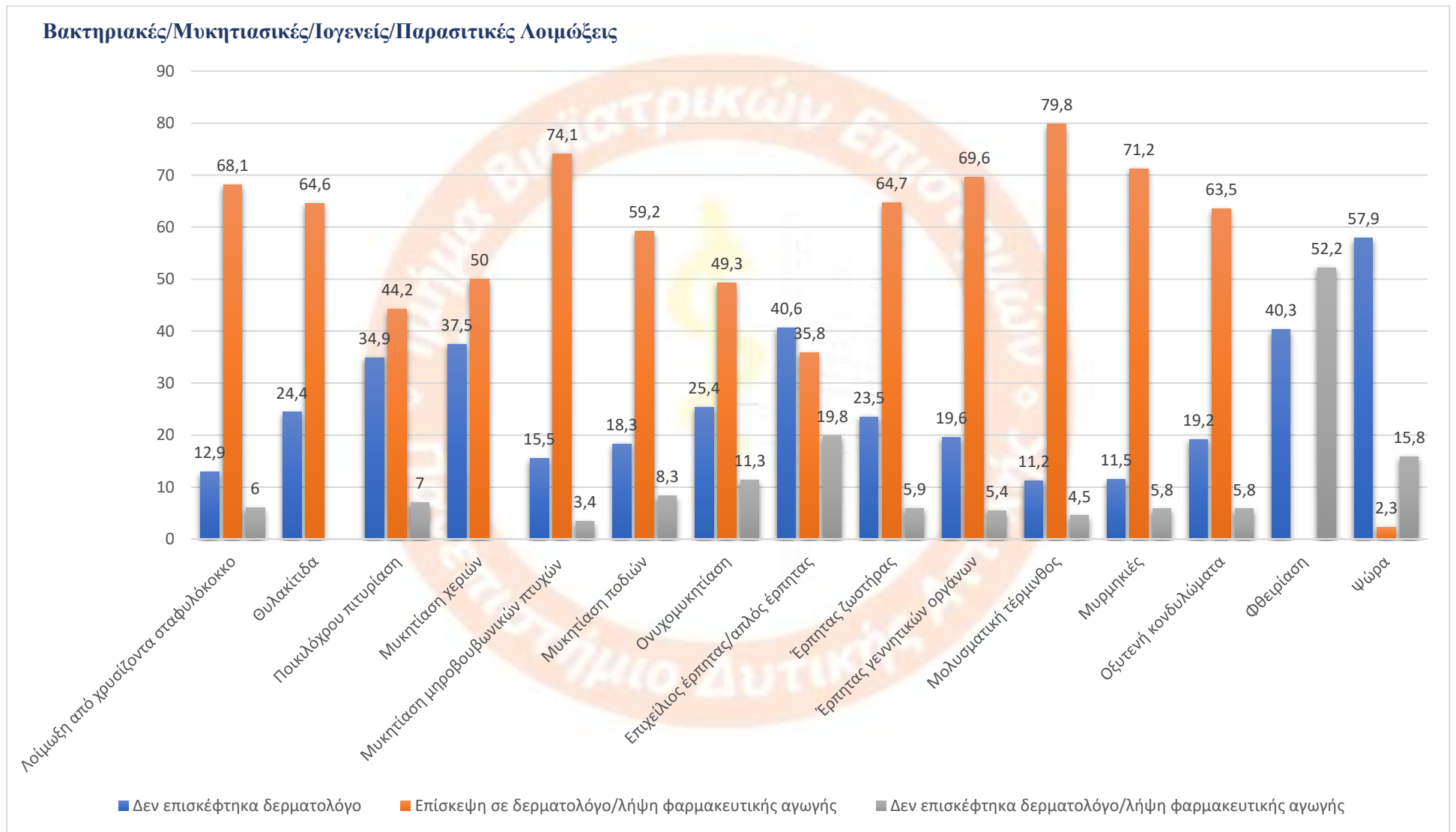
Δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο

Ηλιακό έγκαυμα 43,0%

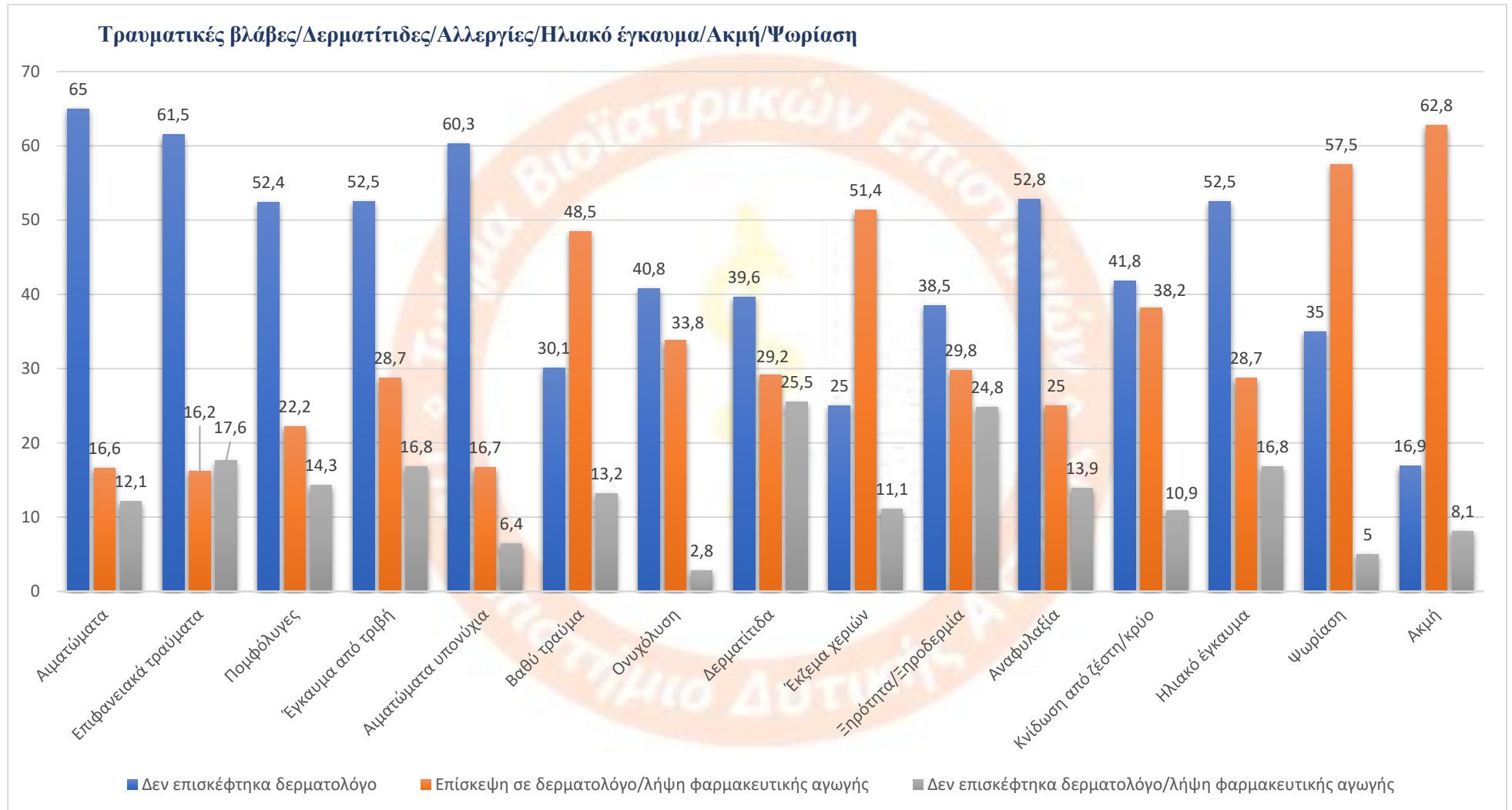
Επίσκεψη σε δερματολόγο, Λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Ακμή 62,8%, ψωρίαση 57,5%

Γράφημα 13. Επίσκεψη σε δερματολόγο / χρήση φαρμάκων ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



Γράφημα 14. Επίσκεψη σε δερματολόγο / χρήση φαρμάκων ανά κατηγορίες νοσημάτων (Ποσοστά επί %).



7.4 Δερματολογικά νοσήματα αθλητών ΑΜΕΑ

Πίνακας 59. Συχνότητας νόσησης από δερματολογικά νοσήματα.

	Σύνολο δείγματος		1-3*		4-6*		6+*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	13	54,2%	5,0	38,5%	4,0	30,8%	4,0	30,8%
2. Αιματώματα	5	20,8%	3,0	60,0%	2,0	40,0%	0,0	0,0%
3. Αιματώματα υπονύχια	5	20,8%	3,0	60,0%	2,0	40,0%	0,0	0,0%
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	5	20,8%	5,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
5. Ονυχόλυση	3	12,5%	3,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
6. Ονυχομυκητίαση	8	33,3%	6,0	75,0%	0,0	0,0%	2,0	25,0%
7. Μυκητίαση ποδιών	8	33,3%	6,0	75,0%	0,0	0,0%	2,0	25,0%
8. Μυκητίαση χεριών	3	12,5%	1,0	33,3%	0,0	0,0%	2,0	66,7%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	3	12,5%	1,0	33,3%	2,0	66,7%	0,0	0,0%
10. Δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος	3	12,5%	3,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
11. Έκζεμα χεριών	4	16,7%	4,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
12. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	8	33,3%	6,0	75,0%	2,0	25,0%	0,0	0,0%
13. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	2	8,3%	2,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
14. Ψωρίαση	4	16,7%	4,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
15. Πομφόλυγες	5	20,8%	3,0	60,0%	2,0	40,0%	0,0	0,0%
16. Ηλιακό έγκαυμα	5	20,8%	3,0	60,0%	0,0	0,0%	2,0	40,0%
17. Έγκαυμα από τριβή	9	37,5%	5,0	55,6%	2,0	22,2%	2,0	22,2%
18. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	4	16,7%	2,0	50,0%	2,0	50,0%	0,0	0,0%

19. Επιχειλιδος έρπητας/απλός έρπητας	5	20,8%	1,0	20,0%	2,0	40,0%	2,0	40,0%
20. Μυρμηκίες	3	12,5%	3,0	100,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%

Σημείωση:* τα ποσοστά αναφέρονται στα άτομα που έχουν το δερματολογικό νόσημα, στον πίνακα εμφανίζονται μόνο τα δερματολογικά νοσήματα που είχαν επιλεγθεί από το δείγμα

Στον πίνακα 59 παρατηρείται ότι το δερματολογικό νόσημα με την μεγαλύτερη συχνότητα είναι τα επιφανειακά τραύματα 54,2%, ακολουθεί το έγκαυμα από τριβή με 37,5%, στην τρίτη θέση είναι η ξηρότητα, η ονχομυκητίαση και η μυκητίαση ποδιών 33,3%.

Με βάση την κατηγοριοποίηση των δερματολογικών νοσημάτων παρατηρούνται τα ακόλουθα:

Τραυματικές δερματικές βλάβες

Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα) 54,2%, Έγκαυμα από τριβή 37,5%, Ονχομυκητίαση 33,3%, Αιματώματα, βαθύ τραύμα, Αιματώματα υποπόδια, πομφόλυγες 20,8%, Ονυχόλυση 12,5%

Δερματίτιδες

Ξηρότητα/Ξηροδερμία 33,3%, Έκζεμα χεριών 16,7%

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Μυκητίαση ποδιών, ονχομυκητίαση 33,3%, Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών, μυκητίαση χεριών 12,5%

Βακτηριακές λοιμώξεις

Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 8,30%

Ιογενείς λοιμώξεις

Επιχειλιδος έρπητας/απλός έρπητας 20,8%, Μυρμηκίες 12,5%

Αλλεργικές παθήσεις

Κνίδωση από ζέστη/κρύο 16,7%

Παρασιτικές λοιμώξεις

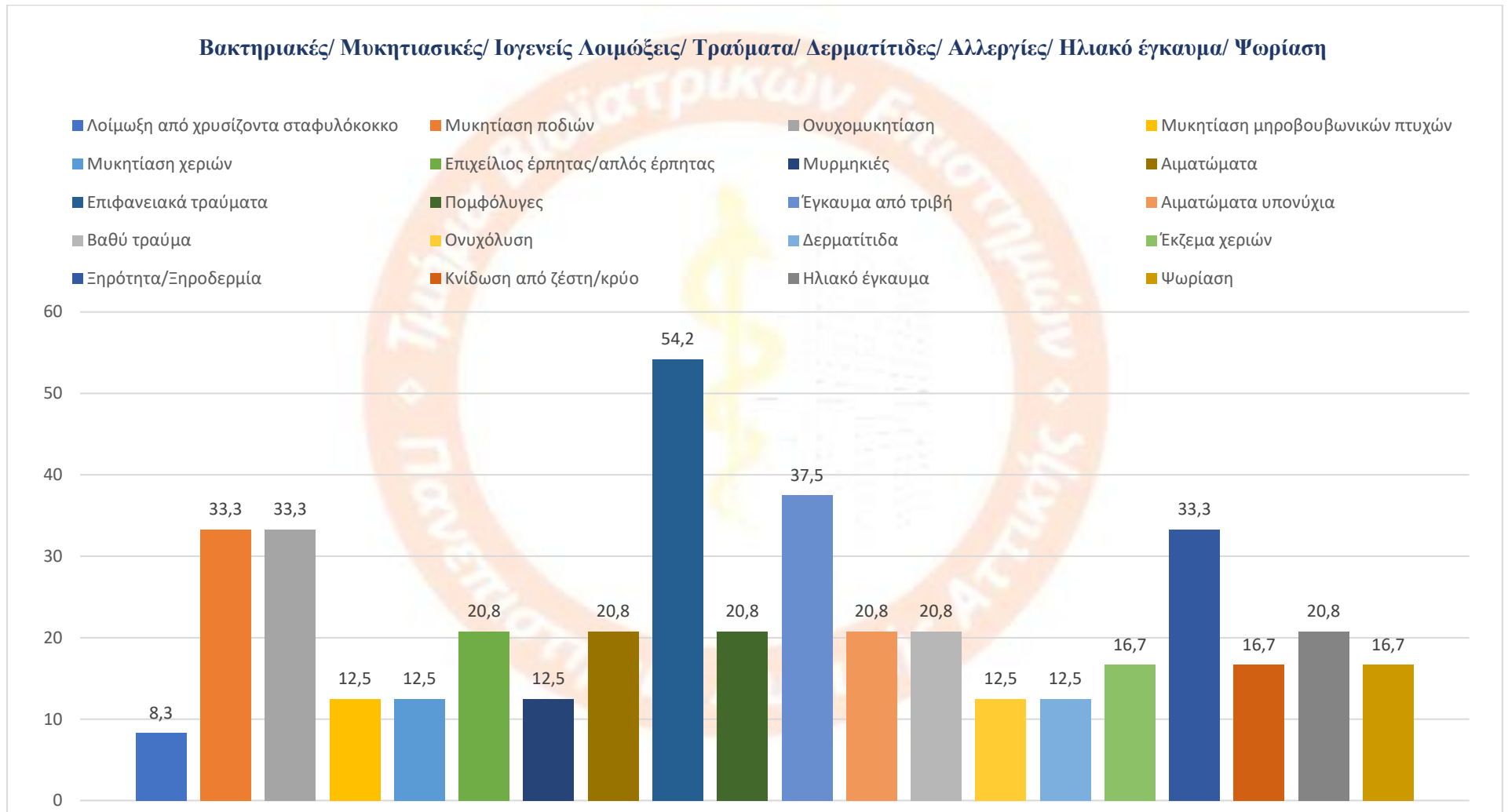
Φθειρίαση (%), Ψώρα (%)

Άλλα δερματολογικά νοσήματα

Ηλιακό έγκαυμα 20,8%, Ψωρίαση 16,7%.



Γράφημα 15. Συχνότητα νόσησης από δερματολογικά νοσήματα (Ποσοστά επί %).



Πίνακας 60. Διάρκεια συμπτωμάτων κατά την τελευταία εμφάνιση του κάθε νοσήματος.

	Λιγότερο από 1 εβδομάδα		Λιγότερο από 1 μήνα		Λιγότερο από 3 μήνες		Λιγότερο από 6 μήνες		Περισσότερο από 6 μήνες	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	9	69,2%	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	15,4%
2. Αιματώματα	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%	1	20,0%
3. Αιματώματα υπονύχια	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
4. Βαθύ τραύμα	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%
5. Ονυχόλυση	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
6. Ονυχομυκητίαση	0	0,0%	5	71,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	28,6%
7. Μυκητίαση ποδιών	0	0,0%	8	88,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%
8. Μυκητίαση χεριών	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10. Δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
11. Έκζεμα χεριών	0	0,0%	3	75,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%
12. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	2	33,3%	2	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%
13. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
14. Ψωρίαση	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%
15. Πομφόλυγες	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16. Ηλιακό έγκαυμα	0	0,0%	3	60,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%
17. Έγκαυμα από τριβή	3	42,9%	3	42,9%	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%
18. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

19. Επιχειλιδος έρπητας/απλός έρπητας	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
20. Μυρμηκίες	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Σημείωση: στον πίνακα εμφανίζονται μόνο τα δερματολογικά νοσήματα που είχαν επιλεγθεί από το δείγμα.

Στον πίνακα 60 παρατηρείται ότι:

Η διάρκεια των συμπτωμάτων στα περισσότερα δερματολογικά νοσήματα είναι μικρότερη της 1 εβδομάδας ή του 1 μήνα για το 90% των περιπτώσεων.

Εξαιρούνται, το βαθύ τραύμα, το ηλιακό έγκαυμα, τα αιματώματα και η ονυχομυκητίαση όπου η διάρκεια των συμπτωμάτων, σε μεγάλο ποσοστό αθλητών είναι άνω των 6 μηνών.

Πίνακας 61. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα.

	Σύνολο απαντήσεων			Κεφάλι		Κορμός		Μηρός/ γόνατα		Παλάμες		Πρόσωπο	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσμο, τρύπημα)	13	6	46,2%	0	0,0%	3	23,1%	0	0,0%	4	30,8%	0	0,0%
2. Αιματώματα	5	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
3. Αιματώματα υπονύχια	3	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
4. Βαθύ τραύμα	5	2	40,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	2	40,0%	0	0,0%
5. Ονυχόλυση	2	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
6.Ονυχομυκητίαση	4	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
7. Μυκητίαση ποδιών	8	1	12,5%	0	0,0%	1	12,5%	6	75,0%	0	0,0%	0	0,0%
8. Μυκητίαση χεριών	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	2	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10. Δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος	4	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
11. Έκζεμα χεριών	4	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
12. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	6	0	0,0%	0	0,0%	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%	0	0,0%
13. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	3	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%

14. Ψωρίαση	3	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
15. Πομφόλυγες	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	0	0,0%
16. Ηλιακό έγκαυμα	5	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%
17. Έγκαυμα από τριβή	6	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
18.Κνίδωση από ζέστη/κρύο	2	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19. Επιχειλίος έρπητας/απλός έρπητας	4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%
20. Μυρμηκίες	2	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 61,

τα επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα), παρουσιάζουν την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης και το 46,2% των περιπτώσεων εμφανίζονται στα άνω άκρα, το 30,8% στις παλάμες και το 23,1% στον κορμό.

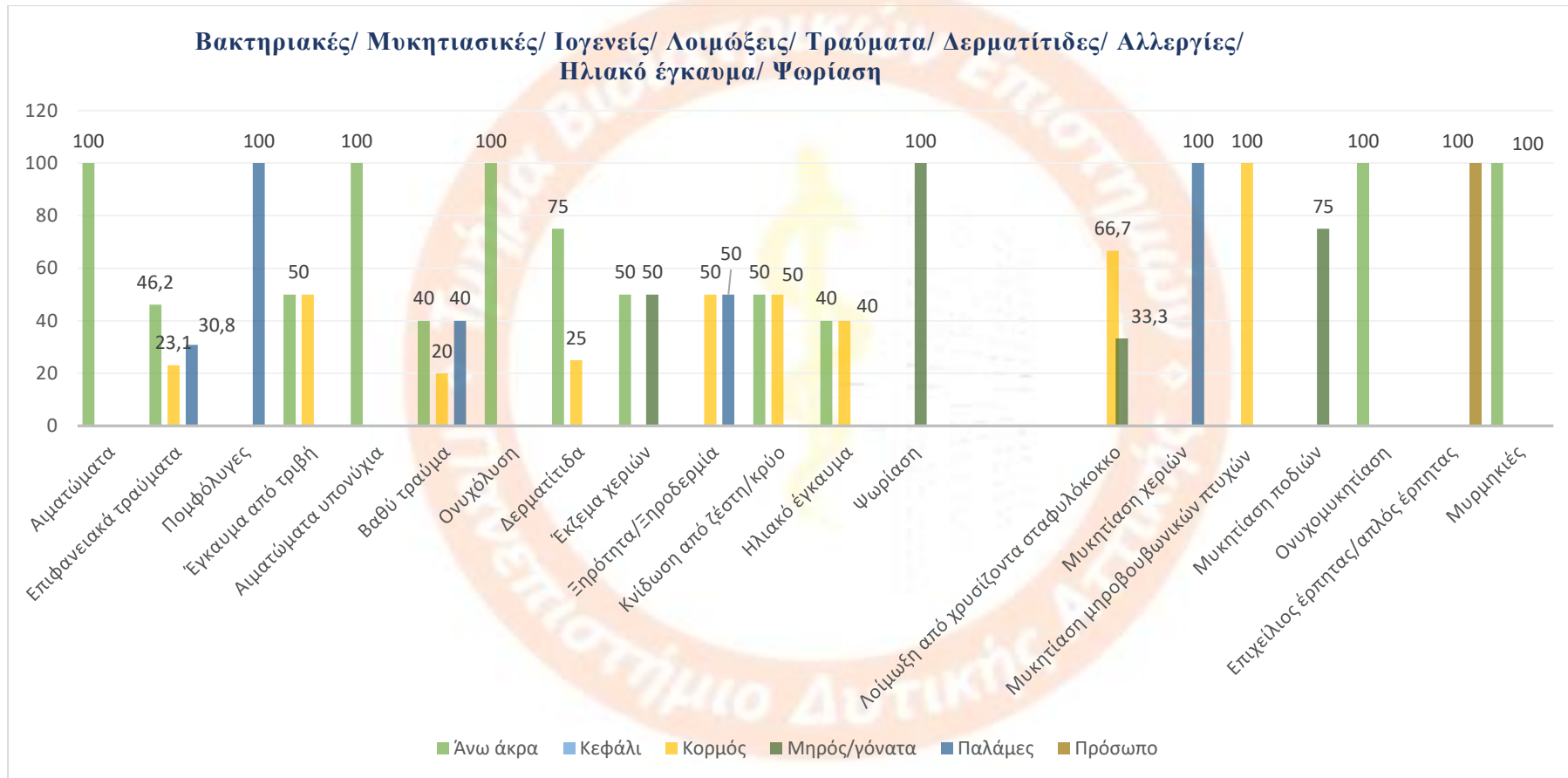
Τα άνω άκρα είναι το μέρος του σώματος με τις περισσότερες εντοπίσεις και τα δερματολογικά νοσήματα που εντοπίστηκαν, είναι:

Αιματώματα 100%, αιματώματα υπονύχια 100%, βαθύ τραύμα 40%, ονυχόλυση 100%, ονχομυκητίαση 100%, δερματίτιδα από tape και προστατευτικά σώματος 75%, έκζεμα χεριών 50% , ηλιακό έγκαυμα 40%, έγκαυμα από τριβή 40%, κνίδωση από ζέστη/κρύο 50%, μυρμηκίες 100%.

Ο κορμός είναι το σημείο που ακολουθεί και τα δερματολογικά νοσήματα που εμφανίζονται είναι:

Μυκητίαση μηροβουβονικών πτυχών 100%, ξηρότητα/ξηροδερμία 50%, θυλακίτιδα 100%, λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 66,7%, ψωρίαση 100%, ηλιακό έγκαυμα 40%, έγκαυμα από τριβή 50%, κνίδωση από ζέστη/κρύο 50%.

Γράφημα 16. Μέρος του σώματος που εμφανίστηκε το δερματολογικό νόσημα (Ποσοστά επί %).



Πίνακας 62. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης.

	Σύνολο απαντήσεων	Άνοιξη		Καλοκαίρι		Φθινόπωρο		Χειμώνας	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	15,0	4	26,7%	2	13,3%	0	0,0%	9	60,0%
2. Αιματώματα	5,0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
3. Αιματώματα υπονύχια	3,0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
4. Βαθύ τραύμα	6,0	1	16,7%	1	16,7%	1	16,7%	3	50,0%
5. Ονυχόλυση	2,0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
6. Ονυχομυκητίαση	10,0	1	10,0%	3	30,0%	2	20,0%	4	40,0%
7. Μυκητίαση ποδιών	9,0	1	11,1%	1	11,1%	1	11,1%	6	66,7%
8. Μυκητίαση χεριών	3,0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	2,0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
10. Δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος	4,0	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	2	50,0%
11. Έκζεμα χεριών	5,0	0	0,0%	0	0,0%	2	40,0%	3	60,0%
12. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	9,0	1	11,1%	3	33,3%	2	22,2%	3	33,3%
13. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	2,0	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%
14. Ψωρίαση	4,0	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	3	75,0%
15. Πομφόλυγες	4,0	1	25,0%	0	0,0%	1	25,0%	2	50,0%
16. Ηλιακό έγκαυμα	5,0	0	0,0%	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
17. Έγκαυμα από τριβή	6,0	1	16,7%	3	50,0%	0	0,0%	2	33,3%

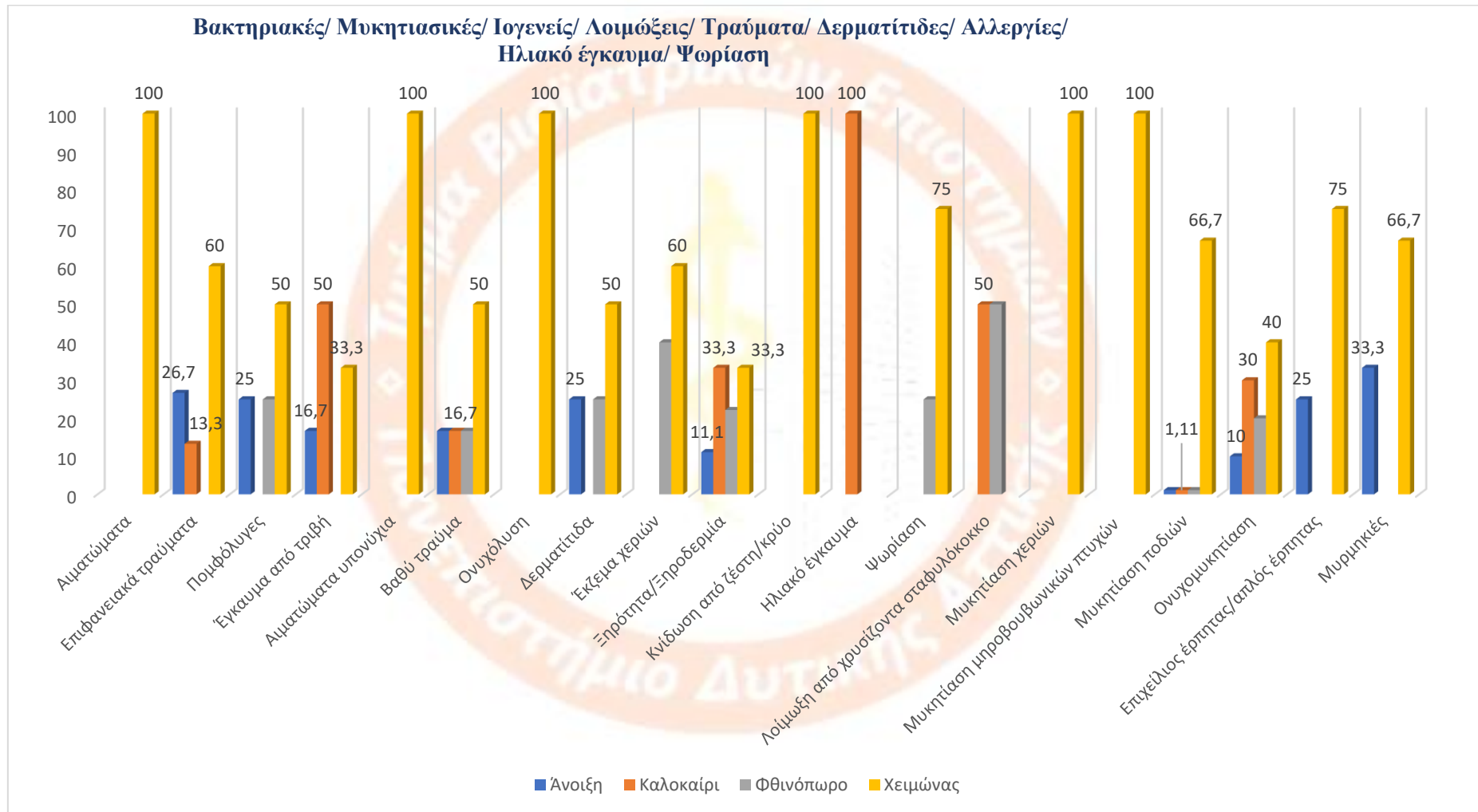
18. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	2,0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
19. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	4,0	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%
20. Μυρμηκιές	3,0	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%

Σύμφωνα με τον πίνακα 62 παρατηρείται ότι, τα δερματολογικά νοσήματα με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζονται το χειμώνα.

Το ηλιακό έγκαυμα και το έγκαυμα από τριβή εμφανίζονται το καλοκαίρι.



Γράφημα 17. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης (Ποσοστά επί %).



Πίνακας 63. Διάρκεια διακοπής προπόνησης λόγω της πιο πρόσφατης νόσησης.

	Αριθμός που διέκοψε		Λιγότερο από 1 εβδομάδα		Λιγότερο από 1 μήνα		Λιγότερο από 3 μήνες	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	5	20,8%	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
2. Αιματώματα	4	16,7%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
3. Αιματώματα υπονύχια	2	8,3%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%
4. Βαθύ τραύμα	3	12,5%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
5. Ουυχόλυση	1	4,2%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
6. Ουυχομυκητίαση	2	8,3%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
7. Μυκητίαση ποδιών	1	4,2%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
11. Δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος	3	12,5%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	1	4,2%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
16. Ψωρίαση	2	8,3%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%
18. Πομφόλυγες	4	16,7%	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
19. Ηλιακό έγκαυμα	3	12,5%	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%
20. Έγκαυμα από τριβή	3	12,5%	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	1	4,2%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
28. Μυρμηκίες	1	4,2%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 63 παρατηρείται:

Το 20,8% του δείγματος των καθήμενων αθλητών ΑΜΕΑ να έχει διακόψει την προπόνηση, λόγω των επιφανειακών τραυμάτων (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)

Το 16,7% λόγω πομφολύγων ή αιματωμάτων

Το 12,5% λόγω ηλιακού εγκαύματος, εγκαύματος από τριβή, δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος ή από βαθύ τραύμα.



Πίνακας 64. Επίσκεψη σε δερματολόγο ή χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων κατά την εκδήλωση της δερματοπάθειας;

	Σύνολο απαντήσεων		Δεν επισκέφτηκα δερματολόγο		Επίσκεψη σε δερματολόγο		Επίσκεψη σε δερματολόγο, Λήψη φαρμακευτικής αγωγής		Λήψη φαρμακευτικής αγωγής, Δεν επισκέφτηκα δερματολόγο	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	9	37,5%	6	66,7%	3	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
2. Αιματώματα	5	20,8%	1	20,0%	2	40,0%	1	20,0%	1	20,0%
3. Αιματώματα υπονύχια	3	12,5%	2	66,7%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
4. Βαθύ τραύμα	3	12,5%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	66,7%
5. Ονυχόλυση	2	8,3%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
6. Ονυχομυκητίαση	6	25,0%	2	33,3%	0	0,0%	4	66,7%	0	0,0%
7. Μυκητίαση ποδιών	8	33,3%	0	0,0%	3	37,5%	5	62,5%	0	0,0%
8. Μυκητίαση χεριών	4	16,7%	2	50,0%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	2	8,3%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
11. Δερματίτιδα από tape, προστατευτικά σώματος	2	8,3%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
12. Έκζεμα χεριών	3	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
13. Ξηρότητα/ Ξηροδερμία	5	20,8%	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%
14. Θυλακίτιδα	1	4,2%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	2	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%
16. Ψωρίαση	3	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%
18. Πομφόλυγες	4	16,7%	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%

19. Ηλιακό έγκαυμα	5	20,8%	3	60,0%	1	20,0%	1	20,0%	0	0,0%
20. Έγκαυμα από τριβή	6	25,0%	2	33,3%	1	16,7%	2	33,3%	1	16,7%
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	2	8,3%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	4	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%
28. Μυρμηκίες	2	8,3%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 64 παρατηρείται:

Δεν επισκέφτηκε δερματολόγο

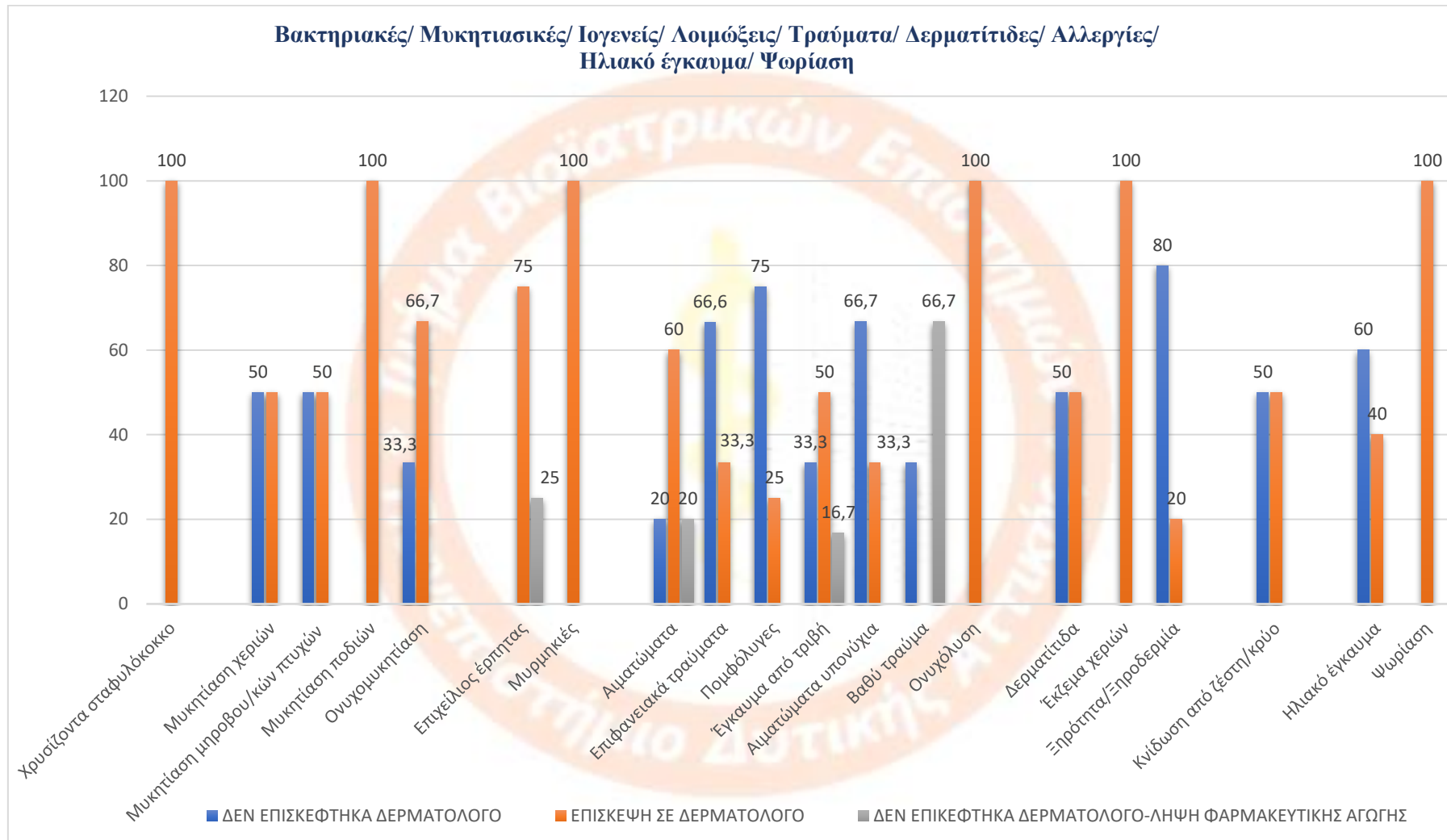
το 80% για την ξηρότητα/ξηροδερμία, το 75% για πομφόλυγες, το 66,6% για τα επιφανειακά τραύματα και τα υπονύχια αιματώματα, το 50% για μυκητίαση χεριών, το 50% για μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών και δερματίτιδας από tape και προστατευτικά σώματος, το 33,3% για έγκαυμα από τριβή.

Επίσκεψη σε δερματολόγο, χρήση φαρμακευτικής αγωγής

το 100% του δείγματος για έκζεμα χεριών, το 100% για λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, το 100% για ψωρίαση, το 75% για επιχείλιο έρπητα/απλό έρπητα, το 66,7% για ονχομυκητίαση

το 62,5% για μυκητίαση ποδιών, το 50% για μυκητίαση χεριών και μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών, το 33,3% για έγκαυμα από τριβή.

Γράφημα 18. Επίσκεψη σε δερματολόγο / χρήση φαρμάκων (Ποσοστά επί %).



7.5 Επαγωγική στατιστική

Πίνακας 65. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Φύλο								X ² (1)	P
	Γυναίκες				Ανδρες					
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι			
N	%	N	%	N	%	N	%			
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	178	39,0%	278	61,0%	105	31,9%	224	68,1%	4,203	,040
2. Αιματώματα	288	63,2%	168	36,8%	209	63,5%	120	36,5%	,011	,916
3. Αιματώματα υπονύχια	336	73,7%	120	26,3%	225	68,4%	104	31,6%	2,628	,105
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	300	65,8%	156	34,2%	218	66,3%	111	33,7%	,019	,890
5. Ονυχόλυση	344	75,4%	112	24,6%	230	69,9%	99	30,1%	2,973	,085
6. Ονυχομυκητίαση	388	85,1%	68	14,9%	279	84,8%	50	15,2%	,012	,912
7. Μυκητίαση ποδιών	353	77,4%	103	22,6%	213	64,7%	116	35,3%	15,253	,000
8. Μυκητίαση χεριών	406	89,0%	50	11,0%	272	82,7%	57	17,3%	6,567	,010
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	386	84,6%	70	15,4%	281	85,4%	48	14,6%	,087	,768
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	398	87,3%	58	12,7%	275	83,6%	54	16,4%	2,132	,144
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	351	77,0%	105	23,0%	243	73,9%	86	26,1%	1,006	,316
12. Έκζεμα χεριών	378	82,9%	78	17,1%	254	77,2%	75	22,8%	3,945	,047
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	277	60,7%	179	39,3%	205	62,3%	124	37,7%	,197	,657
14. Θυλακίτιδα	355	77,9%	101	22,1%	242	73,6%	87	26,4%	1,935	,164
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	362	79,4%	94	20,6%	241	73,3%	88	26,7%	4,037	,045

16. Ψωρίαση	419	91,9%	37	8,1%	285	86,6%	44	13,4%	5,714	,017
17. Φθειρίαση	344	75,4%	112	24,6%	253	76,9%	76	23,1%	,224	,636
18. Πομφόλυγες	362	79,4%	94	20,6%	252	76,6%	77	23,4%	,873	,350
19. Ηλιακό έγκαυμα	256	56,1%	200	43,9%	165	50,2%	164	49,8%	2,756	,097
20. Έγκαυμα από τριβή	233	51,1%	223	48,9%	160	48,6%	169	51,4%	,464	,496
21. Ακμή	304	66,7%	152	33,3%	241	73,3%	88	26,7%	3,905	,048
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	364	79,8%	92	20,2%	261	79,3%	68	20,7%	,029	,866
23. Αναφυλαξία	413	90,6%	43	9,4%	283	86,0%	46	14,0%	3,939	,047
24. Επιχειλίου έρπητας/απλός έρπητας	342	75,0%	114	25,0%	222	67,5%	107	32,5%	5,347	,021
25. Έρπητας ζωστήρας	412	90,4%	44	9,6%	267	81,2%	62	18,8%	13,837	,000
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	422	92,5%	34	7,5%	265	80,5%	64	19,5%	25,175	,000
27. Μολυσματική τέρμινθος	404	88,6%	52	11,4%	253	76,9%	76	23,1%	19,160	,000
28. Μυρμηκίες	385	84,4%	71	15,6%	234	71,1%	95	28,9%	20,290	,000
29. Ψώρα	428	93,9%	28	6,1%	295	89,7%	34	10,3%	4,621	,032
30. Οξυτενή κονδυλώματα	416	91,2%	40	8,8%	261	79,3%	68	20,7%	22,797	,000

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 65 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Οι άνδρες έναντι των γυναικών, εμφάνισαν μεγαλύτερη συχνότητα δερματολογικών νοσημάτων που αφορούσε:

την μυκητίαση ποδιών

35,3% έναντι 22,6%, OR = 1,56, για τους άνδρες είναι κατά 1,56 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν μυκητίαση στα πόδια

την μυκητίαση χεριών

17,3% έναντι 11% OR=1,57, για τους άνδρες είναι κατά 1,57 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν μυκητίαση στα χέρια

τα επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)

68,1% έναντι 61,1% OR = 1,11, για τους άνδρες είναι κατά 1,11 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα

τη ψωρίαση

13,4% έναντι 8,1%, OR =1,65, για τους άνδρες είναι κατά 1,65 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν ψωρίαση

το έκζεμα

22,8% έναντι 17,1%, OR =1,33, για τους άνδρες είναι κατά 1,33 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν έκζεμα

τη λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο

26,7% έναντι 20,6%, OR=1,29, για τους άνδρες είναι κατά 1,29 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο

την αναφυλαξία

14,0% έναντι 9,4%, OR = 1,48, για τους άνδρες είναι κατά 1,48 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν αναφυλαξία

τον επιχείλιο έρπητα/απλός έρπητας

32,5% έναντι 25,0%, OR = 1,3 για τους άνδρες είναι κατά 1,30 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν επιχείλιο έρπητα

τον έρπητα ζωστήρα

18,8% έναντι 9,6%, OR = 1,95, για τους άνδρες είναι κατά 1,95 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν έρπητα ζωστήρα

τον έρπητα γεννητικών οργάνων

19,5% έναντι 7,5%, OR = 2,6 για τους άνδρες είναι κατά 2,60 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν έρπητα των γεννητικών οργάνων

την μολυσματική τέρμινθο

23,1% έναντι 11,4%, OR = 2,02 για τους άνδρες είναι κατά 2,02 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν μολυσματική τέρμινθο

τις μυρμηκιές

28,9% έναντι 15,6%, OR = 1,85 για τους άνδρες είναι κατά 1,85 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν μυρμηκιές

τη ψώρα

10,3% έναντι 6,1%, OR = 1,68 για τους άνδρες είναι κατά 1,68 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν ψώρα

τα κονδυλώματα

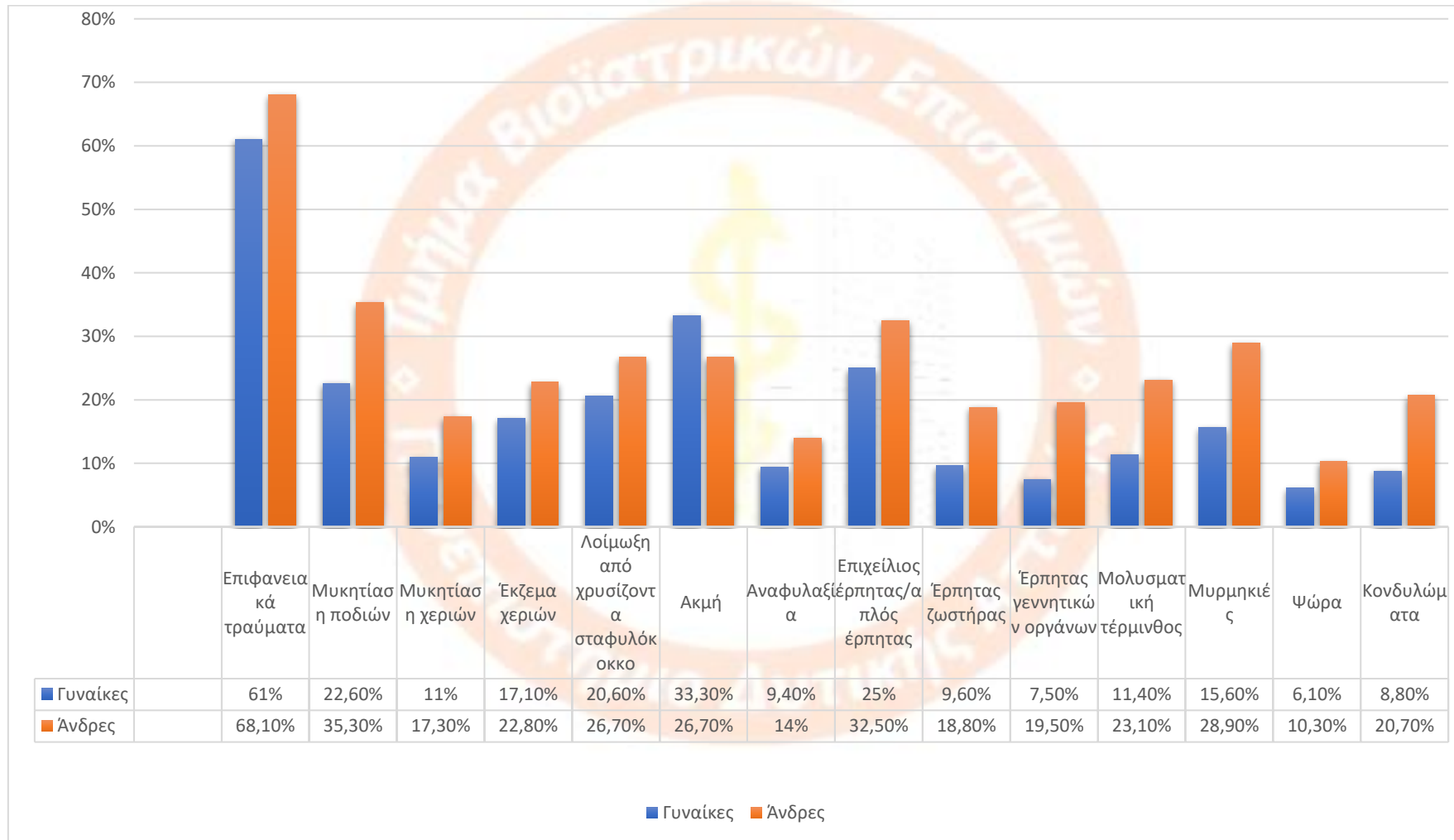
20,7% έναντι 8,8%, OR = 2,35 για τους άνδρες είναι κατά 2,35 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των γυναικών να εμφανίσουν κονδυλώματα

Οι γυναίκες έναντι των ανδρών εμφάνισαν

υψηλότερο ποσοστό ακμής, 33,3% έναντι 26,7%, OR = 1,25, για τις γυναίκες είναι κατά 1,25 φορές περισσότερο πιθανό έναντι των ανδρών να εμφανίσουν ακμή



Γράφημα 19. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.



Πίνακας 66. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών βαθμού χρήσης αντηλιακού και συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;												X ² (2)	p
	Μερικές φορές				Πάντα				Ποτέ					
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	140	36,3	246	63,7	122	38,6	194	61,4	21	25,3	62	74,7%	5,064	,079
2. Αιματώματα	237	61,4	149	38,6	209	66,1	107	33,9	51	61,4	32	38,6%	1,820	,403
3. Αιματώματα υπονύχια	269	69,7	117	30,3	233	73,7	83	26,3	59	71,1	24	28,9%	1,401	,496
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	248	64,2	138	35,8	216	68,4	100	31,6	54	65,1	29	34,9%	1,341	,512
5. Ονυχόλυση	280	72,5	106	27,5	238	75,3	78	24,7	56	67,5	27	32,5%	2,190	,335
6. Ονχομυκητίαση	336	87,0	50	13,0	261	82,6	55	17,4	70	84,3	13	15,7%	2,725	,256
7. Μυκητίαση ποδιών	274	71,0	112	29,0	233	73,7	83	26,3	59	71,1	24	28,9%	,701	,704
8. Μυκητίαση χεριών	330	85,5	56	14,5	280	88,6	36	11,4	68	81,9	15	18,1%	2,988	,224
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	330	85,5	56	14,5	269	85,1	47	14,9	68	81,9	15	18,1%	,690	,708
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	327	84,7	59	15,3	279	88,3	37	11,7	67	80,7	16	19,3%	3,721	,156
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	280	72,5	106	27,5	252	79,7	64	20,3	62	74,7	21	25,3%	4,951	,084
12. Έκζεμα χεριών	310	80,3	76	19,7	259	82,0	57	18,0	63	75,9	20	24,1%	1,557	,459

13. Ξηρότητα / Ξηροδερμία	235	60,9	151	39,1	196	62,0	120	38,0	51	61,4	32	38,6%	,096	,953
14. Θυλακίτιδα	297	76,9	89	23,1	238	75,3	78	24,7	62	74,7	21	25,3%	,346	,841
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	295	76,4	91	23,6	243	76,9	73	23,1	65	78,3	18	21,7%	,139	,933
16. Ψωρίαση	348	90,2	38	9,8	288	91,1	28	8,9	68	81,9	15	18,1%	6,212	,045
17. Φθειρίαση	302	78,2	84	21,8	239	75,6	77	24,4	56	67,5	27	32,5%	4,400	,111
18. Πομφόλυγες	305	79,0	81	21,0	251	79,4	65	20,6	58	69,9	25	30,1%	3,804	,149
19. Ηλιακό έγκαυμα	195	50,5	191	49,5	192	60,8	124	39,2	34	41,0	49	59,0%	13,31	,001
20. Έγκαυμα από τριβή	199	51,6	187	48,4	157	49,7	159	50,3	37	44,6	46	55,4%	1,360	,507
21. Ακμή	267	69,2	119	30,8	223	70,6	93	29,4	55	66,3	28	33,7%	,597	,742
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	313	81,1	73	18,9	253	80,1	63	19,9	59	71,1	24	28,9%	4,277	,118
23. Αναφυλαξία	344	89,1	42	10,9	282	89,2	34	10,8	70	84,3	13	15,7%	1,730	,421
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	274	71,0	112	29,0	236	74,7	80	25,3	54	65,1	29	34,9%	3,289	,193
25. Έρπητας ζωστήρας	337	87,3	49	12,7	277	87,7	39	12,3	65	78,3	18	21,7%	5,340	,069
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	336	87,0	50	13,0	285	90,2	31	9,8	66	79,5	17	20,5%	7,005	,030
27. Μολυσματική τέρμινθος	320	82,9	66	17,1	274	86,7	42	13,3	63	75,9	20	24,1%	5,973	,050
28. Μυρμηκίες	303	78,5	83	21,5	258	81,6	58	18,4	58	69,9	25	30,1%	5,515	,063
29. Ψώρα	356	92,2	30	7,8	295	93,4	21	6,6	72	86,7	11	13,3%	3,962	,138

30. Οξυτενή κονδυλώματα	340	88,1	46	11,9	274	86,7	42	13,3	63	75,9	20	24,1%	8,637	,013
----------------------------	-----	------	----	------	-----	------	----	------	----	------	----	-------	-------	-------------

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 66 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές δεν έκαναν ποτέ χρήση αντηλιακού εμφάνισαν:

Υψηλότερο ποσοστό ψωρίασης

9,8% μερικές φορές, OR = 1,85, 8,9% πάντα OR = 2,03, έναντι 18,1% ποτέ. Για όσους δεν έκαναν ποτέ χρήση του αντηλιακού είναι 1,85 φορές πιο πιθανό έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν μερικές φορές και 2,03 έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν πάντα, να εμφανίσουν ψωρίαση.

Υψηλότερο ποσοστό ηλιακού εγκαύματος

49,5% μερικές φορές, 39,2% πάντα, έναντι 59,0% ποτέ, OR = 1,19 σε σχέση με το μερικές φορές, OR = 1,51 σε σχέση με το πάντα. Για όσους δεν έκαναν ποτέ χρήση του αντηλιακού είναι 1,19 φορές πιο πιθανό έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν μερικές φορές και 1,51 έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν πάντα, να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα

Υψηλότερο ποσοστό οξυτενών κονδυλωμάτων

11,9% μερικές φορές, 13,3% πάντα, έναντι 24,1% ποτέ, OR = 2,03 σε σχέση με το μερικές φορές, OR = 1,81 σε σχέση με το πάντα. Για όσους δεν έκαναν ποτέ χρήση του αντηλιακού είναι 2,03 φορές πιο πιθανό έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν μερικές φορές και 1,81 έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν πάντα, να εμφανίσουν κονδυλώματα

Υψηλότερο ποσοστό έρπητα γεννητικών οργάνων

13,% μερικές φορές, 9,8% πάντα έναντι 20,5% ποτέ, OR = 1,57 σε σχέση με το μερικές φορές, OR = 2,09 σε σχέση με το πάντα.

Για όσους δεν έκαναν ποτέ χρήση του αντηλιακού είναι 1,57 φορές πιο πιθανό έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν μερικές φορές και 2,09 έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν πάντα, να εμφανίσουν έρπητα γεννητικών οργάνων. ($p < .05$).

Πίνακας 67. Διαφορές μεταξύ της προπόνησης το καλοκαίρι και της περιόδου εκτός καλοκαιριού ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Προπόνηση εκτός καλοκαιριού				Καλοκαίρι				X ² (1)	p
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	47	35,3%	86	64,7%	236	36,2%	416	63,8%	,035	,851
2. Αιματώματα	86	64,7%	47	35,3%	411	63,0%	241	37,0%	,126	,723
3. Αιματώματα υποπόδια	99	74,4%	34	25,6%	462	70,9%	190	29,1%	,693	,405
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	88	66,2%	45	33,8%	430	66,0%	222	34,0%	,002	,962
5. Ονυχόλυση	95	71,4%	38	28,6%	479	73,5%	173	26,5%	,233	,629
6. Ονυχομυκητίαση	111	83,5%	22	16,5%	556	85,3%	96	14,7%	,286	,593
7. Μυκητίαση ποδιών	94	70,7%	39	29,3%	472	72,4%	180	27,6%	,162	,688
8. Μυκητίαση χεριών	115	86,5%	18	13,5%	563	86,3%	89	13,7%	,001	,972
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	113	85,0%	20	15,0%	554	85,0%	98	15,0%	,000	,998
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	113	85,0%	20	15,0%	560	85,9%	92	14,1%	,078	,781
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	84	63,2%	49	36,8%	510	78,2%	142	21,8%	13,614	,000
12. Έκζεμα χεριών	101	75,9%	32	24,1%	531	81,4%	121	18,6%	2,131	,144
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	92	69,2%	41	30,8%	390	59,8%	262	40,2%	4,081	,043
14. Θυλακίτιδα	103	77,4%	30	22,6%	494	75,8%	158	24,2%	,171	,680
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	112	84,2%	21	15,8%	491	75,3%	161	24,7%	4,917	,027
16. Ψωρίαση	117	88,0%	16	12,0%	587	90,0%	65	10,0%	,507	,476

17. Φθειρίαση	100	75,2%	33	24,8%	497	76,2%	155	23,8%	,065	,798
18. Πομφόλυγες	101	75,9%	32	24,1%	513	78,7%	139	21,3%	,487	,485
19. Ηλιακό έγκαυμα	91	68,4%	42	31,6%	330	50,6%	322	49,4%	14,086	,000
20. Έγκαυμα από τριβή	71	53,4%	62	46,6%	322	49,4%	330	50,6%	,706	,401
21. Ακμή	86	64,7%	47	35,3%	459	70,4%	193	29,6%	1,713	,191
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	101	75,9%	32	24,1%	524	80,4%	128	19,6%	1,335	,248
23. Αναφυλαξία	114	85,7%	19	14,3%	582	89,3%	70	10,7%	1,385	,239
24. Επιχειλίσιος έρπητας/απλός έρπητας	99	74,4%	34	25,6%	465	71,3%	187	28,7%	,531	,466
25. Έρπητας ζωστήρας	117	88,0%	16	12,0%	562	86,2%	90	13,8%	,298	,585
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	120	90,2%	13	9,8%	567	87,0%	85	13,0%	1,076	,300
27. Μολυσματική τέρμινθος	118	88,7%	15	11,3%	539	82,7%	113	17,3%	2,966	,085
28. Μυρμηκίες	114	85,7%	19	14,3%	505	77,5%	147	22,5%	4,520	,033
29. Ψώρα	121	91,0%	12	9,0%	602	92,3%	50	7,7%	,278	,598
30. Οξυτενή κονδυλώματα	117	88,0%	16	12,0%	560	85,9%	92	14,1%	,403	,526

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 67 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι:

Εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό ξηρότητας

40,2% έναντι 30,8% OR = 1,31. Είναι 1,31 φορές πιο πιθανό έναντι όσων έκαναν προπόνηση άλλη εποχή του έτους να εμφανίσουν ξηρότητα.

Υψηλότερο ποσοστό λοίμωξης από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο

24,7% έναντι 15,8% OR = 1,56. Είναι 1,56 φορές πιο πιθανό έναντι όσων έκαναν προπόνηση άλλη εποχή του έτους να εμφανίσουν δερματική λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

Υψηλότερο ποσοστό ηλιακού εγκαύματος

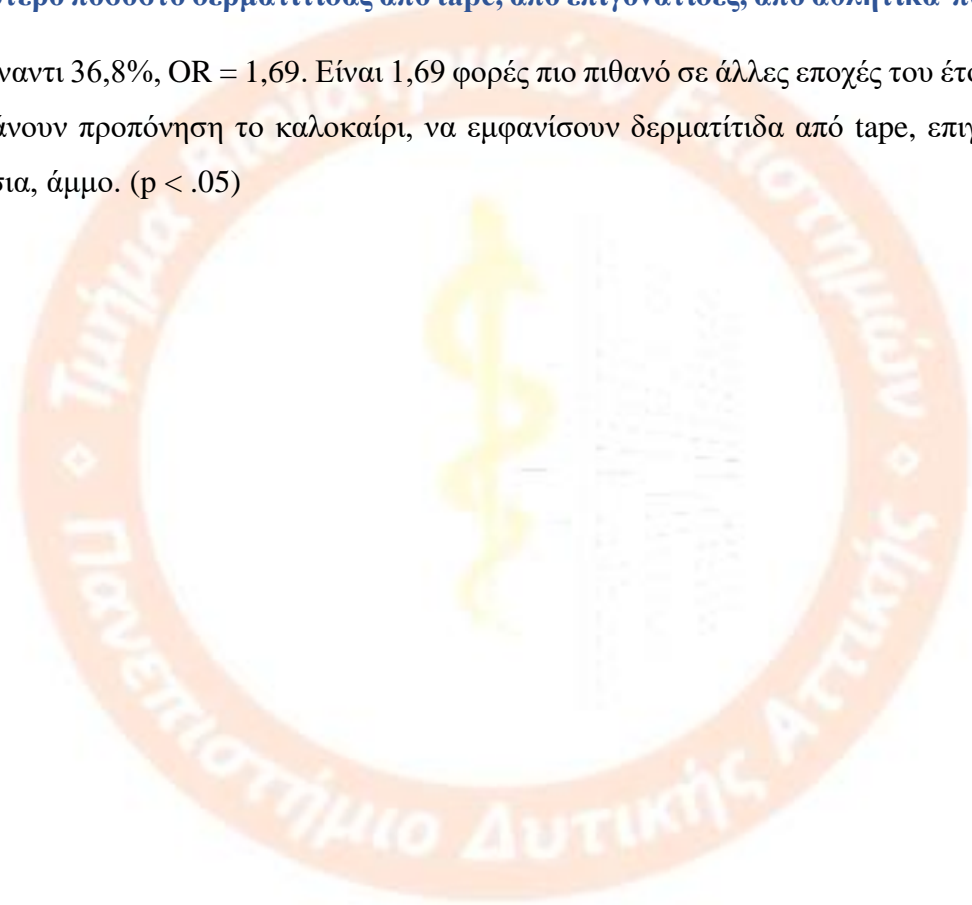
49,4% έναντι 31,6%, OR = 1,56. Είναι 1,56 φορές πιο πιθανό έναντι όσων έκαναν προπόνηση άλλη εποχή του έτους να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα.

Υψηλότερο ποσοστό μυρμηκιών

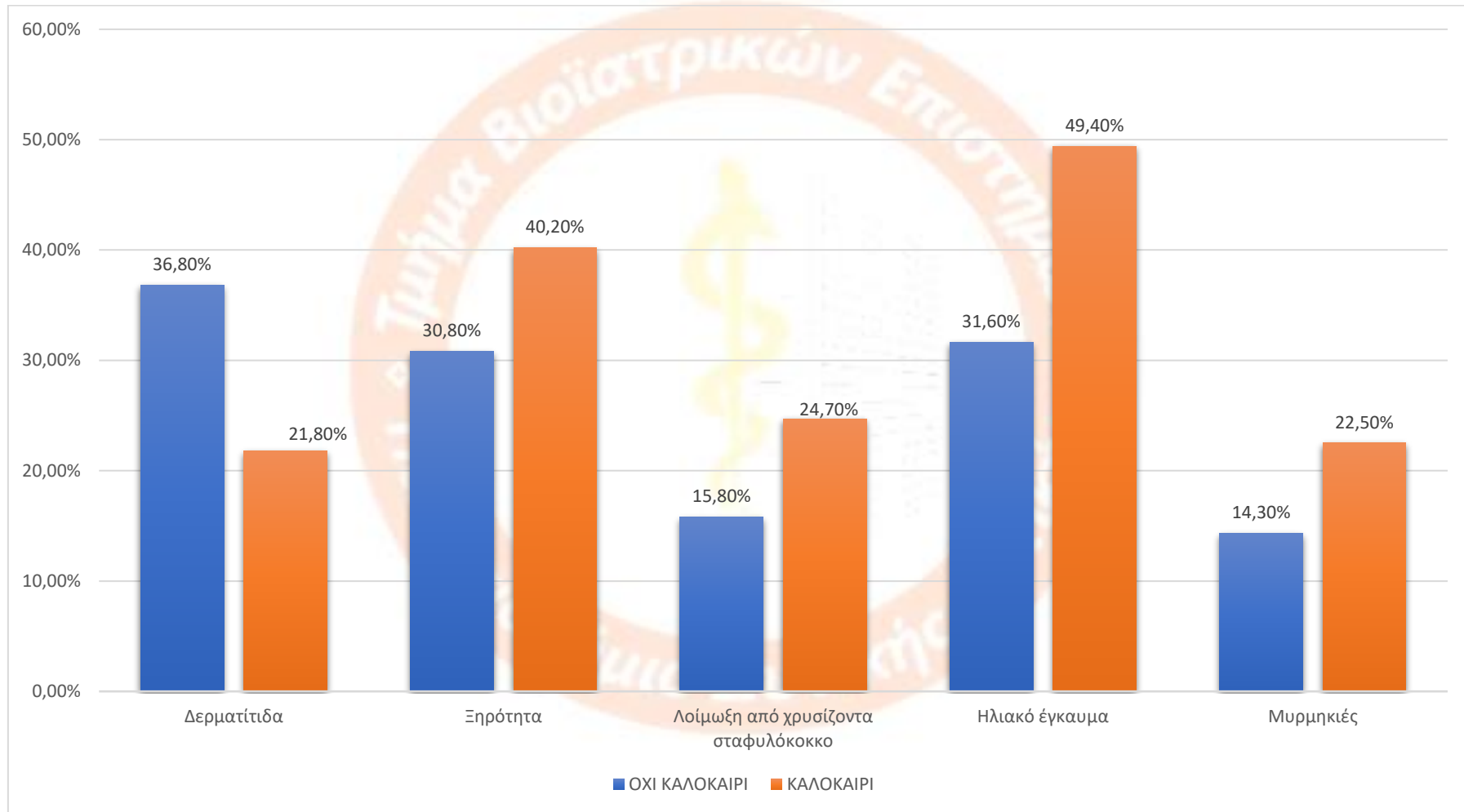
22,5% έναντι 14,3%, OR = 1,57. Είναι 1,57 φορές πιο πιθανό να εκδηλωθούν μυρμηκιές το καλοκαίρι έναντι όσων κάνουν προπόνηση άλλη εποχή του έτους ($p < .05$).

Χαμηλότερο ποσοστό δερματίτιδας από ταπε, από επιγονατίδες, από αθλητικά παπούτσια

21,8% έναντι 36,8%, OR = 1,69. Είναι 1,69 φορές πιο πιθανό σε άλλες εποχές του έτους έναντι όσων κάνουν προπόνηση το καλοκαίρι, να εμφανίσουν δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο. ($p < .05$)



Γράφημα 20. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων μεταξύ της προπόνησης το καλοκαίρι και της περιόδου εκτός καλοκαιριού.



Πίνακας 68. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών τάπητα που πραγματοποιούνται προπονήσεις ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Άλλο		Θαλάσσης		Χαλαζιακή		X ² (2)	p						
	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι	Ναι								
	N	%	N	%	N	%								
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	23	34,8%	43	65,2%	96	40,7%	140	59,3%	63	31,8%	135	68,2%	3,730	,155
2. Αιματώματα	35	53,0%	31	47,0%	150	63,6%	86	36,4%	112	56,6%	86	43,4%	3,463	,177
3. Αιματώματα υπονύχια	46	69,7%	20	30,3%	148	62,7%	88	37,3%	136	68,7%	62	31,3%	2,176	,337
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	39	59,1%	27	40,9%	153	64,8%	83	35,2%	123	62,1%	75	37,9%	,838	,658
5. Ονυχόλυση	40	60,6%	26	39,4%	174	73,7%	62	26,3%	135	68,2%	63	31,8%	4,621	,099
6. Ονυχομυκητίαση	50	75,8%	16	24,2%	196	83,1%	40	16,9%	166	83,8%	32	16,2%	2,359	,307
7. Μυκητίαση ποδιών	50	75,8%	16	24,2%	145	61,4%	91	38,6%	146	73,7%	52	26,3%	9,509	,009
8. Μυκητίαση χεριών	55	83,3%	11	16,7%	198	83,9%	38	16,1%	164	82,8%	34	17,2%	,089	,956
9. Μυκητίαση μηροβουβονικών πτυχών	56	84,8%	10	15,2%	191	80,9%	45	19,1%	165	83,3%	33	16,7%	,742	,690
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	53	80,3%	13	19,7%	194	82,2%	42	17,8%	165	83,3%	33	16,7%	,325	,850
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	48	72,7%	18	27,3%	178	75,4%	58	24,6%	152	76,8%	46	23,2%	,446	,800
12. Έκζεμα χεριών	50	75,8%	16	24,2%	189	80,1%	47	19,9%	153	77,3%	45	22,7%	,816	,665
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	35	53,0%	31	47,0%	130	55,1%	106	44,9%	111	56,1%	87	43,9%	,186	,911
14. Θυλακίτιδα	47	71,2%	19	28,8%	166	70,3%	70	29,7%	144	72,7%	54	27,3%	,302	,860

15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	51	77,3%	15	22,7%	163	69,1%	73	30,9%	151	76,3%	47	23,7%	3,532	,171
16. Ψωρίαση	54	81,8%	12	18,2%	211	89,4%	25	10,6%	172	86,9%	26	13,1%	2,781	,249
17. Φθειρίαση	42	63,6%	24	36,4%	169	71,6%	67	28,4%	147	74,2%	51	25,8%	2,738	,254
18. Πομφόλυγες	46	69,7%	20	30,3%	176	74,6%	60	25,4%	148	74,7%	50	25,3%	,733	,693
19. Ηλιακό έγκαυμα	32	48,5%	34	51,5%	113	47,9%	123	52,1%	90	45,5%	108	54,5%	,322	,851
20. Έγκαυμα από τριβή	25	37,9%	41	62,1%	114	48,3%	122	51,7%	103	52,0%	95	48,0%	3,965	,138
21. Ακμή	38	57,6%	28	42,4%	157	66,5%	79	33,5%	139	70,2%	59	29,8%	3,573	,168
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	44	66,7%	22	33,3%	183	77,5%	53	22,5%	158	79,8%	40	20,2%	4,894	,087
23. Αναφυλαξία	55	83,3%	11	16,7%	209	88,6%	27	11,4%	168	84,8%	30	15,2%	1,870	,393
24. Επιχειλίσιος έρπητας/ απλός έρπητας	46	69,7%	20	30,3%	162	68,6%	74	31,4%	141	71,2%	57	28,8%	,337	,845
25. Έρπητας ζωστήρας	56	84,8%	10	15,2%	206	87,3%	30	12,7%	164	82,8%	34	17,2%	1,706	,426
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	58	87,9%	8	12,1%	207	87,7%	29	12,3%	171	86,4%	27	13,6%	,207	,902
27. Μολυσματική τέρμινθος	57	86,4%	9	13,6%	196	83,1%	40	16,9%	166	83,8%	32	16,2%	,417	,812
28. Μυρμηκίες	52	78,8%	14	21,2%	184	78,0%	52	22,0%	154	77,8%	44	22,2%	,030	,985
29. Ψώρα	57	86,4%	9	13,6%	217	91,9%	19	8,1%	176	88,9%	22	11,1%	2,238	,327
30. Οξυτενή κονδυλώματα	54	81,8%	12	18,2%	200	84,7%	36	15,3%	168	84,8%	30	15,2%	,386	,825

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 68 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση σε άμμο θαλάσσης, εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό μυκητίασης ποδιών έναντι όσων κάνουν προπόνηση σε χαλαζιακή (άμμος θαλάσσης: 38,6% έναντι χαλαζιακής: 26,3%, OR = 1,46). ($p < .05$)



Πίνακας 69. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών χρονικής ενασχόλησης με το beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Χρόνια ενασχόλησης με το Beach Volley								X ² (1)	p
	Λιγότερα από 12				Περισσότερα από 12					
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	219	35,3%	402	64,7%	33	36,3%	58	63,7%	,035	,852
2. Αιματώματα	383	61,7%	238	38,3%	59	64,8%	32	35,2%	,337	,562
3. Αιματώματα υποπόδια	424	68,3%	197	31,7%	72	79,1%	19	20,9%	4,416	,036
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	401	64,6%	220	35,4%	62	68,1%	29	31,9%	,442	,506
5. Ονυχόλυση	446	71,8%	175	28,2%	70	76,9%	21	23,1%	1,036	,309
6. Ονυχομυκητίαση	521	83,9%	100	16,1%	76	83,5%	15	16,5%	,008	,927
7. Μυκητίαση ποδιών	443	71,3%	178	28,7%	66	72,5%	25	27,5%	,055	,814
8. Μυκητίαση χεριών	536	86,3%	85	13,7%	77	84,6%	14	15,4%	,191	,662
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	518	83,4%	103	16,6%	83	91,2%	8	8,8%	3,665	,056
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	520	83,7%	101	16,3%	83	91,2%	8	8,8%	3,419	,064
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	479	77,1%	142	22,9%	75	82,4%	16	17,6%	1,283	,257
12. Έκζεμα χεριών	491	79,1%	130	20,9%	80	87,9%	11	12,1%	3,911	,048
13. Ξηρότητα / Ξηροδερμία	361	58,1%	260	41,9%	62	68,1%	29	31,9%	3,291	,070
14. Θυλακίτιδα	459	73,9%	162	26,1%	76	83,5%	15	16,5%	3,919	,048

15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	463	74,6%	158	25,4%	72	79,1%	19	20,9%	,885	,347
16. Ψωρίαση	550	88,6%	71	11,4%	85	93,4%	6	6,6%	1,928	,165
17. Φθειρίαση	451	72,6%	170	27,4%	81	89,0%	10	11,0%	11,282	,001
18. Πομφόλυγες	470	75,7%	151	24,3%	75	82,4%	16	17,6%	2,004	,157
19. Ηλιακό έγκαυμα	311	50,1%	310	49,9%	44	48,4%	47	51,6%	,095	,758
20. Έγκαυμα από τριβή	289	46,5%	332	53,5%	50	54,9%	41	45,1%	2,249	,134
21. Ακμή	413	66,5%	208	33,5%	73	80,2%	18	19,8%	6,890	,009
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	485	78,1%	136	21,9%	78	85,7%	13	14,3%	2,781	,095
23. Αναφυλαξία	545	87,8%	76	12,2%	84	92,3%	7	7,7%	1,593	,207
24. Επιχείλιος έρπητας/ απλός έρπητας	432	69,6%	189	30,4%	66	72,5%	25	27,5%	,331	,565
25. Έρπητας ζωστήρας	529	85,2%	92	14,8%	79	86,8%	12	13,2%	,169	,681
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	536	86,3%	85	13,7%	80	87,9%	11	12,1%	,174	,676
27. Μολυσματική τέρμινθος	515	82,9%	106	17,1%	75	82,4%	16	17,6%	,015	,903
28. Μυρμηκίες	477	76,8%	144	23,2%	73	80,2%	18	19,8%	,525	,469
29. Ψώρα	567	91,3%	54	8,7%	85	93,4%	6	6,6%	,455	,500
30. Οξυτενή κονδυλώματα	530	85,3%	91	14,7%	76	83,5%	15	16,5%	,210	,647

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 69 και με την χρήση του ελέγχου χ^2 παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση χρονική διάρκεια μικρότερη των 12 ετών και οι οποίοι αποτελούν το 78,9% του δείγματος εμφάνισαν:

Υψηλότερο ποσοστό σε υπονύχια αιματώματα 31,7% έναντι 20,9%, OR = 1,52. Είναι 1,52 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 12 έτη να εμφανίσουν υπονύχια αιματώματα.

Υψηλότερο ποσοστό σε έκζεμα χεριών 20,9% έναντι 12,1%, OR = 1,73. Είναι 1,73 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 12 έτη να εμφανίσουν έκζεμα χεριών.

Υψηλότερο ποσοστό σε θυλακίτιδα 26,1% έναντι 16,5%, OR = 1,58. Είναι 1,58 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 12 έτη να εμφανίσουν θυλακίτιδα.

Υψηλότερο ποσοστό σε φθειρίαση τριχωτού κεφαλής 27,4% έναντι 11,0%, OR = 2,49. Είναι 2,49 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 12 έτη να εμφανίσουν φθειρίαση .

Υψηλότερο ποσοστό σε ακμή 33,5% έναντι 19,8%, OR = 1,69. Είναι 1,69 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 12 έτη να εμφανίσουν ακμή. ($p < .05$).

Πίνακας 70. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών για τον αριθμό προπονήσεων με το beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Οι εβδομαδιαίες προπονήσεις σας (beach volley)								X ² (1)	p
	<4				>4					
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	97	29,8%	229	70,2%	155	40,2%	231	59,8%	8,361	,004
2. Αιματώματα	213	65,3%	113	34,7%	229	59,3%	157	40,7%	2,713	,100
3. Αιματώματα υποπόδια	239	73,3%	87	26,7%	257	66,6%	129	33,4%	3,791	,052
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	218	66,9%	108	33,1%	245	63,5%	141	36,5%	,898	,343
5. Ονυχόλυση	246	75,5%	80	24,5%	270	69,9%	116	30,1%	2,691	,101
6. Ονυχομυκητίαση	277	85,0%	49	15,0%	320	82,9%	66	17,1%	,558	,455
7. Μυκητίαση ποδιών	254	77,9%	72	22,1%	255	66,1%	131	33,9%	12,180	,000
8. Μυκητίαση χεριών	290	89,0%	36	11,0%	323	83,7%	63	16,3%	4,113	,043
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	288	88,3%	38	11,7%	313	81,1%	73	18,9%	7,070	,008
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	286	87,7%	40	12,3%	317	82,1%	69	17,9%	4,284	,038
11. Δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	271	83,1%	55	16,9%	283	73,3%	103	26,7%	9,856	,002
12. Έκζεμα χεριών	272	83,4%	54	16,6%	299	77,5%	87	22,5%	3,972	,046
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	197	60,4%	129	39,6%	226	58,5%	160	41,5%	,259	,611
14. Θυλακίτιδα	258	79,1%	68	20,9%	277	71,8%	109	28,2%	5,152	,023

15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	265	81,3%	61	18,7%	270	69,9%	116	30,1%	12,167	,000
16. Ψωρίαση	296	90,8%	30	9,2%	339	87,8%	47	12,2%	1,620	,203
17. Φθειρίαση	247	75,8%	79	24,2%	285	73,8%	101	26,2%	,349	,554
18. Πομφόλυγες	257	78,8%	69	21,2%	288	74,6%	98	25,4%	1,756	,185
19. Ηλιακό έγκαυμα	173	53,1%	153	46,9%	182	47,2%	204	52,8%	2,475	,116
20. Έγκαυμα από τριβή	151	46,3%	175	53,7%	188	48,7%	198	51,3%	,403	,525
21. Ακμή	231	70,9%	95	29,1%	255	66,1%	131	33,9%	1,877	,171
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	255	78,2%	71	21,8%	308	79,8%	78	20,2%	,264	,607
23. Αναφυλαξία	295	90,5%	31	9,5%	334	86,5%	52	13,5%	2,694	,101
24. Επιχείλιος έρπητας /απλός έρπητας	227	69,6%	99	30,4%	271	70,2%	115	29,8%	,028	,868
25. Έρπητας ζωστήρας	281	86,2%	45	13,8%	327	84,7%	59	15,3%	,311	,577
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	278	85,3%	48	14,7%	338	87,6%	48	12,4%	,794	,373
27. Μολυσματική τέρμινθος	272	83,4%	54	16,6%	318	82,4%	68	17,6%	,138	,710
28. Μυρμηκίες	248	76,1%	78	23,9%	302	78,2%	84	21,8%	,471	,492
29. Ψώρα	303	92,9%	23	7,1%	349	90,4%	37	9,6%	1,466	,226
30. Οξυτενή κονδυλώματα	277	85,0%	49	15,0%	329	85,2%	57	14,8%	,010	,922

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 70 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση λιγότερο από 4 φορές την εβδομάδα εμφάνιζαν:

Υψηλότερο ποσοστό επιφανειακών τραυμάτων (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα) 70,2% έναντι 59,8%, OR = 1,17. Είναι 1,17 φορές πιο πιθανό, έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 4 φορές, να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα. ($p < .05$).

Χαμηλότερο ποσοστό μυκητίασης ποδιών 22,1% έναντι 33,9%, OR = 1,53. Είναι 1,53 φορές πιο πιθανό να εκδηλωθεί μυκητίαση ποδιών σε αυτούς που προπονούνται περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές.

Χαμηλότερο ποσοστό μυκητίασης χεριών 11,0% έναντι 16,3%, OR = 1,48. Είναι 1,48 φορές πιο πιθανό να εκδηλωθεί μυκητίαση χεριών σε αυτούς που προπονούνται περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές.

Χαμηλότερο ποσοστό μυκητίασης μηροβουβωνικών πτυχών 11,7% έναντι 18,9%, OR = 1,61. Είναι 1,61 φορές πιο πιθανό να αναπτυχθεί μυκητίαση μηρογεννητικών πτυχών σε αυτούς που προπονούνται περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές.

Χαμηλότερο ποσοστό ποικιλόχρου πιτυρίωσης 12,30% έναντι 17,9%, OR = 1,45. Είναι 1,45 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές να εμφανίσουν ποικιλόχρου πιτυρίαση.

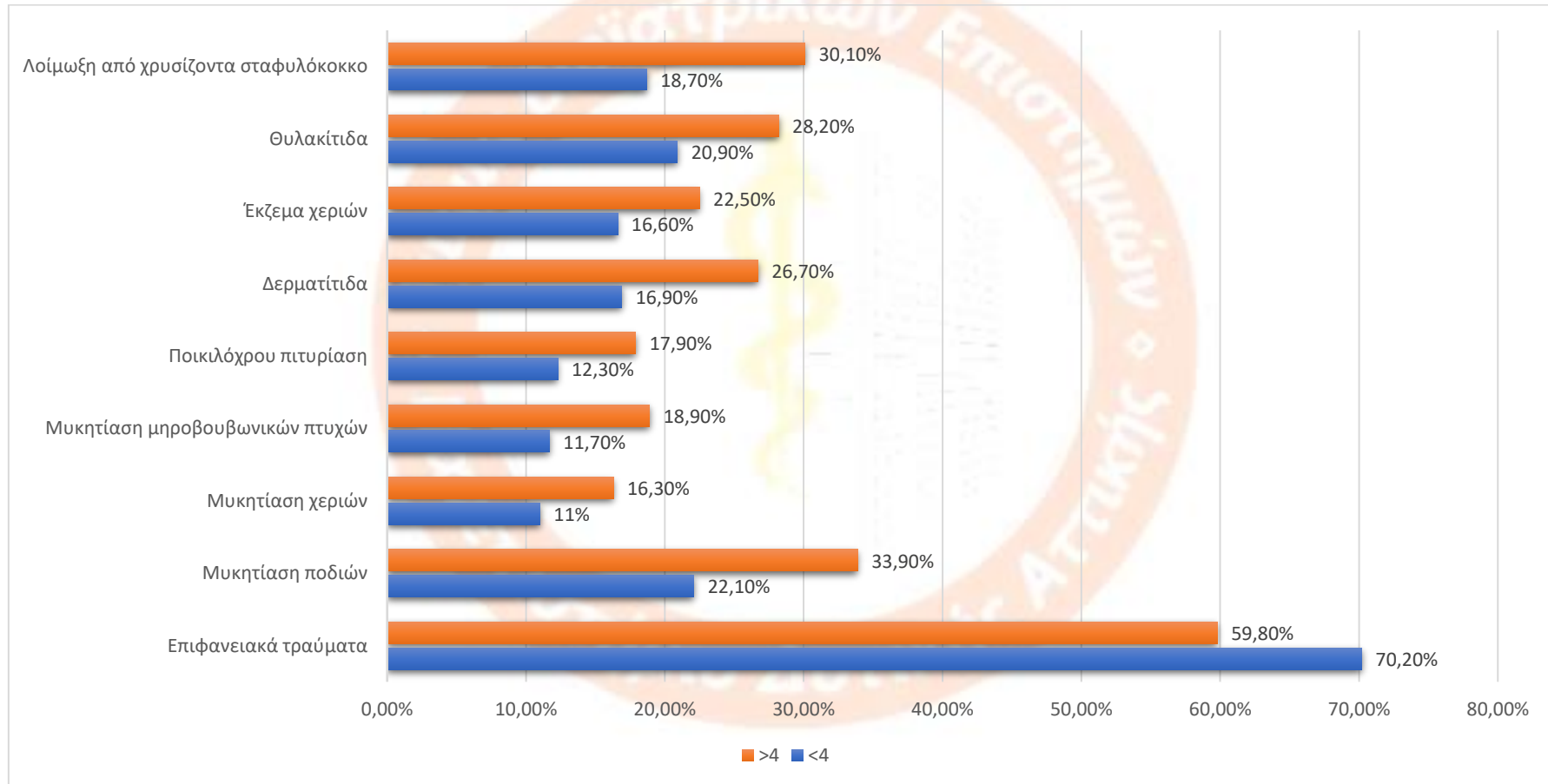
Χαμηλότερο ποσοστό δερματίτιδας από tape, από επιγονατίδες, από παπούτσια, από άμμο, 16,9% έναντι 26,7%, OR = 1,58. Είναι 1,58 φορές πιο πιθανό, έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές να εμφανίσουν δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο.

Χαμηλότερο ποσοστό εκζέματος χεριών 16,6% έναντι 22,5%, OR = 1,35. Είναι 1,35 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές, να εμφανίσουν έκζεμα χεριών.

Χαμηλότερο ποσοστό θυλακίτιδας 20,9% έναντι 28,2%, OR = 1,34. Είναι 1,34 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές να εμφανίσουν θυλακίτιδα.

Χαμηλότερο ποσοστό λοίμωξης από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, 18,7% έναντι 30,10%, OR = 1,60. Είναι 1,60 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 4 φορές να εμφανίσουν δερματική λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. ($p < .05$).

Γράφημα 21. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων σε σχέση με τις εβδομαδιαίες προπονήσεις <4 - >4 φορές την εβδομάδα.



Πίνακας 71. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών για τον μέσο όρο ωρών ημερήσιας προπόνησης στο beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Ο μέσος όρος ωρών της ημερήσιας προπόνησής σας είναι:														X ² (2)	P
	1 ή 2				Κάτω από 1				Πάνω από 2							
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι		Όχι		Ναι					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	161	34,8%	301	65,2%	5	41,7%	7	58,3%	86	36,1%	152	63,9%	,324	,851		
2. Αιματώματα	287	62,1%	175	37,9%	7	58,3%	5	41,7%	148	62,2%	90	37,8%	,073	,964		
3. Αιματώματα υποπόδια	311	67,3%	151	32,7%	9	75,0%	3	25,0%	176	73,9%	62	26,1%	3,435	,179		
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	285	61,7%	177	38,3%	8	66,7%	4	33,3%	170	71,4%	68	28,6%	6,567	,037		
5. Ονυχόλυση	325	70,3%	137	29,7%	9	75,0%	3	25,0%	182	76,5%	56	23,5%	2,992	,224		
6. Ονυχομικητίαση	382	82,7%	80	17,3%	9	75,0%	3	25,0%	206	86,6%	32	13,4%	2,443	,295		
7. Μυκητίαση ποδιών	319	69,0%	143	31,0%	10	83,3%	2	16,7%	180	75,6%	58	24,4%	4,180	,124		
8. Μυκητίαση χεριών	387	83,8%	75	16,2%	10	83,3%	2	16,7%	216	90,8%	22	9,2%	6,489	,039		
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	385	83,3%	77	16,7%	9	75,0%	3	25,0%	207	87,0%	31	13,0%	2,404	,301		
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	387	83,8%	75	16,2%	9	75,0%	3	25,0%	207	87,0%	31	13,0%	2,131	,344		
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	350	75,8%	112	24,2%	9	75,0%	3	25,0%	195	81,9%	43	18,1%	3,525	,172		
12. Έκζεμα χεριών	363	78,6%	99	21,4%	9	75,0%	3	25,0%	199	83,6%	39	16,4%	2,722	,256		
13. Ξηρότητα / Ξηροδερμία	271	58,7%	191	41,3%	7	58,3%	5	41,7%	145	60,9%	93	39,1%	,340	,843		

14. Θυλακίτιδα	339	73,4%	123	26,6%	8	66,7%	4	33,3%	188	79,0%	50	21,0%	3,120	,210
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	338	73,2%	124	26,8%	10	83,3%	2	16,7%	187	78,6%	51	21,4%	2,901	,234
16. Ψωρίαση	400	86,6%	62	13,4%	11	91,7%	1	8,3%	224	94,1%	14	5,9%	9,331	,009
17. Φθειρίαση	321	69,5%	141	30,5%	10	83,3%	2	16,7%	201	84,5%	37	15,5%	19,123	,000
18. Πομφόλυγες	337	72,9%	125	27,1%	9	75,0%	3	25,0%	199	83,6%	39	16,4%	9,977	,007
19. Ηλιακό έγκαυμα	237	51,3%	225	48,7%	8	66,7%	4	33,3%	110	46,2%	128	53,8%	3,001	,223
20. Έγκαυμα από τριβή	214	46,3%	248	53,7%	8	66,7%	4	33,3%	117	49,2%	121	50,8%	2,284	,319
21. Ακμή	310	67,1%	152	32,9%	9	75,0%	3	25,0%	167	70,2%	71	29,8%	,939	,625
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	348	75,3%	114	24,7%	11	91,7%	1	8,3%	204	85,7%	34	14,3%	11,417	,003
23. Αναφυλαξία	399	86,4%	63	13,6%	11	91,7%	1	8,3%	219	92,0%	19	8,0%	5,006	,082
24. Επιχείλιος έρπητας / απλός έρπητας	320	69,3%	142	30,7%	9	75,0%	3	25,0%	169	71,0%	69	29,0%	,376	,829
25. Έρπητας ζωστήρας	388	84,0%	74	16,0%	11	91,7%	1	8,3%	209	87,8%	29	12,2%	2,235	,327
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	396	85,7%	66	14,3%	11	91,7%	1	8,3%	209	87,8%	29	12,2%	,872	,647
27. Μολυσματική τέρμινθος	392	84,8%	70	15,2%	11	91,7%	1	8,3%	187	78,6%	51	21,4%	5,025	,081
28. Μυρμηκίες	356	77,1%	106	22,9%	11	91,7%	1	8,3%	183	76,9%	55	23,1%	1,446	,485
29. Ψώρα	416	90,0%	46	10,0%	11	91,7%	1	8,3%	225	94,5%	13	5,5%	4,112	,128
30. Οξυτενή κονδυλώματα	392	84,8%	70	15,2%	11	91,7%	1	8,3%	203	85,3%	35	14,7%	,438	,803

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 71 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση από 1 έως 2 ώρες ημερησίως είναι πιο πιθανή η εμφάνιση:

Βαθέως τραύματος

28,6% έναντι 38,3% με εκείνους που προπονούνται 1-2 ώρες και 33,3% με εκείνους που έκαναν προπόνηση κάτω από 1 ώρα OR = 1,15. Είναι 1,15 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα και 1,33 φορές έναντι εκείνων που κάνουν προπόνηση πάνω από 2 ώρες, να εμφανίσουν βαθύ τραύμα. ($p < .05$)

Μυκητίασης χεριών

9,2% έναντι 16,2% με εκείνους που προπονούνται 1-2 ώρες και 16,7% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα, OR = 1,81. Είναι 1,81 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα και 1,76 φορές έναντι εκείνων που κάνουν προπόνηση πάνω από 2 ώρες, να εμφανίσουν μυκητίαση χεριών. ($p < .05$)

Ψωρίασης

5,9% έναντι 13,4% με εκείνους που προπονούνται 1-2 ώρες και 8,3% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα, OR = 1,61 για 1-2 ώρες έναντι για άνω από 2 ώρες, OR = 2,27. Είναι 1,61 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα και 2,27 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 2 ώρες, να εμφανίσουν ψωρίαση. ($p < .05$)

Φθειρίασης

15,5% έναντι 30,5% με εκείνους που προπονούνται 1-2 ώρες και 16,7% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα, OR = 1,82 για 1-2 ώρες έναντι πάνω 2 ώρες, OR = 1,96. Είναι 1,82 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα και 1,96 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 2 ώρες, να εμφανίσουν ψείρες. ($p < .05$)

Πομφολύγων

16,4% έναντι 27,1% με εκείνους που προπονούνται 1-2 ώρες και 25% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα, OR = 1,52 για 1-2 ώρες έναντι πάνω 2 ώρες, OR = 1,65. Είναι 1,52 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα και 1,65 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 2 ώρες, να εμφανίσουν πομφόλυγες. ($p < .05$)

Κνίδωσης από ζέστη / κρύο

14,3% έναντι 24,7% με εκείνους που κάνουν προπόνηση 1-2 ώρες και 8,3% με εκείνους που κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα, OR = 2,97 για 1-2 ώρες έναντι πάνω από 2 ώρες, OR = 1,72. Είναι 2,97 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα και 1,72 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση πάνω από 2 ώρες να εμφανίσουν κνίδωση από ζέστη ή κρύο. ($p < .05$).



Γράφημα 22. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων σε σχέση με το χρόνο ημερήσιας προπόνησης.



Πίνακας 72. Διαφορές μεταξύ των κατηγοριών περί τήρησης κανόνων προσωπικής υγιεινής στο beach volley ως προς την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων.

	Τηρείτε τους κανόνες προσωπικής υγιεινής , χρήση ατομικής πετσέτας, σαγιονάρες									
	Μερικές φορές				Πάντα				X ² (1)	p
	Όχι		Ναι		Όχι		Ναι			
N	%	N	%	N	%	N	%			
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα)	22	25,30%	65	74,70%	226	36,50%	394	63,50%	4,176	,041
2. Αιματώματα	44	50,60%	43	49,40%	396	63,90%	224	36,10%	5,739	,017
3. Αιματώματα υπονόχια	50	57,50%	37	42,50%	441	71,10%	179	28,90%	6,707	,010
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	49	56,30%	38	43,70%	409	66,00%	211	34,00%	3,111	,078
5. Ονυχόλυση	57	65,50%	30	34,50%	456	73,50%	164	26,50%	2,472	,116
6. Ονυχομυκητίαση	70	80,50%	17	19,50%	522	84,20%	98	15,80%	,781	,377
7. Μυκητίαση ποδιών	56	64,40%	31	35,60%	449	72,40%	171	27,60%	2,424	,120
8. Μυκητίαση χεριών	70	80,50%	17	19,50%	538	86,80%	82	13,20%	2,526	,112
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	68	78,20%	19	21,80%	528	85,20%	92	14,80%	2,825	,093
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	66	75,90%	21	24,10%	534	86,10%	86	13,90%	6,262	,012
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	64	73,60%	23	26,40%	485	78,20%	135	21,80%	,956	,328
12. Έκζεμα χεριών	64	73,60%	23	26,40%	502	81,00%	118	19,00%	2,620	,106
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	40	46,00%	47	54,00%	378	61,00%	242	39,00%	7,094	,008
14. Θυλακίτιδα	58	66,70%	29	33,30%	474	76,50%	146	23,50%	3,922	,048
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	60	69,00%	27	31,00%	470	75,80%	150	24,20%	1,902	,168
16. Ψωρίαση	72	82,80%	15	17,20%	560	90,30%	60	9,70%	4,603	,032

17. Φθειρίαση	58	66,70%	29	33,30%	471	76,00%	149	24,00%	3,504	,061
18. Πομφόλυγες	57	65,50%	30	34,50%	485	78,20%	135	21,80%	6,887	,009
19. Ηλιακό έγκαυμα	34	39,10%	53	60,90%	319	51,50%	301	48,50%	4,671	,031
20. Έγκαυμα από τριβή	33	37,90%	54	62,10%	304	49,00%	316	51,00%	3,769	,052
21. Ακμή	51	58,60%	36	41,40%	432	69,70%	188	30,30%	4,309	,038
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	60	69,00%	27	31,00%	500	80,60%	120	19,40%	6,320	,012
23. Αναφυλαξία	72	82,80%	15	17,20%	552	89,00%	68	11,00%	2,898	,089
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	52	59,80%	35	40,20%	442	71,30%	178	28,70%	4,810	,028
25. Έρπητας ζωστήρας	68	78,20%	19	21,80%	535	86,30%	85	13,70%	4,019	,045
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	68	78,20%	19	21,80%	543	87,60%	77	12,40%	5,769	,016
27. Μολυσματική τέρμινθος	61	70,10%	26	29,90%	524	84,50%	96	15,50%	11,08	,001
28. Μυρμηκίες	59	67,80%	28	32,20%	487	78,50%	133	21,50%	4,997	,025
29. Ψώρα	74	85,10%	13	14,90%	573	92,40%	47	7,60%	5,324	,021
30. Οξυτενή κονδυλώματα	71	81,60%	16	18,40%	532	85,80%	88	14,20%	1,071	,301

Σημείωση: η κατηγορία «ποτέ» δεν περιελήφθηκε καθώς μόνο 5 άτομα δεν εφαρμόζαν τους κανόνες υγιεινής.

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στον πίνακα 72 και με την χρήση του ελέγχου chi square παρατηρείται ότι:

Όσοι αθλητές τηρούσαν πάντα τους κανόνες υγιεινής έναντι όσων τους τηρούσαν μερικές φορές εμφάνισαν:

Χαμηλότερο ποσοστό επιφανειακών τραυμάτων 63,5% έναντι 74,7%, OR = 1,17. Είναι 1,17 φορές πιο πιθανό, οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι εκείνων που τηρούν πάντα τους κανόνες υγιεινής, να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα.

Χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης αιματωμάτων 36,1% έναντι 49,4%, OR = 1,36. Είναι 1,36 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τηρούν πάντα τους κανόνες υγιεινής, να εμφανίσουν αιματώματα.

Χαμηλότερο ποσοστό υπονύχιων αιματωμάτων 28,9% έναντι 42,5%, OR = 1,47. Είναι 1,47 φορές πιο πιθανό, οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν αιματώματα υπονύχια.

Χαμηλότερο ποσοστό ποικιλόχρου πιτυρίασης 13,9% έναντι 24,1%, OR = 1,73. Είναι 1,73 φορές πιο πιθανό, οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν ποικιλόχρου πιτυρίαση.

Χαμηλότερο ποσοστό ξηρότητας / ξηροδερμίας 39,0% έναντι 54,0%, OR = 1,38. Είναι 1,38 φορές πιο πιθανό, οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν ξηρότητα / ξηροδερμία.

Χαμηλότερο ποσοστό θυλακίτιδας 23,5% έναντι 33,3%, OR = 1,41. Είναι 1,41 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν θυλακίτιδα.

Χαμηλότερο ποσοστό ψωρίασης 9,7% έναντι 17,2%, OR = 1,77. Είναι 1,77 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν ψωρίαση.

Χαμηλότερο ποσοστό πομφολύγων 21,8% έναντι 34,5%, OR = 1,58. Είναι 1,58 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν πομφόλυγες.

Χαμηλότερο ποσοστό ηλιακού εγκαύματος 48,5% έναντι 60,9%, OR = 1,25. Είναι 1,25 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα.

Χαμηλότερο ποσοστό ακμής 30,3% έναντι 41,4%, OR = 1,36. Είναι 1,36 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν ακμή.

Χαμηλότερο ποσοστό κνίδωσης από ζεστό / κρύο 19,4% έναντι 31,0%, OR = 1,59. Είναι 1,59 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν κνίδωση από ζεστό / κρύο.

Χαμηλότερο ποσοστό επιχείλιου έρπητας/απλού έρπητα 28,7% έναντι 40,2%, OR = 1,40. Είναι 1,40 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν επιχείλιο έρπητα / απλό έρπητα.

Χαμηλότερο ποσοστό έρπητα ζωστήρα 13,7% έναντι 21,8%, OR = 1,59. Είναι 1,59 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν έρπητα ζωστήρα.

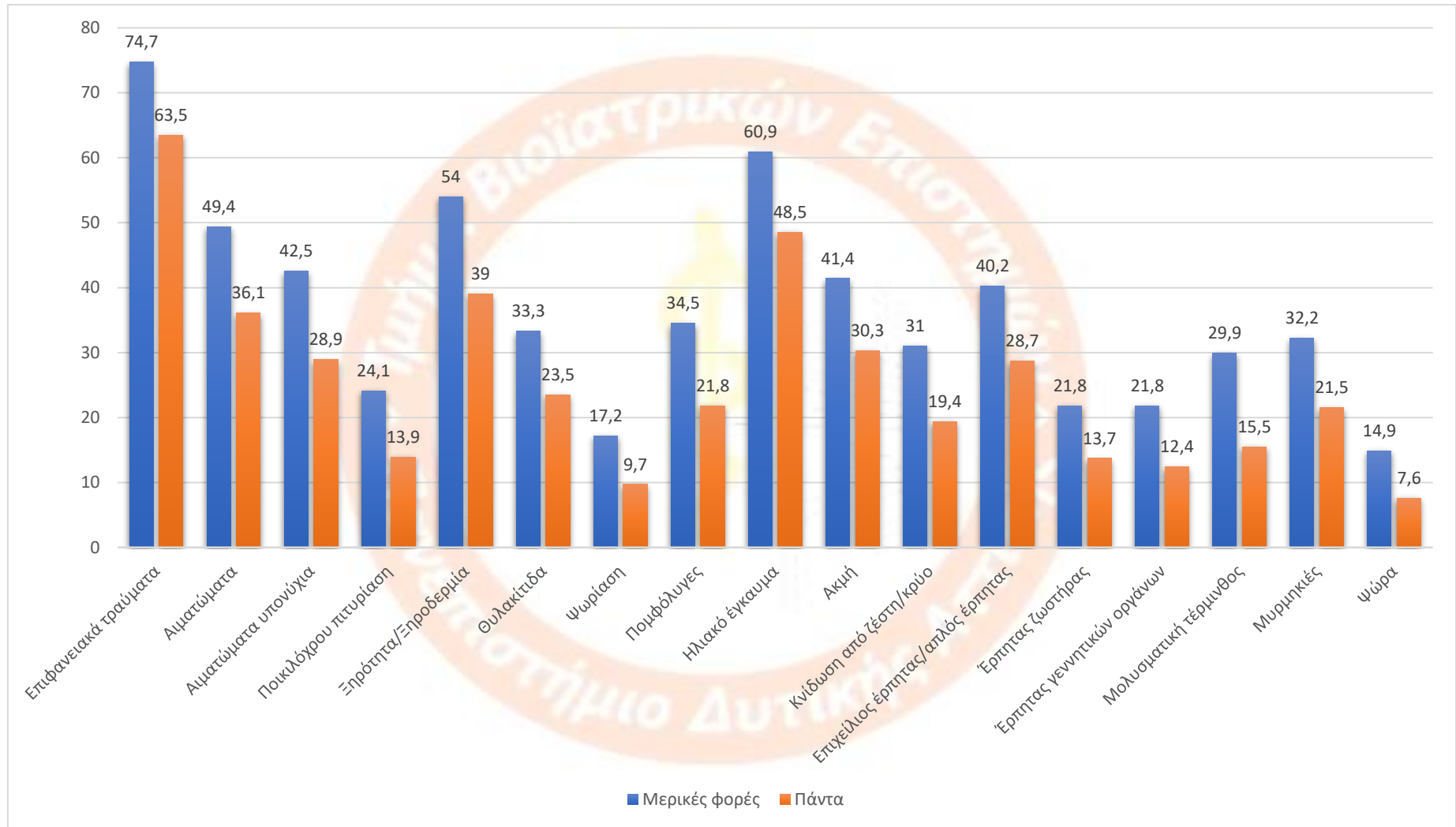
Χαμηλότερο ποσοστό έρπητα γεννητικών οργάνων 12,4% έναντι 21,8%, OR = 1,75. Είναι 1,75 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν έρπητα γεννητικών οργάνων.

Χαμηλότερο ποσοστό μολυσματικής τέρμινθο 15,5% έναντι 29,9%, OR = 1,92. Είναι 1,92 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν μολυσματική τέρμινθο.

Χαμηλότερο ποσοστό μυρμηκιών 21,5% έναντι 32,2%, OR = 1,49. Είναι 1,49 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν μυρμηκιές.

Χαμηλότερο ποσοστό ψώρας 7,6% έναντι 14,9%, OR = 1,96. Είναι 1,96 φορές πιο πιθανό οι αθλητές που δεν τηρούσαν πάντα κανόνες ατομικής υγιεινής έναντι όσων τους τηρούν πάντα, να εμφανίσουν ψώρα.

Γράφημα 23. Ποσοστά εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων σε σχέση με τη τήρηση των κανόνων υγιεινής.



Πίνακας 73. Πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς.

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	Pillai's Trace	,160	3,341 ^b	30,000	525,000	,000	,160
	Wilks' Lambda	,840	3,341 ^b	30,000	525,000	,000	,160
	Hotelling's Trace	,191	3,341 ^b	30,000	525,000	,000	,160
	Roy's Largest Root	,191	3,341 ^b	30,000	525,000	,000	,160
Ηλικία	Pillai's Trace	,082	1,562 ^b	30,000	525,000	,031	,082
	Wilks' Lambda	,918	1,562 ^b	30,000	525,000	,031	,082
	Hotelling's Trace	,089	1,562 ^b	30,000	525,000	,031	,082
	Roy's Largest Root	,089	1,562 ^b	30,000	525,000	,031	,082
Φύλο	Pillai's Trace	,115	2,270 ^b	30,000	525,000	,000	,115
	Wilks' Lambda	,885	2,270 ^b	30,000	525,000	,000	,115
	Hotelling's Trace	,130	2,270 ^b	30,000	525,000	,000	,115
	Roy's Largest Root	,130	2,270 ^b	30,000	525,000	,000	,115
Ωρες προπόνησης	Pillai's Trace	,187	1,808	60,000	1052,000	,000	,093
	Wilks' Lambda	,820	1,823 ^b	60,000	1050,000	,000	,094
	Hotelling's Trace	,210	1,838	60,000	1048,000	,000	,095
	Roy's Largest Root	,154	2,696 ^c	30,000	526,000	,000	,133
Κανόνες υγιεινής	Pillai's Trace	,048	,891 ^b	30,000	525,000	,636	,048
	Wilks' Lambda	,952	,891 ^b	30,000	525,000	,636	,048
	Hotelling's Trace	,051	,891 ^b	30,000	525,000	,636	,048
	Roy's Largest Root	,051	,891 ^b	30,000	525,000	,636	,048
Χρόνια ενασχόλησης	Pillai's Trace	,306	1,458	120,000	2112,000	,001	,077
	Wilks' Lambda	,725	1,470	120,000	2089,609	,001	,077
	Hotelling's Trace	,340	1,482	120,000	2094,000	,001	,078
	Roy's Largest Root	,145	2,548 ^c	30,000	528,000	,000	,126
Παρκέ	Pillai's Trace	,076	1,446 ^b	30,000	525,000	,061	,076
	Wilks' Lambda	,924	1,446 ^b	30,000	525,000	,061	,076
	Hotelling's Trace	,083	1,446 ^b	30,000	525,000	,061	,076
	Roy's Largest Root	,083	1,446 ^b	30,000	525,000	,061	,076

Πλαστικό	Pillai's Trace	,115	2,273 ^b	30,000	525,000	,000	,115
	Wilks' Lambda	,885	2,273 ^b	30,000	525,000	,000	,115
	Hotelling's Trace	,130	2,273 ^b	30,000	525,000	,000	,115
	Roy's Largest Root	,130	2,273 ^b	30,000	525,000	,000	,115
Τσιμέντο	Pillai's Trace	,092	1,765 ^b	30,000	525,000	,008	,092
	Wilks' Lambda	,908	1,765 ^b	30,000	525,000	,008	,092
	Hotelling's Trace	,101	1,765 ^b	30,000	525,000	,008	,092
	Roy's Largest Root	,101	1,765 ^b	30,000	525,000	,008	,092
Άμμος	Pillai's Trace	,094	1,813 ^b	30,000	525,000	,006	,094
	Wilks' Lambda	,906	1,813 ^b	30,000	525,000	,006	,094
	Hotelling's Trace	,104	1,813 ^b	30,000	525,000	,006	,094
	Roy's Largest Root	,104	1,813 ^b	30,000	525,000	,006	,094
Καλοκαίρι	Pillai's Trace	,059	1,104 ^b	30,000	525,000	,324	,059
	Wilks' Lambda	,941	1,104 ^b	30,000	525,000	,324	,059
	Hotelling's Trace	,063	1,104 ^b	30,000	525,000	,324	,059
	Roy's Largest Root	,063	1,104 ^b	30,000	525,000	,324	,059
Πριν τις 12.00	Pillai's Trace	,069	1,301 ^b	30,000	525,000	,134	,069
	Wilks' Lambda	,931	1,301 ^b	30,000	525,000	,134	,069
	Hotelling's Trace	,074	1,301 ^b	30,000	525,000	,134	,069
	Roy's Largest Root	,074	1,301 ^b	30,000	525,000	,134	,069
Μεταξύ 12.00-16.00	Pillai's Trace	,077	1,467 ^b	30,000	525,000	,054	,077
	Wilks' Lambda	,923	1,467 ^b	30,000	525,000	,054	,077
	Hotelling's Trace	,084	1,467 ^b	30,000	525,000	,054	,077
	Roy's Largest Root	,084	1,467 ^b	30,000	525,000	,054	,077
Μεταξύ 16.00-20.00	Pillai's Trace	,129	2,587 ^b	30,000	525,000	,000	,129
	Wilks' Lambda	,871	2,587 ^b	30,000	525,000	,000	,129
	Hotelling's Trace	,148	2,587 ^b	30,000	525,000	,000	,129
	Roy's Largest Root	,148	2,587 ^b	30,000	525,000	,000	,129
Μετά τις 20.00	Pillai's Trace	,043	,787 ^b	30,000	525,000	,785	,043
	Wilks' Lambda	,957	,787 ^b	30,000	525,000	,785	,043
	Hotelling's Trace	,045	,787 ^b	30,000	525,000	,785	,043

	Roy's Largest Root	,045	,787 ^b	30,000	525,000	,785	,043
Χρήση ισοθερμικών καλτσών	Pillai's Trace	,074	1,393 ^b	30,000	525,000	,083	,074
	Wilks' Lambda	,926	1,393 ^b	30,000	525,000	,083	,074
	Hotelling's Trace	,080	1,393 ^b	30,000	525,000	,083	,074
	Roy's Largest Root	,080	1,393 ^b	30,000	525,000	,083	,074

Στον πίνακα 73 παρουσιάζεται η Πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς με εξαρτημένες μεταβλητές την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία (ως covariate καθώς είναι συνεχής), την τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής, τις ώρες προπόνησης, τα χρόνια ενασχόλησης με το volley, τις κατηγορίες τάπητα που πραγματοποιούνται οι προπονήσεις, την χρήση ισοθερμικών καλτσών.

Από την ανάλυση προέκυψε ότι είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές:

το φύλο (Wilks' Lambda = .885, $F(30,525) = 2.270$, $p = .000$),

η ηλικία (Wilks' Lambda = .918, $F(30, 525) = 1.562$, $p = .031$),

τα χρόνια ενασχόλησης με το volley (Wilks' Lambda = .725, $F(30, 2089.609) = 1.470$, $p = .001$),

οι ώρες προπόνησης / εβδομάδα (Wilks' Lambda = .820, $F(30,1050.00) = 1.823$, $p = .000$),

το πλαστικό δάπεδο (Wilks' Lambda = .885, $F(30, 525.00) = 2.273$, $p = .000$),

το τσιμεντένιο δάπεδο (Wilks' Lambda = .908, $F(30, 525.00) = 1.765$, $p = .008$),

η άμμος (Wilks' Lambda = .906, $F(30, 525.000) = 1.813$, $p = .006$)

και η προπόνηση μεταξύ 16:00 - 20:00 (Wilks' Lambda = .871, $F(30, 525.000) = .871$, $p = .000$).

Δεν είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές:

οι κανόνες ατομικής υγιεινής (Wilks' Lambda = .952, $F(30, 525.00) = .891$, $p = .636$) επειδή οι περισσότεροι τηρούσαν τους κανόνες υγιεινής,

το παρκέ (Wilks' Lambda = .924, $F(30, 525.00) = 1.446$, $p = .061$),

προπόνηση το καλοκαίρι (Wilks' Lambda = .941, $F(30, 525.00) = 1.104$, $p = .324$),

προπόνηση πριν τις 12:00 (Wilks' Lambda = .931, F(30,525.000) = 1.301, p = .069),

προπόνηση μεταξύ 12:00 - 16:00 (Wilks' Lambda = .923, F(30, 525.000) = 1.467, p = .054),

προπόνηση μετά τις 20:00 (Wilks' Lambda = .957, F(30, 525.00) = .787, p = .785)

η χρήση ισοθερμικών καλτσών (Wilks' Lambda = .926, F(30, 525.000) = 1.393, p = .074).

Πίνακας 74. Πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς.

	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Φύλο						
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	1,085	1	1,085	,156	,693	,000
2. Αιματώματα	5,679	1	5,679	1,049	,306	,002
3. Αιματώματα υπονόχια	,508	1	,508	,222	,638	,000
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	8,345	1	8,345	4,046	,045	,007
5. Ονυχόλυση	,832	1	,832	,909	,341	,002
6. Ονυχομυκητίαση	,006	1	,006	,004	,949	,000
7. Μυκητίαση ποδιών	1,153	1	1,153	,911	,340	,002
8. Μυκητίαση χεριών	,911	1	,911	2,116	,146	,004
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	,024	1	,024	,085	,771	,000
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	,700	1	,700	1,559	,212	,003
11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	,175	1	,175	,143	,705	,000
12. Έκζεμα χεριών	1,835	1	1,835	,910	,340	,002
13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία	27,246	1	27,246	5,644	,018	,010
14. Θυλακίτιδα	,535	1	,535	,354	,552	,001
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	,640	1	,640	1,556	,213	,003
16. Ψωρίαση	1,595	1	1,595	5,470	,020	,010
17. Φθειρίαση	2,333	1	2,333	1,121	,290	,002
18. Πομφόλυγες	4,660	1	4,660	1,604	,206	,003
19. Ηλιακό έγκαυμα	3,506	1	3,506	,709	,400	,001
20. Έγκαυμα από τριβή	1,877	1	1,877	,264	,608	,000
21. Ακμή	25,229	1	25,229	6,352	,012	,011
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	20,072	1	20,072	7,437	,007	,013
23. Αναφυλαξία	,004	1	,004	,010	,922	,000
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	11,446	1	11,446	3,483	,063	,006
25. Έρπητας ζωστήρας	2,108	1	2,108	9,477	,002	,017
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	2,530	1	2,530	8,186	,004	,015
27. Μολυσματική τέρμινθος	5,388	1	5,388	15,361	,000	,027

28. Μυρμηκίες	2,591	1	2,591	3,618	,058	,006
29. Ψώρα	,637	1	,637	5,794	,016	,010
30. Οξυτενή κονδυλώματα	4,046	1	4,046	18,928	,000	,033

Πίνακας 74- Παράρτημα 1

	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Πλαστικό δάπεδο	17,151	1	17,151	2,554	,111	,005
1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)						
2. Αιματώματα	,153	1	,153	,029	,865	,000
3. Αιματώματα υπονύχια	1,803	1	1,803	,799	,372	,002
4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	6,267	1	6,267	3,040	,082	,006
5. Ονυχόλυση	8,175	1	8,175	9,082	,003	,017
6. Ονυχομυκητίαση	,112	1	,112	,077	,782	,000
7. Μυκητίαση ποδιών	,985	1	,985	,794	,373	,002
8. Μυκητίαση χεριών	1,567	1	1,567	3,703	,055	,007
9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	,160	1	,160	,569	,451	,001
10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	1,545	1	1,545	3,459	,063	,007
11. Δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	8,035	1	8,035	6,723	,010	,013
12. Έκζεμα χεριών	4,093	1	4,093	2,026	,155	,004
13. Ξηρότητα / Ξηροδερμία	6,150	1	6,150	1,280	,258	,002
14. Θυλακίτιδα	8,134	1	8,134	5,580	,019	,011
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	,019	1	,019	,046	,830	,000
16. Ψωρίαση	3,361	1	3,361	11,274	,001	,022
17. Φθειρίαση	20,042	1	20,042	9,657	,002	,019
18. Πομφόλυγες	10,274	1	10,274	3,557	,060	,007
19. Ηλιακό έγκαυμα	,671	1	,671	,143	,705	,000
20. Έγκαυμα από τριβή	4,283	1	4,283	,612	,435	,001
21. Ακμή	,184	1	,184	,047	,829	,000
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	2,153	1	2,153	,809	,369	,002
23. Αναφυλαξία	1,722	1	1,722	4,725	,030	,009
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	2,847	1	2,847	,859	,354	,002
25. Έρπητας ζωστήρας	,263	1	,263	1,228	,268	,002
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	,024	1	,024	,077	,781	,000
27. Μολυσματική τέρμινθος	1,083	1	1,083	3,063	,081	,006
28. Μυρμηκίες	,049	1	,049	,071	,790	,000
29. Ψώρα	,162	1	,162	1,499	,221	,003

	30. Οξυτενή κονδυλώματα	,054	1	,054	,248	,619	,000
Τσιμέντο	1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	4,035	1	4,035	,601	,439	,001
	2. Αιματώματα	,982	1	,982	,187	,666	,000
	3. Αιματώματα υπονύχια	,480	1	,480	,213	,645	,000
	4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	1,112	1	1,112	,539	,463	,001
	5. Ονυχόλυση	,384	1	,384	,426	,514	,001
	6. Ονυχομυκητίαση	,675	1	,675	,463	,496	,001
	7. Μυκητίαση ποδιών	4,200	1	4,200	3,384	,066	,007
	8. Μυκητίαση χεριών	,145	1	,145	,343	,558	,001
	9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	,087	1	,087	,310	,578	,001
	10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	,301	1	,301	,675	,412	,001
	11. Δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	1,089	1	1,089	,911	,340	,002
	12. Έκζεμα χεριών	,026	1	,026	,013	,910	,000
	13. Ξηρότητα / Ξηροδερμία	14,772	1	14,772	3,074	,080	,006
	14. Θυλακίτιδα	,198	1	,198	,136	,713	,000
	15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	1,569	1	1,569	3,851	,050	,007
	16. Ψωρίαση	3,315	1	3,315	11,121	,001	,021
	17. Φθειρίαση	,346	1	,346	,167	,683	,000
	18. Πομφόλυγες	1,746	1	1,746	,605	,437	,001
	19. Ηλιακό έγκαυμα	,028	1	,028	,006	,939	,000
	20. Έγκαυμα από τριβή	8,929	1	8,929	1,275	,259	,002
	21. Ακμή	2,998	1	2,998	,758	,384	,001
	22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	,540	1	,540	,203	,653	,000
	23. Αναφυλαξία	,003	1	,003	,007	,932	,000
	24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	1,471	1	1,471	,444	,506	,001
	25. Έρπητας ζωστήρας	,154	1	,154	,718	,397	,001
	26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	,412	1	,412	1,320	,251	,003
	27. Μολυσματική τέρμινθος	,961	1	,961	2,718	,100	,005
	28. Μυρμηκίες	1,213	1	1,213	1,735	,188	,003
	29. Ψώρα	,650	1	,650	6,028	,014	,012
		30. Οξυτενή κονδυλώματα	1,882	1	1,882	8,641	,003
Άμμος	1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)	11,524	1	11,524	1,716	,191	,003
	2. Αιματώματα	1,167	1	1,167	,222	,637	,000
	3. Αιματώματα υπονύχια	,069	1	,069	,031	,861	,000
	4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)	2,560	1	2,560	1,242	,266	,002
	5. Ονυχόλυση	,345	1	,345	,383	,536	,001
	6. Ονυχομυκητίαση	,023	1	,023	,016	,900	,000
	7. Μυκητίαση ποδιών	,614	1	,614	,495	,482	,001
	8. Μυκητίαση χεριών	,467	1	,467	1,103	,294	,002
	9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών	,317	1	,317	1,123	,290	,002
	10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση	,114	1	,114	,254	,614	,000

11. Δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο	5,584	1	5,584	4,673	,031	,009
12. Έκζεμα χεριών	,878	1	,878	,435	,510	,001
13. Ξηρότητα / Ξηροδερμία	28,368	1	28,368	5,904	,015	,011
14. Θυλακίτιδα	2,735	1	2,735	1,876	,171	,004
15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο	,503	1	,503	1,234	,267	,002
16. Ψωρίαση	,134	1	,134	,448	,503	,001
17. Φθειρίαση	3,203	1	3,203	1,543	,215	,003
18. Πομφόλυγες	33,372	1	33,372	11,555	,001	,022
19. Ηλιακό έγκαυμα	75,367	1	75,367	16,098	,000	,031
20. Έγκαυμα από τριβή	,047	1	,047	,007	,935	,000
21. Ακμή	10,401	1	10,401	2,628	,106	,005
22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο	10,836	1	10,836	4,071	,044	,008
23. Αναφυλαξία	,897	1	,897	2,462	,117	,005
24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας	12,564	1	12,564	3,792	,052	,007
25. Έρπητας ζωστήρας	,203	1	,203	,947	,331	,002
26. Έρπητας γεννητικών οργάνων	,015	1	,015	,048	,827	,000
27. Μολυσματική τέρμινθος	1,084	1	1,084	3,064	,081	,006
28. Μυρμηκίες	,006	1	,006	,009	,925	,000
29. Ψώρα	,041	1	,041	,384	,536	,001
30. Οξυτενή κονδυλώματα	,230	1	,230	1,058	,304	,002

Η τιμή του p είναι με έντονο χρώμα όπου υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Βάσει των παραπάνω πινάκων Πολυμεταβλητών αναλύσεων διασποράς προκύπτει ότι το φύλο και το δάπεδο, (πλαστικό δάπεδο, τσιμεντένιο δάπεδο και η άμμος) είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές που διαφοροποιούν την συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων, δεδομένου όλων των συγχυτικών παραγόντων (confounding variables) που χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

Για το φύλο μέσω της μονομεταβλητής ανάλυσης διασποράς (Πίνακας 74) προέκυψε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές για 10 δερματολογικά νοσήματα, το βαθύ τραύμα, η ξηρότητα/ξηροδερμία, η ψωρίαση, η ακμή, η κνίδωση από ζέστη/κρύο, ο έρπητας ζωστήρας, ο έρπητας γεννητικών οργάνων, η μολυσματική τέρμινθος, η ψώρα και τα οξυτενή κονδυλώματα.

Όσον αφορά τον τύπο δαπέδου προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω της μονομεταβλητής ανάλυσης διασποράς (Πίνακας 74- Παράρτημα 1) για τις ακόλουθες μεταβλητές:

Πλαστικό δάπεδο

ονυχόλυση, δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο, θυλακίτιδα, ψωρίαση, φθειρίαση, αναφυλαξία.

Τσιμεντένιο δάπεδο

ψωρίαση, ψώρα, οξυτενή κονδυλώματα.

Δάπεδο με άμμο

δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο, ξηρότητα/ξηροδερμία, πομφόλυγες, ηλιακό έγκαυμα, κνίδωση από ζέστη/κρύο.

Για την περίπτωση του καλοκαιριού και της τήρησης των κανόνων υγιεινής βρέθηκε ότι δεν είναι στατιστικά σημαντικές δεδομένων όλων των συγχυτικών παραγόντων (confounding variables) που χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

Πίνακας 75

Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών - *Tests of Normality.*

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [1. Επιφανειακά τραύματα (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα)]	,186	785	,000	,807	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [2. Αιματώματα]	,354	785	,000	,628	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [3. Αιματώματα υπονύχια]	,399	785	,000	,548	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [4. Βαθύ τραύμα (θλαστικό τραύμα)]	,372	785	,000	,624	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [5. Ονυχόλυση (ξεκολλημένο νύχι)]	,416	785	,000	,540	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [6. Ονυχομικητίαση]	,477	785	,000	,369	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [7. Μικητίαση ποδιών]	,403	785	,000	,526	785	,000

A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [8. Μυκητίαση χεριών]	,482	785	,000	,323	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [9. Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών]	,491	785	,000	,402	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [10. Ποικιλόχρους πιτυρίαση]	,483	785	,000	,351	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [11. Δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμος]	,433	785	,000	,521	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [12. Έκζεμα χεριών]	,447	785	,000	,415	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [13. Ξηρότητα/Ξηροδερμία]	,342	785	,000	,654	785	,000
A. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [14. Θυλακίτιδα (φλεγμονή στο θύλακα της τρίχας)]	,418	785	,000	,455	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [15. Λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (μόλυνση δέρματος)]	,454	785	,000	,544	785	,000

B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [16. Ψωρίαση]	,489	785	,000	,228	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [17. Ψείρες]	,421	785	,000	,473	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [18. Πομφόλυγες (φουσκάλες με υγρό)]	,442	785	,000	,472	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [19. Ηλιακό έγκαυμα]	,289	785	,000	,707	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [20. Έγκαυμα από τριβή]	,276	785	,000	,728	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [21. Ακμή]	,379	785	,000	,534	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [22. Κνίδωση από ζέστη/κρύο]	,447	785	,000	,445	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [23. Αναφυλαξία]	,499	785	,000	,314	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [24. Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας]	,394	785	,000	,514	785	,000

B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [25. Έρπητας ζωστήρας]	,490	785	,000	,327	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [26. Έρπητας γεννητικών οργάνων]	,500	785	,000	,345	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [27. Μολυσματική τέρμινθος]	,492	785	,000	,452	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [28. Μυρμηκίες]	,445	785	,000	,457	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [29. Ψώρα]	,531	785	,000	,296	785	,000
B. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα; [30. Κονδυλώματα]	,502	785	,000	,393	785	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Κεφάλαιο 8^ο

Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η παγκόσμια επίπτωση για τα δερματολογικά νοσήματα είναι συνεχώς αυξανόμενη, σε μια περίοδο 10 ετών, με επιπολασμό 605.036.000 το έτος 2015 σε σύγκριση με 492.883.000 το 2005 σε παγκόσμια βάση, περιφερειακά και εθνικά δεδομένα, από περισσότερες από 195 χώρες και περιοχές [77].

Τα δερματολογικά νοσήματα αποτελούν σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Επηρεάζουν μεταξύ 30% - 70% των ανθρώπων παγκοσμίως [78]. Έχουν περιγραφεί περισσότερες από 3.000 δερματικές παθήσεις, οξείες και χρόνιες, που επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών και κοινωνικών στρωμάτων.

Οι αθλητές είναι μια ξεχωριστή ομάδα ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης δερματολογικών παθήσεων. Σε αυτή την μελέτη έγινε καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων, της διάρκειας των συμπτωμάτων, το σημείο του σώματος που εντοπίζονται, της εποχής εμφάνισης και πως επηρεάζεται η προπόνηση των αθλητών.

Καταγράφηκαν οι προσωπικές συνήθειες των αθλητών και εξετάστηκαν αν επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης των δερματολογικών νοσημάτων. Πρακτικές αντιμετώπισης όσον αφορά τη διαγνωστική προσέγγιση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, με την επίσκεψη τους σε δερματολόγο ή όχι, επίσης εξετάστηκαν.

Ως προς την συχνότητα εμφάνισης αναλύθηκαν οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, οι διαφορές μεταξύ των κατηγοριών βαθμού χρήσης αντηλιακού σκευάσματος, εντοπίστηκαν οι διαφορές μεταξύ της προπόνησης το καλοκαίρι και της περιόδου εκτός καλοκαιριού και οι διαφορές ως προς το δάπεδο του γηπέδου που προπονούνται οι αθλητές. Εξετάστηκε, αν τα χρόνια ενασχόλησης, ο αριθμός των εβδομαδιαίων προπονήσεων, καθώς και ο ημερήσιος μέσος ωρών προπόνησης, επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης των δερματικών νοσημάτων.

Με βάση την καταγραφή και τη στατιστική ανάλυση διαπιστώνεται πληθώρα δερματολογικών νοσημάτων που εμφανίστηκαν στους αθλητές αυτής της μελέτης.

Συχνότητα νόσησης

Το beach volley είναι ένα δημοφιλές άθλημα μεταξύ των νεαρών ενηλίκων και ενέχει σοβαρό κίνδυνο μόλυνσης του δέρματος, για διαφορετικούς παράγοντες από αυτούς της πετοσφαίρισης που διεξάγεται σε κλειστό χώρο.

Οι τραυματισμοί του δέρματος από σχισίματα, εκδορές ή διαβρώσεις, από την έκθεση σε μολυσματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, από την σωματική επαφή μεταξύ αθλητών, από την επίμονη εφίδρωση λόγω του ήλιου και την κοινή χρήση εξοπλισμού και εγκαταστάσεων, αυξάνουν την πιθανότητα μόλυνσης. [79]

Από τους 785 αθλητές αυτής της μελέτης, πριν την ενασχόλησή τους με το άθλημα της πετοσφαίρισης και του beach volley, μόνο οι 114 (14,5%) είχαν κάποιο δερματολογικό νόσημα και οι υπόλοιποι 671 (85,5%) δεν είχαν εμφανίσει. Από τους 671 αθλητές οι 455 (58%) εμφάνισαν δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονούσαν στο volley.

Από την κατηγορία των νοσημάτων «τραυματικές δερματικές βλάβες», τα επιφανειακά τραύματα ήταν τα πιο συχνά στους αθλητές της παρούσας μελέτης, σε ποσοστό 63,9%. Ως δερματολογικά τραύματα αναφέρθηκαν οι διαβρώσεις, η τομή, το σχίσιμο και το τρύπημα του δέρματος. Κατεγράφησαν σε μεγάλο ποσοστό το χειμώνα και το καλοκαίρι, 58,9% και 64,1% αντίστοιχα.

Η ακριβής συχνότητα των εκδορών, των τομών, των σχισμών και των τρυπημάτων είναι δύσκολο να υπολογιστεί, επειδή η πλειονότητα των αθλητών δεν αναζήτησε ιατρική βοήθεια μετά τον τραυματισμό. Για ορισμένους αθλητές η προπόνηση δεν επηρεάζεται και ο τραυματισμός δεν καταγράφεται. Το μη αναφερόμενο τραύμα του δέρματος και η ακατάλληλη διαχείριση του μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη επούλωση, βακτηριακό αποικισμό και μόλυνση, επηρεάζοντας δυσμενώς τη συνολική υγεία αλλά και την αθλητική ικανότητα του αθλητή [80].

Περίπου το ¼ των αθλητών του δείγματος (23,8%) διέκοψε την προπόνηση στην περίπτωση επιφανειακών τραυμάτων ενώ το 61,5% δεν επισκέφτηκε δερματολόγο ή ιατρό άλλης ειδικότητας. Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση λιγότερο από 4 φορές την εβδομάδα (45,9% του συνόλου των αθλητών), ήταν 1,17 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα έναντι όσων έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές.

Το «παράδοξο» αυτό εύρημα πιθανότατα οφείλεται στην πείρα που αποκτούν οι αθλητές που προπονούνται συχνότερα, στο να αποφεύγουν κινήσεις στο γήπεδο, κατά την προπόνηση ή τον αγώνα, που μπορούν να προκαλέσουν τραυματισμούς.

Οι αθλητές που τηρούσαν πάντα τους κανόνες υγιεινής, έναντι όσων τους τηρούσαν μερικές φορές, εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό επιφανειακών τραυμάτων, 63,5% έναντι 74,7%. Το 56,9% των αθλητών της μελέτης δεν γνώριζε αν η άμμος ελέγχεται από αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό.

Για τις υπόλοιπες τραυματικές δερματικές βλάβες το έγκαυμα από τριβή εμφανίστηκε με ποσοστό 49,9%, τα αιματώματα 36,7%, το βαθύ τραύμα 34,0%, τα υπονύχια αιματώματα 28,5%, η ονυχόλυση 26,9% και οι πομφόλυγες σε ποσοστό 21,8%.

Από την ομάδα νοσημάτων «δερματίτιδες», η ξηρότητα / ξηροδερμία εμφανίστηκε με ποσοστό 38,6%, η δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο με 24,3% και το έκζεμα χεριών με 19,5%.

Από τις μυκητιασικές λοιμώξεις, η μυκητίαση των άκρων ποδών καταγράφηκε σε ποσοστό 27,9%, η ονυχομυκητίαση σε 15,0%, η μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών σε 15%, η ποικιλόχρους πιτυρίαση σε 14,3% και η μυκητίαση των άκρων χειρών σε 13,6%. Οι μυκητιασικές λοιμώξεις επηρεάζουν πάνω από 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους και έχουν σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή τους. Ασθένειες όπως το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι παράγοντες που έχουν συνδεθεί με μυκητιάσεις σε αναπτυγμένες χώρες. [81]

Από τις βακτηριακές λοιμώξεις, η θυλακίτιδα εμφανίστηκε με ποσοστό 23,9%, η λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο (μολυσματικό κηρίο, δοθιήνωση) με 23,2%.

Από τις ιογενείς λοιμώξεις, ο απλός έρπητας (επιχείλιος) εμφανίστηκε με ποσοστό 28,2%, οι μυρμηκίες με 21,1%, η μολυσματική τέρμινθος με 16,3%, τα οξυτενή κονδυλώματα με 13,8%, ο έρπητας ζωστήρας με 13,5% και ο έρπητας γεννητικών οργάνων με 12,5%.

Από τις αλλεργικές παθήσεις, η κνίδωση από ζέστη ή κρύο εμφανίστηκε με ποσοστό 20,4%, η αναφυλαξία με 11,3%.

Από τις παρασιτικές λοιμώξεις του δέρματος, η φθειρίαση (του τριχωτού της κεφαλής) εμφανίστηκε με ποσοστό 23,9% και η ψώρα με 7,9%.

Από τα άλλα δερματολογικά νοσήματα, το ηλιακό έγκαυμα εμφανίστηκε με ποσοστό 46,4%, η ακμή με 30,6% και η ψωρίαση με 10,3%.

Σε μελέτη των Richard και συν.[82] που αφορούσε τον επιπολασμό των πιο συχνών δερματικών παθήσεων σε 27 χώρες της Ευρώπης, εξετάστηκαν 44.689 συμμετέχοντες και ποσοστό 43,5% ανέφεραν ότι εμφάνισαν μια δερματολογική πάθηση τον προηγούμενο χρόνο. Περισσότεροι από 94.000.000 Ευρωπαίοι εμφανίζουν φαγούρα ή ξηρότητα. Οι πιο συχνές παθήσεις στη μελέτη αυτή ήταν οι μυκητιασικές λοιμώξεις 8,9%, η ακμή 5,4% και η ατοπική δερματίτιδα 5,5%. Η ακμή, το έκζεμα, η ροδόχρους ακμή ήταν συχνότερες στις γυναίκες και η ψωρίαση και οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις πιο συχνές στους άνδρες. Τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης συμφωνούν με εκείνα της βιβλιογραφίας όπου η ακμή είναι συχνότερη στις γυναίκες και η ψωρίαση και τα οξυτενή κονδυλώματα πιο συχνά στους άνδρες. [82]

Για τους 24 καθήμενους αθλητές αυτής της μελέτης (ΑΜΕΑ) πριν την ενασχόλησή τους με το άθλημα της πετοσφαίρισης μόνο οι 4 (16,7%) είχαν κάποιο δερματολογικό νόσημα. Οι υπόλοιποι 17 (70,8%) εμφάνισαν δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονούνταν στο volley.

Το δερματολογικό νόσημα με την συχνότερη εμφάνιση σε αθλητές με ειδικές ανάγκες ήταν τα επιφανειακά τραύματα με ποσοστό 54,2%, αποτέλεσμα που συμφωνεί με εκείνο της βιβλιογραφίας που αναφέρει ότι τα τραύματα σε μαλακούς ιστούς, πομφόλυγες και αρθροπάθειες είναι οι πιο συχνοί τραυματισμοί σε αθλητές ΑΜΕΑ. [73] Η συχνότητα των τραυματισμών διαφέρει ανάλογα με την αναπηρία του αθλητή (εγκεφαλική παράλυση έναντι άλλων βλαβών) και την πειθαρχία. [76] Στην παρούσα μελέτη οι λόγοι κινητικής αναπηρίας των καθήμενων αθλητών ήταν ο ακρωτηριασμός του κάτω άκρου σε ποσοστό 69,9%.

Το δερματολογικό νόσημα που ακολούθησε σε συχνότητα ήταν το έγκαυμα από τριβή 37,5%, στην τρίτη θέση ήταν η ξηρότητα, η ξηρότητα / ξηροδερμία, η μυκητίαση των άκρων ποδών και η ονυχομυκητίαση, καθεμιά από αυτές με ποσοστό 33,3%. Τα αιματώματα, το θλαστικό τραύμα, τα υπονύχια αιματώματα, ο απλός (επιχειλίου) έρπητας το ηλιακό έγκαυμα και η ανάπτυξη πομφόλυγων, καταγράφηκε το καθένα με ποσοστό 20,8%.

Το έκζεμα των άκρων χειρών , η κνίδωση από ζέστη ή κρύο και η ψωρίαση με ποσοστό, 16,7%. Η οονυχόλυση, η μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών, η μυκητίαση των άκρων χειρών, ο έρπητας ζωστήρας με ποσοστό 12,5% το καθένα, και η δερματική λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, 8,3%.

Το 20,8% του δείγματος των ΑΜΕΑ είχε διακόψει τις προπονήσεις λόγω επιφανειακών τραυμάτων, και το 66,7% δεν επισκέφτηκε δερματολόγο.

Για τους καθήμενους αθλητές της πετοσφαίρισης δεν είχαν επιλεγθεί από το ερωτηματολόγιο και δεν καταγράφηκαν ποσοστά νόσησης για την ακμή και από τις:

Μυκητιασικές δερματικές λοιμώξεις, η ποικιλόχρους πιτυρίαση

Βακτηριακές δερματικές λοιμώξεις, η θυλακίτιδα

Παρασιτικές δερματικές λοιμώξεις, η φθειρίαση και η ψώρα

Ιογενείς δερματικές λοιμώξεις, ο έρπητας ζωστήρας, ο έρπητας των γεννητικών οργάνων, η μολυσματική τέρμινθος και τα οξυτενή κονδυλώματα

Αλλεργικές παθήσεις, η αναφυλαξία

Διαφορές μεταξύ ανδρών - γυναικών

Οι τραυματισμοί στην πετοσφαίριση και το beach volley, εμφανίζονται ανεξάρτητα από το φύλο και τη διάρκεια της προπονητικής σταδιοδρομίας. Η συχνότητα, όμως, των τραυματισμών, φαίνεται να καθορίζεται από το φύλο καθώς οι άνδρες αθλητές έχουν 1,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν τραυματισμούς σε σύγκριση με τις γυναίκες αθλήτριες. [83]

Σχετικά με την εμφάνιση των δερματικών νοσημάτων παρουσιάστηκαν διαφορές βάσει φύλου στην παρούσα μελέτη, με τους άνδρες να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης από τις γυναίκες.

Οι άνδρες έναντι των γυναικών παρουσίασαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε:

Επιφανειακά τραύματα: 68,1% έναντι 61%, είναι 1,11 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα οι άνδρες αθλητές του volley,

Μυκητίαση των ποδιών: 35,3% έναντι 22,6%, είναι κατά 1,56 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν μυκητίαση στα πόδια οι άνδρες,

Ψωρίαση: 13,4% έναντι 8,1%, είναι 1,65 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν ψωρίαση,

Έκζεμα: 22,8% έναντι 17,1%, είναι 1,33 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν έκζεμα,

Αναφυλαξία: 14% έναντι 9,4%, είναι 1,48 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν αναφυλαξία,

Απλό (επιχείλιο) έρπητα: 32,5% έναντι 25%, είναι 1,3 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν επιχείλιο έρπητα,

Έρπητα ζωστήρα: 18,8% έναντι 9,6%, είναι 1,95 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν έρπητα ζωστήρα,

Έρπητα γεννητικών οργάνων: 19,5% έναντι 7,5%, είναι 2,6 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν έρπητα των γεννητικών οργάνων,

Μολυσματική τέρμινθο: 23,1% έναντι 11,4%, είναι 2,02 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν μολυσματική τέρμινθο,

Μυρμηκιές: 28,9% έναντι 15,6%, είναι 1,85 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν μυρμηκιές,

Ψώρα: 10,3% έναντι 6,1%, είναι 1,68 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν ψώρα και

Οξυτενή κονδυλώματα: 20,7% έναντι 8,8%, είναι 2,35 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κονδυλώματα.

Οι γυναίκες έναντι των ανδρών παρουσίασαν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σε:

Ακμή: 33,3% έναντι 26,7%, είναι κατά 1,25 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν ακμή.

Η ακμή υπολογίζεται ότι επηρεάζει το 9,4% του παγκόσμιου πληθυσμού, καθιστώντας την όγδοη πιο διαδεδομένη ασθένεια παγκοσμίως. [84] Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την ακμή ήταν 33,3% για τις γυναίκες έναντι 26,7% των ανδρών και συμφωνούν με αυτά της βιβλιογραφίας, όπου οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ακμής, συγκριτικά με τους άνδρες, 85% οι γυναίκες έναντι 15% των ανδρών. [85]

Μέσω της πολυμεταβλητής ανάλυσης διασποράς προέκυψε ότι βάσει φύλου επιπλέον επηρεάζονται ως προς τη συχνότητα εμφάνισης δερματολογικών νοσημάτων, το βαθύ τραύμα, η ξηρότητα / ξηροδερμία και η κνίδωση από ζέστη/κρύο.

Ιογενείς δερματικές λοιμώξεις

Ο επιπολασμός των καταγεγραμμένων ιογενών δερματικών λοιμώξεων είναι 154.000.000 και αντιστοιχεί στο 2% του παγκόσμιου πληθυσμού. [86]

Η μολυσματική τέρμινθος εκδηλώνεται και στα δύο φύλα και η μετάδοσή της γίνεται κατόπιν άμεσης επαφής με τον πάσχοντα σε περιοχές του εκτεθειμένου δέρματος ή έμμεσα από μολυσμένα αντικείμενα, πετσέτες, σφουγγάρια, πισίνες κολυμβητηρίων και τον εξοπλισμό των γυμναστηρίων. Με τον ξεσμό προκαλείται εξάπλωση και διασπορά της λοίμωξης σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος.[30]

Συνήθως οι βλάβες εντοπίζονται στο πρόσωπο, τον λαιμό και τον κορμό. [37] Οι αθλητικές δραστηριότητες υψηλής έντασης προκαλούν αύξηση της ευαισθησίας σε λοιμώξεις. Η εφίδρωση, η τριβή και τα αθλητικά ρούχα αποτελούν το ιδανικό περιβάλλον για την εμφάνιση λοιμώξεων. Οι τραυματισμοί του δέρματος, τα κοψίματα, οι εκδορές και γενικότερα κάθε είδους λύση της συνέχειας του δέρματος, αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης. [87]

Η μολυσματική τέρμινθος εμφανίστηκε στο 16,3% των αθλητών της παρούσας μελέτης, το καλοκαίρι ήταν η εποχή με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της λοίμωξης 89,9%, ο κορμός ήταν το σημείο του σώματος με τις περισσότερες εντοπίσεις 59,2% και ακολούθως, τα άνω άκρα με ποσοστό 38,2%.

Η μολυσματική τέρμινθος εκδηλώνεται πιο συχνά σε υγρές και θερμές περιοχές. Διαγιγνώσκεται σε παιδιά αλλά και σε σεξουαλικά ενεργούς νεαρούς εφήβους και ενήλικες και το 2010 υπήρξαν περίπου 122 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις. Η ατοπική δερματίτιδα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο μόλυνσης και τον επιπολασμό της νόσου. Σε παιδιά ηλικίας από 0 - 16 ετών, ο επιπολασμός της νόσου κυμαίνεται από 5,1% έως 11,5%. [88]

Η μολυσματική τέρμινθος οδήγησε το 8,3% των αθλητών της μελέτης σε διακοπή της προπόνησης ενώ το 79,8% όσων νόσησαν επισκέφτηκε δερματολόγο και έλαβε φαρμακευτική αγωγή. Οι αθλητές που τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,92 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν μολυσματική τέρμινθο.

Οι μυρμηκίες προκαλούνται από τύπους του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV). Οι βλάβες εξαπλώνονται με άμεση επαφή είτε μέσω κοινόχρηστων αντικειμένων όπως, δάπεδα, λουτρά και άμμος. Μπορεί να εμφανιστούν οπουδήποτε στο σώμα αλλά συνήθως εντοπίζονται στις παλάμες και τα πέλματα, μπορεί να είναι επώδυνες, ειδικά στα πέλματα και ενδεχομένως να επηρεάζουν την απόδοση των αθλητών. [37]

Περίπου το 5% - 30% των παιδιών και των νεαρών ενηλίκων που συμμετέχουν στον αθλητισμό εμφανίζουν μυρμηκίες. [47] Στο beach volley, το τραύμα στο δέρμα και η υγρασία από την εφίδρωση των ποδιών, μπορούν να αυξήσουν την ευαισθησία εμφάνισης αυτής της λοίμωξης. [89]

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των αθλητών που ανέφεραν μυρμηκίες έφτασε στο 21,1% και το 72,4% των περιστατικών, εμφανίστηκε το καλοκαίρι. Το 46,2% αυτών ήταν στα πέλματα, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία, [37] ακολούθησαν σε συχνότητα τα άνω άκρα με ποσοστό 27,5% και με 23,1% τα κάτω άκρα. Από τους αθλητές που νόσησαν, το 71,2% επισκέφτηκε δερματολόγο και έλαβε αγωγή ή υποβλήθηκε σε θεραπεία.

Στο γενικό πληθυσμό οι μυρμηκίες εμφανίζονται στο 7% - 12%, συνήθως σε περιοχές όπου υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος. [30]

Στους καθήμενους αθλητές της μελέτης το 12,5% εμφάνισαν μυρμηκίες με συχνότητα Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι αθλητές με πρόσθετα μέλη στο σώμα τους έχουν την τάση να αναπτύσσουν μολύνσεις. [74] Οι αθλητές αυτής της μελέτης σε ποσοστό 69,6% είχαν υποστεί ακρωτηριασμό του κάτω άκρου και το 70,8% είχε πρόσθετο μέλος στο σώμα τους. Το μέρος του σώματος που εντοπίστηκαν οι μυρμηκίες ήταν τα άνω άκρα με ποσοστό 100%, με το

χειμώνα να είναι η εποχή με τις περισσότερες μολύνσεις και το σύνολο των αθλητών να έχει επισκεφτεί δερματολόγο και να έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή.

Ο ιός του απλού έρπητα μπορεί να προκαλέσει πρωτολοίμωξη και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις σε αθλητές. Η ενεργοποίηση μπορεί να πυροδοτηθεί συχνότερα από την υπερϊώδη ακτινοβολία ή το stress, προκαλώντας την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και την επανεργοποίηση του ιού του έρπητα. Οι αθλητές που εκτίθενται σε αυξημένη υπερϊώδη ηλιακή ακτινοβολία, είναι πιο ευαίσθητοι στην εμφάνιση αυτής της λοίμωξης. [90]

Οι αθλητές του beach volley που είναι εκτεθειμένοι στις περιβαλλοντικές συνθήκες, με καθημερινές πολύωρες προπονήσεις στον ήλιο εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αυτής της λοίμωξης. Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των αθλητών με απλό ή επιχείλιο έρπητα έφτασε στο 28,2%, οι λοιμώξεις εμφανίστηκαν το καλοκαίρι με ποσοστό 50,8% και το χειμώνα με ποσοστό 50,8% αντίστοιχα και το σημείο που εντοπίστηκαν ήταν 83% στο πρόσωπο.

Ο απλός έρπητας εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες και προσβάλλει και τα δύο φύλα. Τα νέα περιστατικά που εμφανίζονται παγκοσμίως ανά έτος ανέρχονται σε 23.000.000. [30] Ο επιπολασμός του απλού έρπητα στα άτομα ηλικίας 14 - 49 ετών είναι 47,8%. Αυξάνεται γραμμικά με την ηλικία, από 27% στα άτομα ηλικίας 14 - 19 ετών, σε 41,3% στα άτομα ηλικίας 20-29 ετών, σε 54,1% στα άτομα ηλικίας 30-39 και σε 59,7% σε άτομα ηλικίας 40-49 ετών. [91]

Η απώλεια της αθλητικής συμμετοχής εξαιτίας της νοσηρότητας μπορεί να προκύψει από μόλυνση από απλό έρπητα. [92] Το 6,5% των αθλητών μας που εμφάνισαν έρπητα διέκοψαν την προπόνηση τους και το 40,6% των αθλητών που νόσησαν δεν επισκέφτηκε δερματολόγο για την αντιμετώπιση του, πιθανότατα επειδή επρόκειτο για υποτροπιάζον επεισόδιο.

Όσοι αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής, ήταν 1,4 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν επιχείλιο έρπητα / απλό έρπητα.

Στους καθήμενους αθλητές το 20,8% εμφάνισε επιχείλιο/ απλό έρπητα και στο σύνολο του (100%), εμφανίστηκε στο πρόσωπο. Ο χειμώνας ήταν η εποχή με τις περισσότερες αναφορές εμφάνισης, πιθανότατα επειδή και το κρύο αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα. Το 75% των αθλητών επισκέφτηκε δερματολόγο και έλαβε φαρμακευτική αγωγή.

Ο έρπητας ζωστήρας είναι μια επώδυνη και συχνή πάθηση. Ο επιπολασμός του σε μελέτη που έγινε στη Μεγάλη Βρετανία και αφορούσε 8.034 ενήλικες ηλικίας 16 ετών και πάνω κυμάνθηκε σε ποσοστό 11,5% (12,6% στις γυναίκες και 10,3% στους άνδρες) ο οποίος αυξανόταν με την ηλικία. Στους αθλητές της μελέτης ο έρπητας ζωστήρας καταγράφηκε σε ποσοστό 13,5%, (9,6% στις γυναίκες και 18,8% στους άνδρες). Το 85,7% του σημείου εντόπισης της νόσου ήταν ο κορμός και παρουσιάστηκαν οι περισσότερες λοιμώξεις, την άνοιξη, σε ποσοστό 53,3%.

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι ένα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα και καταγράφεται σε ποσοστό 13,8% του παγκόσμιου πληθυσμού. Περίπου το 50% των προσβεβλημένων ατόμων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 15-24 ετών. [30]

Ο επιπολασμός των κονδυλωμάτων έχει αυξηθεί σταθερά τα τελευταία 35 χρόνια, με έως και 20 εκατομμύρια ανθρώπους στις ΗΠΑ να πιστεύεται ότι έχουν μολυνθεί. [93] Η μικρότερη ηλικία σεξουαλικής επαφής καθώς και η αύξηση των σεξουαλικών συντρόφων επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης αυτής της λοίμωξης. Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης δεν περιείχε σχετικές πληροφορίες. Το 63,5% των αθλητών που εμφάνισαν οξυτενή κονδυλώματα, είχε επισκεφτεί δερματολόγο και είχε λάβει φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό εμφάνισης στους άνδρες ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών συγκεκριμένα, 20,7% έναντι 8,8%. Το καλοκαίρι παρατηρήθηκε αύξηση των λοιμώξεων, με ποσοστό εμφάνισης 84,2%.

Στις ιογενείς λοιμώξεις τα σημεία εντόπισης στο σώμα ήταν τα άνω και κάτω άκρα, το πρόσωπο και ο κορμός. Πιο συγκεκριμένα:

Άνω άκρα: μυρμηκίες 28,5%, μολυσματική τέρμινθος 38,2%

Κάτω άκρα: μυρμηκίες 23,1%

Κορμός: έρπητας γεννητικών οργάνων 87,5%, κονδυλώματα 90,7%, μολυσματική τέρμινθος 59,2%, έρπητας ζωστήρας 85,7%

Πρόσωπο: επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας 83%

Μυκητιασικές λοιμώξεις

Οι μυκητιασικές λοιμώξεις μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την αγωνιστικότητα των αθλητών. [94]

Ο επιπολασμός στους άνδρες είναι υψηλότερος από τις γυναίκες, 59% έναντι 41% αντίστοιχα, [95] αποτελέσματα που συμφωνούν με τα δικά μας ευρήματα , 28,9% οι άνδρες και 15,6% οι γυναίκες.

Η ονυχομυκητίαση αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα και ο επιπολασμός της κυμαίνεται μεταξύ 2% - 13% του ενήλικου πληθυσμού. [43]

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό ονυχομυκητίασης ήταν 15,2% στους άνδρες έναντι 14,9% των γυναικών. Το ζεστό και υγρό περιβάλλον του δέρματος στα κάτω άκρα όπως αυτό διαμορφώνεται από την πολύωρη χρήση κλειστών υποδημάτων και η κοινή χρήση εξοπλισμού, προδιαθέτουν τους αθλητές σε μυκητιασικές λοιμώξεις. Η πιθανότητα εμφάνισης ονυχομυκητίασης στους αθλητές είναι 2,5 φορές μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση ονυχομυκητίασης στους αθλητές είναι το φύλο, σε συνδυασμό με τις ορμόνες και το κάπνισμα. [41]

Η μυκητίαση των άκρων ποδών στους αθλητές volley της μελέτης μας εμφανίστηκε σε ποσοστό 27,9% (στους άνδρες 35,3% και στις γυναίκες 22,6%). Ο αντίστοιχος παγκόσμιος επιπολασμός της μυκητίασης των ποδιών στο γενικό πληθυσμό είναι 2,9% (στους άνδρες 4,2% και στις γυναίκες 1,7%). [96] Η σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση της δερματοφυτίας των άκρων ποδών στους αθλητές του volley της μελέτης μας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό αποδόθηκε στη χρήση των κλειστών υποδημάτων για πολλές ώρες κατά την προπόνηση ή τους αγώνες παράγοντας που ευνοεί την υψηλή θερμότητα και υγρασία και στην απουσία υποδημάτων στους αθλητές του beach volley όπου κινούνται ξυπόλητοι στην άμμο.

Στην μυκητίαση των χεριών το ποσοστό της μελέτης μας που καταγράφηκε ήταν 13,6% (το 17,3% αφορούσε τους άνδρες και το 11% τις γυναίκες). Ο αντίστοιχος επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό είναι 2,8%, (το 4% αφορά τους άνδρες και το 1,7% τις γυναίκες). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων μελετών που αναφέρουν ότι η μυκητίαση των ποδιών είναι πιο διαδεδομένη από αυτή των χεριών, 27,9% έναντι 13,6%, αντίστοιχα. [96, 45]

Σε έρευνα των Manuel και συν. που αφορούσε τις μυκητιασικές μελέτες, παρατηρήθηκε εμφάνιση μυκητίασης των μηροβουβωνικών πτυχών, σε αθλητές beach volley. [15] Πρόκειται για μια από τις ελάχιστες μελέτες που γίνεται αναφορά σε αθλητές του volley, γενικότερα.

Στη δική μας μελέτη η μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών, καταγράφηκε με ποσοστό 15% (το 15,4% αφορούσε τις γυναίκες και το 14,6% τους άνδρες). Ο επιπολασμός της νόσου στον παγκόσμιο πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 20% - 25%. Έφηβοι και ενήλικες άνδρες, κυρίως σε αναπτυσσόμενες και τροπικές χώρες, αποτελούν την πλειοψηφία των ασθενών που εμφανίζουν μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών. [97] Η εμφάνιση υψηλότερου ποσοστού δερματοφυτίας μηροβουβωνικών πτυχών σε γυναίκες στην μελέτη μας δεν είναι σε συμφωνία με την βιβλιογραφία και πιθανότατα αποδίδεται στον μεγαλύτερο αριθμό θήλεων έναντι αρρένων (θήλα: 456, αρρηνες: 329) αθλητών του volley.

Η ποικιλόχρους πιτυρίαση εμφανίστηκε στους αθλητές της παρούσας μελέτης με ποσοστό 14,3% (στις γυναίκες με ποσοστό 12,7% και στους άνδρες 16,4%) και εντοπίστηκε κυρίως στον κορμό 73,5%. Η νόσος επηρεάζει το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ σε κάποιες τροπικές χώρες το ποσοστό μπορεί να φτάσει στο 40% και μόλις στο 1,1% σε ψυχρά κλίματα. Εμφανίζεται πιο συχνά σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες λόγω της αύξησης της παραγωγής σμήγματος και επηρεάζει εξίσου και τα δύο φύλα. [98]

Στις μυκητιασικές λοιμώξεις τα σημεία εντόπισης στο σώμα ήταν τα άνω και κάτω άκρα και ο κορμός. Συγκεκριμένα:

Άνω άκρα, μυκητίαση χεριών 78,8%

Κάτω άκρα, μυκητίαση ποδιών 68,4%, ονυχομυκητίαση 77,3%

Κορμός, μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών 66,7%, ποικιλόχρους πιτυρίαση 73,5%.

Το καλοκαίρι ήταν η εποχή που αναφέρθηκαν οι περισσότερες μυκητιασικές λοιμώξεις, εύρημα που είναι σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία. [30] Για τις μυκητιασικές λοιμώξεις οι αθλητές επισκέφτηκαν δερματολόγο και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή.

Στους καθήμενους αθλητές του volley, η μυκητίαση των ποδιών και η ονυχομυκητίαση εμφανίστηκαν με ποσοστό 33,3%, η μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών και η μυκητίαση χεριών, με ποσοστό 12,5%, η καθεμία. Σε όλες τις περιπτώσεις οι αθλητές επισκέφτηκαν δερματολόγο και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή.

Βακτηριακές λοιμώξεις

Η θυλακίτιδα είναι μια κοινή δερματική πάθηση φλεγμονής του τριχικού θυλάκου που συνήθως είναι λοιμώδους αιτιολογίας. Μπορεί να προκληθεί από είδη μυκήτων, από ιούς και μπορεί να είναι και μη λοιμώδης. Η ακριβής επίπτωση της θυλακίτιδας στο γενικό πληθυσμό δεν είναι γνωστή, διότι τα αντίστοιχα περιστατικά δεν δηλώνονται. Ωστόσο γνωρίζουμε ότι οι ασθενείς με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, παχυσαρκίας, αυτοί που κάνουν χρήση αντιβιοτικών από το στόμα ή εκείνοι που ξυρίζονται συχνά, διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν θυλακίτιδα. [99]

Τα ποσοστά για τη θυλακίτιδα στην παρούσα μελέτη ήταν 23,9%, στις γυναίκες εμφανίστηκε σε ποσοστό 22,1% και στους άνδρες σε ποσοστό 26,4%. Τα κάτω άκρα ήταν το σημείο του σώματος με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης 55,1%. Η εντόπιση αυτή πιθανότατα σχετίζεται με την επαναλαμβανόμενη τριβή του δέρματος με τα ρούχα των αθλητών και με την τάση ξυρίσματος της περιοχής στο πλαίσιο αποτρίχωσης κυρίως από γυναίκες αθλήτριες.

Η λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο είναι παγκόσμιο φαινόμενο, επηρεάζει την εμφάνιση θυλακίτιδας και μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία, το φύλο καθώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ενδεχομένως να παίζουν ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Περίπου το 15% του πληθυσμού αναφέρει λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο [100], ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην παρούσα μελέτη ήταν 23,9% στους αθλητές μας του volley και εντοπίστηκε στα κάτω άκρα, σε ποσοστό 53%. Είναι ενδιαφέρουσα η αναφορά ότι ο χρυσίζοντας σταφυλόκοκκος μπορεί να μεταφερθεί από αθλητή σε αθλητή με την μπάλα. [27]

Η λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο εμφανίστηκε στους καθήμενους αθλητές με ποσοστό 8,3% και ο κορμός ήταν η περιοχή του σώματος με τις περισσότερες εντοπίσεις, 66,7%. Εμφανίστηκε κατά 50% το καλοκαίρι και 50% το φθινόπωρο, με το 100% του δείγματος να έχει επισκεφτεί δερματολόγο και να έχει λάβει φαρμακευτική αγωγή.

Στις βακτηριακές λοιμώξεις τα σημεία εντόπισης με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης στο σώμα ήταν τα κάτω άκρα σε ποσοστό 8,3%.

Δερματίτιδες

Οι πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση της ξηρότητας / ξηροδερμίας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς. Ο παγκόσμιος συνολικός επιπολασμός της ξηροδερμίας υπολογίζεται σε 29% - 85%. [101]

Εκδηλώνεται με αίσθημα κνησμού και το δέρμα είναι πιο ευαίσθητο στην εμφάνιση δερματικών λοιμώξεων. Σε μελέτη, το ποσοστό εμφάνισης ξηρότητας του δέρματος μεταξύ 5.547 συμμετεχόντων έφτασε στο 60%. [101]

Το ποσοστό εμφάνισης του συμπτώματος αυτού στην μελέτη μας ήταν 38,6%, εντοπίστηκε κυρίως στα άνω άκρα, με ποσοστό 50% και η εποχή με τις περισσότερες αναφορές ήταν ο χειμώνας 76,7%.

Στους καθήμενους αθλητές του volley το ποσοστό εμφάνισης ήταν 33,3%, εντοπίστηκε στον κορμό και τις παλάμες με ποσοστό 50% η καθεμία, ενώ οι εποχές με τις περισσότερες αναφορές ήταν το καλοκαίρι και ο χειμώνας, με ποσοστό 33,3%. Το 73,9% των καθημένων αθλητών, έκανε χρήση προστατευτικών του σώματος, εύρημα που ενδεχομένως να συνδέεται με την μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ξηροδερμίας.

Έκζεμα και δερματίτιδα είναι συνώνυμοι όροι και εκδηλώνονται στο 14% - 24% του γενικού πληθυσμού. Η δερματίτιδα φαίνεται να είναι συχνότερη στα παιδιά, 0.3% - 20.5%, σε σχέση με τους ενήλικες 2% - 10%. [30] Στις ΗΠΑ θεωρείται ότι υπάρχουν περίπου 18 εκατομμύρια πάσχοντες. Στην Ελλάδα, το αντίστοιχο ποσοστό είναι της τάξης του 10%. Εκδηλώνεται εξίσου σε άνδρες και γυναίκες. [30]

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό εμφάνισης της δερματίτιδας σε αθλητές ήταν 19,5%, (στις γυναίκες σε ποσοστό 17,1% και στους άνδρες 22,8%). Το σημείο εντόπισης στο σώμα με το μεγαλύτερο ποσοστό καταγράφηκε στα άνω άκρα 67,8%. Στην ερώτηση «αν υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο οικογενειακό περιβάλλον» το 31,1% ανέφερε έκζεμα.

Στους καθήμενους αθλητές το έκζεμα χεριών εμφανίστηκε σε ποσοστό 16,7%. Στην ερώτηση «αν υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο οικογενειακό περιβάλλον», οι καθήμενοι αθλητές ανέφεραν το έκζεμα σε ποσοστό 60%.

Στην δερματίτιδα από αθλητικά υποδήματα, αυτοκόλλητους επιδέσμους που τοποθετούν οι αθλητές του volley στα δάκτυλα των χεριών (tape) και επιγονατίδες, το ποσοστό ήταν 24,3%, (το 23% αφορούσε τις γυναίκες και το 26,1% τους άνδρες). Αναφέρθηκε επίσης ότι το 56,2% των αθλητών μας φορούσε επιγονατίδες.

Σε μελέτη όπου ελέγχθηκαν κοινά αλλεργιογόνα των υποδημάτων, 101 από 276 ασθενείς με αλλεργική εξ' επαφής δερματίτιδα, εμφάνισαν θετική δοκιμασία σε τουλάχιστον 1 αλλεργιογόνο. [102]

Στους καθημερινούς αθλητές η δερματίτιδα από προστατευτικά σώματος εμφανίστηκε με ποσοστό 12,5%. Η τριβή, ο ιδρώτας και η επαφή με τα προστατευτικά σώματος είναι πιθανότατα οι κύριες αιτίες εμφάνισης των εκδηλώσεων αυτών. [75]

Αλλεργικές παθήσεις

Σε μετανάλυση 28 μελετών για τις αλλεργίες που περιλάμβανε 20.107 άτομα από το γενικό πληθυσμό διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της αλλεργίας εξ' επαφής ήταν 20,1%. Σε παιδιά και εφήβους < 18 ετών ο επιπολασμός ήταν 16,5%, ενώ στις γυναίκες ήταν υψηλότερος (27,9%) από ότι στους άνδρες (13,2%). [103]

Η αναφυλαξία στη σωματική άσκηση αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1979. Οι κλινικές εκδηλώσεις της αναφυλαξίας ποικίλουν και περιλαμβάνουν δερματικό κνησμό, ερύθημα και κνίδωση. [104] Οι αθλητές της μελέτης μας παρουσίασαν αναφυλακτικές εκδηλώσεις σε ποσοστό 11,3%. Η αναφυλαξία εκδηλώθηκε κυρίως στον κορμό σε ποσοστό 84,8%. Η εποχή με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ήταν ο χειμώνας 53,8%. Περίπου το 0,05% - 2% του παγκόσμιου πληθυσμού αντιμετωπίζει περιστατικό αναφυλαξίας στη διάρκεια της ζωής του, ποσοστό το οποίο είναι συνεχώς αυξανόμενο. [30]

Η κνίδωση από ζέστη ή/και από κρύο είναι ένα από τα πολλά διαφορετικά είδη κνίδωσης. Αυτά περιλαμβάνουν τη φυσική κνίδωση και διάφορες μορφές που προκαλούνται από το κρύο ή τη ζέστη και από το νερό. [104] Τα ποσοστά κνίδωσης των αθλητών της μελέτης ήταν 20,4%. Το 15% - 25% του γενικού πληθυσμού θα παρουσιάσει έστω και μια φορά στη ζωή του οξεία ή χρόνια κνίδωση. [30]

Η κνίδωση από ζέστη/κρύο εμφανίστηκε στους αθλητές της μελέτης μας κυρίως στον κορμό σε ποσοστό 53,7% και στα άνω άκρα σε ποσοστό 42,6%.

Στους καθήμενους αθλητές το ποσοστό της κνίδωσης από ζέστη ή κρύο ήταν 16,7%, το 50% εντοπίστηκε στα άνω άκρα και το ίδιο ποσοστό στον κορμό.

Η ηλιακή κνίδωση μπορεί να επηρεάσει όλους εκείνους τους αθλητές που εκτίθενται στην ηλιακή ακτινοβολία, προκαλώντας ερύθημα και πομφούς εντός 5 λεπτών, από την έκθεση σε ακτίνες συγκεκριμένου μήκους κύματος και αυτό μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο (UVA 320 - 400nm, UVB 290 - 320nm, ορατό φως, 400 - 700nm). [104]

Η κνίδωση από ζέστη ή κρύο εμφανίστηκε το καλοκαίρι και το χειμώνα με το ίδιο ποσοστό 68,2%. Αναφορικά με τις αλλεργίες τόσο για την αναφυλαξία όσο και για την κνίδωση από ζέστη/κρύο οι αθλητές δεν επισκέφτηκαν δερματολόγο, πιθανότατα επειδή επρόκειτο για υποτροπιάζοντα επεισόδια.

Στις αλλεργικές παθήσεις τα σημεία εντόπισης στο σώμα με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ήταν τα άνω άκρα και ο κορμός:

Άνω άκρα: κνίδωση από ζέστη / κρύο 42,6%

Κορμός: κνίδωση από ζέστη / κρύο 53,7%, αναφυλαξία 84,8%

Παρασιτικές λοιμώξεις

Σε μελέτη που έγινε σε 2.995 μαθητές διαπιστώθηκε ότι το 10,5% μολύνθηκαν από φθειρίαση. [105] Υπήρξε σημαντική διαφορά στον επιπολασμό μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών. Στα αγόρια ήταν 6,06% και στα κορίτσια 14,39%. Ο επιπολασμός της προσβολής ήταν επίσης σημαντικά υψηλότερος ($p < 0,05$) στους μαθητές που ζουν σε νομαδικές φυλές (23,8%) σε σύγκριση με τις αγροτικές (12,4%) και τις αστικές περιοχές (6,5%) [105]

Στην παρούσα μελέτη η φθειρίαση καταγράφηκε σε ποσοστό 23,9% με επικράτηση των γυναικών (24,6%) έναντι των ανδρών, (23,1%). Τα ποσοστά της εποχής εμφάνισης κατανεμήθηκαν ισόποσα με ποσοστό 50% το καλοκαίρι και το χειμώνα.

Η ψώρα είναι κοινή δερματολογική πάθηση στις αναπτυσσόμενες χώρες και μπορεί να περιπλέκεται από βακτηριακή λοίμωξη. Σε παγκόσμιο επίπεδο επηρεάζει περισσότερο από 200 εκατομμύρια ανθρώπους. Σε πρόσφατη βιβλιογραφική αναφορά τα ποσοστά που σχετίζονταν με τη ψώρα κυμαίνονταν από 0,2% - 71%. Σε πολλές τροπικές περιοχές το εκτιμώμενο ποσοστό ανέρχεται σε 5% - 10%. [106]

Τα ποσοστά εμφάνισης της ψώρας στην παρούσα μελέτη ήταν 7,9% με επικράτηση των ανδρών (10,3%) έναντι των γυναικών, (6,1%). Ήταν το δερματολογικό νόσημα με το μικρότερο ποσοστό εμφάνισης στην παρούσα μελέτη.

Στις παρασιτικές λοιμώξεις τα σημεία εντόπισης στο σώμα με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ήταν το κεφάλι και ο κορμός:

Κεφάλι: φθειρίαση 100%

Κορμός: ψώρα 54,5%

Ηλιακό έγκαυμα - ακμή - ψωρίαση

Στον γενικό πληθυσμό, η έρευνα των Holman και συν. έδειξε ότι το ηλιακό έγκαυμα ήταν κοινό στους ενήλικες, ειδικά μεταξύ των νεότερων ηλικιών και εκείνων με ευαίσθητο δέρμα, υποδεικνύοντας την ανάγκη για προσπάθειες πρόληψης, που στοχεύουν σε αυτές τις ομάδες υψηλού κινδύνου. [107]

Περίπου το 14% των ενηλίκων, ηλικίας 65 ετών και άνω, αντιμετωπίζουν εγκαύματα από τον ήλιο κάθε χρόνο, γεγονός που έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγαλώσει με διαφορετικά κοινωνικά πρότυπα που σχετίζονται με την έκθεση στον ήλιο (που πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη συνολική έκθεση στον ήλιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους) και σπάνια επηρεάζονται από παρεμβάσεις για την ασφάλεια στον ήλιο. [107]

Η συσχέτιση μεταξύ της χρήσης αντηλιακής προστασίας και του επιπολασμού των ηλιακών εγκαυμάτων είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Οι μικρές απόλυτες διαφορές στον επιπολασμό του ηλιακού εγκαύματος, μεταξύ εκείνων που χρησιμοποιούν συστηματικά αντηλιακή προστασία,

σε σύγκριση με αυτούς που δεν το κάνουν, σχετίζονται εν μέρει. Η αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο συσχετίστηκε με ελαφρά μείωση της πιθανότητας ηλιακού εγκαύματος.

Δεδομένων των πλεονεκτημάτων του χρόνου σε εξωτερικούς χώρους, η πλήρης αποφυγή του ήλιου δεν είναι επιθυμητή σύσταση. Ο συνδυασμός της χρήσης σκιάς με άλλες στρατηγικές αντηλιακής προστασίας μπορεί να βοηθήσει στη διασφάλιση επαρκούς προστασίας κατά την παραμονή σε εξωτερικούς χώρους για παρατεταμένες περιόδους. [107]

Ένα σημαντικό ποσοστό αθλητών της μελέτης μας (46,4%) αναφέρθηκε στην εμφάνιση ηλιακού εγκαύματος και στην ερώτηση αν κάνουν χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο οι 386 (49,2%) αθλητές απάντησαν μερικές φορές, οι 316 (40,3%), πάντα και οι 83 (10,6%), ποτέ.

Σχετικά με το χρόνο εφαρμογής του αντηλιακού, το μεγαλύτερο ποσοστό (45,5%) το χρησιμοποιούσε ακριβώς κατά την έναρξη της προπόνησης. Στις ώρες που η ηλιακή ακτινοβολία είναι αυξημένη, 12.00-16.00 έκαναν προπόνηση σε ανοιχτό χώρο το 33% των αθλητών αυτής της μελέτης. Το πιο συχνό σημείο εντόπισης του ηλιακού εγκαύματος ήταν το πρόσωπο (72,4%) και ακολουθούσε ο κορμός με ποσοστό 66,7%. Το 98,5% των ηλιακών εγκαυμάτων εμφανίστηκαν το καλοκαίρι και ένα 10,6% των αθλητών διέκοψε την προπόνηση του γι' αυτό τον λόγο. Το 43% δεν επισκέφτηκε δερματολόγο για το ηλιακό έγκαυμα. Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης όσοι αθλητές δεν έκαναν ποτέ χρήση αντηλιακού ήταν 1,50 φορές πιο πιθανό έναντι όσων το χρησιμοποιούσαν πάντα, να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα.

Η τήρηση των κανόνων υγιεινής είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι όσοι τηρούσαν τους κανόνες υγιεινής, που ενδεχομένως σχετίζεται με τη χρήση αντηλιακού, εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό ηλιακού εγκαύματος. Όσοι αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,25 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα.

Στην περίπτωση των καθημένων αθλητών του volley, το ηλιακό έγκαυμα εντοπίστηκε σε μικρότερο βαθμό 20,8% ενώ το 70,8% ανέφερε ότι έκανε μερικές φορές χρήση αντηλιακού. Η προπόνηση τον χειμώνα, ενδεχομένως λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας αποφυγής του ηλιακού εγκαύματος.

Η ακμή στη μελέτη αυτή βρίσκεται στην 7^η θέση των δερματολογικών νοσημάτων, με ποσοστό 30,6%. Η συχνότητα εμφάνισης της πάνω από 6 φορές, ήταν αρκετά μεγάλη, άνω του 20% και εμφανίστηκε κυρίως τον χειμώνα 77,2%. Οδήγησε σε διακοπή της προπόνησης το 5,5% των αθλητών. Αντίθετα από το ηλιακό έγκαυμα το 62,8% αυτών που εμφάνισαν ακμή, επισκέφτηκαν δερματολόγο και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή.

Όσοι αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,36 φορές πιο πιθανό, έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ακμή. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ακμή είναι πιο συχνή σε εφήβους, με τα αγόρια να προσβάλλονται πιο συχνά και πιο σοβαρά. [84] Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό εμφάνισης στους άνδρες ήταν 26,7% και στις γυναίκες 33,3%, αποτελέσματα που συμφωνούν με αυτά της βιβλιογραφίας σε σχέση με το φύλο, όπου τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ακμή μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων ήταν πιο διαδεδομένη στις γυναίκες σε ποσοστό 53% και 47% στους άνδρες. [85]

Το 50% των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων πάσχουν από ακμή, ενώ το 80-100% έχει κάποια στοιχεία ακμής. Εντοπίζεται κυρίως στο πρόσωπο, στο 99% των ασθενών, στη ράχη 60% και το στήθος 15%. [30] Στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκε στο πρόσωπο, σε ποσοστό 92,8% και στο κορμό 30,3%.

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του δέρματος με εκτιμώμενο παγκόσμιο επιπολασμό περίπου 2-3%. Για μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρούνταν αποκλειστικά ως δερματική διαταραχή. Η ψωρίαση αναγνωρίζεται πλέον ως συστηματική φλεγμονώδης διαταραχή. Η σωματική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί με την ψωρίαση με αρνητικό τρόπο. Θεωρείται κοινωνικό στίγμα λόγω του εντοπισμού σε εκτεθειμένες περιοχές, όπως το πρόσωπο και τα χέρια, και επηρεάζει σημαντικά την ψυχική σφαίρα των ασθενών. Η πορεία της νόσου, η ξαφνική εμφάνιση και η εξάπλωση της, μπορεί να προκαλέσουν αισθήματα ντροπής, επιταχύνοντας την αναγκαστική διακοπή της προπόνησης. [108] Αυτό ενδεχομένως να αιτιολογεί το γεγονός ότι οι αθλητές της παρούσας μελέτης σε ποσοστό 57,5% είχαν επισκεφτεί δερματολόγο και είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για να την αντιμετωπίσουν.

Η ψωρίαση εντοπίστηκε στους αθλητές μας σε ποσοστό 10,3%, τα σημεία εντόπισης ήταν το τριχωτό της κεφαλής 72%, τα άνω άκρα 48%, τα κάτω άκρα 44% και ο κορμός 28%.

Στους καθήμενους αθλητές η ψωρίαση εμφανίστηκε σε ποσοστό 16,7%, το 100% των περιπτώσεων εμφανίστηκε στους μηρούς και στα γόνατα και το 100% επισκέφτηκε δερματολόγο και έλαβε φαρμακευτική αγωγή.

Το 9,7% του δείγματος των αθλητών ανέφερε ότι υπήρχαν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον και το 18,9% ανέφερε την ψωρίαση. Για το 20,8% των καθήμενων αθλητών, που είχαν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό το 40,0% ανέφερε την ψωρίαση.

Δεδομένου ότι στη θεραπεία της ψωρίασης περιλαμβάνεται η φωτοθεραπεία (PUVA, narrowband UVB) είναι πιθανόν οι προπονήσεις σε εξωτερικό περιβάλλον, ενδεχομένως να βελτιώνουν τις δερματικές βλάβες άμεσα μέσω των αντιφλεγμονωδών επιδράσεων των ακτίνων UV, όσο και έμμεσα, αυξάνοντας την παραγωγή βιταμίνης D3. [108]

Στη μελέτη μας, μέσω της στατιστικής ανάλυσης φάνηκε ότι όσοι αθλητές δεν τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,77 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ψωρίαση. Εντούτοις το εύρημα αυτό δεν αξιολογείται αφού δεν προκύπτει η συσχέτιση κανόνων υγιεινής και ψωρίασης από την παθογένεια του νοσήματος.

Στην κατηγορία «άλλα δερματολογικά νοσήματα», τα σημεία εντόπισης στο σώμα με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ήταν το κεφάλι και ο κορμός και το πρόσωπο. Συγκεκριμένα:

Τριχωτό κεφαλής: ψωρίαση 72%

Κορμός: ηλιακό έγκαυμα 66,7%

Πρόσωπο: ηλιακό έγκαυμα 72,4%

Εποχή εμφάνισης

Ορισμένες ασθένειες επηρεάζονται από την εποχή ως προς την εκδήλωσή τους και κάποιες όπως η ακμή, η θυλακίτιδα, η ψωρίαση και η ατοπική δερματίτιδα παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση κατά τη διάρκεια του χειμώνα. [109]

Στην παρούσα μελέτη με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης κατά τη διάρκεια του χειμώνα ήταν η ακμή με ποσοστό 77,2%, η ψωρίαση 87,9% και η δερματίτιδα 73%, αποτελέσματα που συμφωνούν με εκείνα της βιβλιογραφίας. [109]

Στις γυναίκες, η ατοπική δερματίτιδα είναι συχνότερη την άνοιξη και το χειμώνα σε σύγκριση με άλλες εποχές ($p < 0,05$) και οι ιογενείς, βακτηριακές και μυκητιασικές λοιμώξεις, είναι συχνότερες κατά τη διάρκεια του χειμώνα από το καλοκαίρι ($p=0.001$) [110]

Το καλοκαίρι στην παρούσα μελέτη εμφανίστηκαν τα ακόλουθα δερματολογικά νοσήματα:

Τραυματικές δερματικές βλάβες: αιματώματα 64,1%, έγκαυμα από τριβή 68,4%, υπονύχια αιματώματα 55,9%, θλαστικό τραύμα 62,7%, ονυχόλυση 59,7%, πομφόλυγες 78,3%.

Μυκητιασικές λοιμώξεις: ονυχομυκητίαση 69,1%, μυκητίαση ποδιών 75,0%, μυκητίαση χεριών 72,2%, μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών 80,4%, ποικιλόχρους πιτυρίαση 61,9%.

Βακτηριακές λοιμώξεις: θυλακίτιδα, 66,2%, λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο 86%.

Παρασιτικές λοιμώξεις: Φθειρίαση 50%.

Αλλεργίες: κνίδωση από ζέστη / κρύο 68,2%.

Ιογενείς δερματικές λοιμώξεις: απλός (επιχείλιος) έρπητας 50,8%, έρπητας γεννητικών οργάνων 74,4%, μολυσματική τέρμινθος 89,9%, μυρμηκιές 72,4%, οξυτενή κονδυλώματα 84,2%.

Δερματίτιδες: ξηρότητα 40,2%.

Άλλα δερματολογικά νοσήματα: ηλιακό έγκαυμα 98,5%.

Το χειμώνα στην παρούσα μελέτη εμφανίστηκαν τα ακόλουθα δερματικά νοσήματα:

Τραυματικές δερματικές βλάβες: αιματώματα 63,3%.

Δερματικές λοιμώξεις: δερματίτιδα από ταπε, επιγονατίδες παπούτσια, άμμο 73,0%.

Ξηρότητα / ξηροδερμία: 72,9%.

Παρασιτικές λοιμώξεις: ψωρίαση 87,9%, φθειρίαση 50%, ψώρα 81,8%.

Άλλα δερματολογικά νοσήματα: ακμή 77,2%.

Αλλεργίες: κνίδωση από ζέστη / κρύο 68,2%, αναφυλαξία 53,8%.

Ιογενή δερματικά νοσήματα: απλός (επιχείλιος) έρπητας 50,8%.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι εμφάνισαν:

Υψηλότερο ποσοστό ξηρότητας: 40,2% έναντι 30,8% OR = 1,31. Για όσους αθλητές του volley, έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι ήταν 1,31 φορές πιο πιθανό έναντι όσων έκαναν προπόνηση άλλη εποχή του έτους να εμφανίσουν ξηρότητα.

Υψηλότερο ποσοστό λοίμωξης από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο: 24,7% έναντι 15,8% OR = 1,56. Για όσους έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι ήταν 1,56 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν δερματική λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο.

Υψηλότερο ποσοστό ηλιακού εγκαύματος: 49,4% έναντι 31,6%, OR = 1,56. Για όσους έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι ήταν 1,56 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα.

Υψηλότερο ποσοστό μυρμηκιών: 22,5% έναντι 14,3%, OR = 1,57. Για όσους έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι ήταν 1,57 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν μυρμηκιές ($p < .05$).

Χαμηλότερο ποσοστό δερματίτιδας από tape, από επιγονατίδες, από αθλητικά παπούτσια: 21,8% έναντι 36,8%, OR = 1,69. Για όσους έκαναν προπόνηση εκτός από το καλοκαίρι ήταν 1,69 φορές πιο πιθανό έναντι όσων έκαναν προπόνηση το καλοκαίρι να εμφανίσουν δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο ($p < .05$).

Στους καθήμενους αθλητές η εποχή με τις περισσότερες λοιμώξεις ήταν ο χειμώνας, εύρημα που πιθανότατα οφείλεται στο ότι το 43,5% του δείγματος δεν έκανε προπόνηση το καλοκαίρι.

Άμμος θαλάσσης - χαλαζιακή άμμος - Δάπεδο προπόνησης

Η εμφάνιση δερματικών λοιμώξεων στους αθλητές οφείλεται συχνά στο προπονητικό περιβάλλον. Οι τραυματισμοί που σχετίζονται με τη σωματική δραστηριότητα μπορούν να μεταβάλλουν το φυσιολογικό φραγμό του δέρματος και του βλεννογόνου και να επιτρέψουν την εισβολή του μολυσματικού παράγοντα. [111] Η άμμος περιέχει παθογόνα μικρόβια που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία και μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές λοιμώξεις. [112]

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση σε άμμο θαλάσσης, εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό δερματοφυτίας των άκρων ποδών (38,6%) έναντι όσων έκαναν προπόνηση σε χαλαζιακή άμμο (26,3%). Για όσους έκαναν προπόνηση σε άμμο θαλάσσης ήταν 1,46 φορές πιο πιθανό, έναντι όσων έκαναν προπόνηση σε χαλαζιακή να

εμφανίσουν μυκητίαση ποδιών. Το 40,2% των αθλητών δεν γνώριζε την ποιότητα της άμμου και από το 59,8% που την γνώριζε, το 50% ανέφερε ότι προπονούνταν σε άμμο θαλάσσης. Υπάρχει απουσία μελέτης στη βιβλιογραφία που να καταγράφει αν η ποιότητα της άμμου ευθύνεται για την εμφάνιση δερματολογικών νοσημάτων.

Η άμμος που καλύπτει ένα γήπεδο beach volley μπορεί να έχει διαφορετικές ιδιότητες οι οποίες επηρεάζουν την κίνηση των αθλητών. Οι απαιτήσεις για το υλικό της άμμου σύμφωνα με τα πρότυπα της παγκόσμιας ομοσπονδίας (FIVB) αφορά το μέγεθος των κόκκων για να δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για τη σωστή αποστράγγιση του γηπέδου και να αποφεύγεται η συμπίεση σε περίπτωση βροχόπτωσης. Η άμμος πρέπει να είναι απαλλαγμένη από σωματίδια, ως πιθανές αιτίες τραυματισμών του δέρματος και άλλες επιβλαβείς ουσίες.

Το μέγεθος των κόκκων δεν πρέπει να είναι πολύ λεπτό για να μην κολλάει στο δέρμα των αθλητών, δεν πρέπει να περιέχει άργιλο και λάσπη. Σε διεθνείς αγώνες η ποιότητα της άμμου εγκρίνεται από το επίσημο εργαστήριο της FIVB και κατευθυντήριες γραμμές δίνονται στις εταιρείες που ειδικεύονται στην κατασκευή γηπέδων beach volley. [113]

Σύμφωνα με την Πολυμεταβλητή ανάλυση διασποράς, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το δάπεδο προπόνησης (άμμος) επηρεάζει την συχνότητα εμφάνισης και κάποιων επιπλέον δερματολογικών νοσημάτων όπως τη συχνότητα εμφάνισης δερματίτιδας από ταπε, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο, την εμφάνιση ξηρότητας / ξηροδερμίας, πομφολύγων, ηλιακού εγκαύματος και κνίδωσης από ζέστη και κρύο.

Πληροφορίες προπόνησης, έτη, εβδομαδιαία συχνότητα

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι ανεξάρτητα από το επίπεδο ενασχόλησης με την αθλητική προπόνηση ή την έντασή της, μπορεί να προκύψουν σοβαροί ή χρόνιοι τραυματισμοί καθώς και διάφορα δερματολογικά νοσήματα. [114]

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση για χρονικό διάστημα μικρότερο των 12 ετών και οι οποίοι αποτελούσαν το 78,9% του δείγματος εμφάνισαν:

Υψηλότερο ποσοστό σε υπονύχια αιματώματα: 31,7% έναντι 20,9%, OR = 1,52. Για όσους έκαναν προπόνηση λιγότερο από 12 έτη ήταν 1,52 φορές πιο πιθανό έναντι όσων έκαναν προπόνηση πάνω από 12 έτη, να εμφανίσουν υπονύχια αιματώματα.

Υψηλότερο ποσοστό σε έκζεμα χεριών: 20,9% έναντι 12,1%, OR = 1,62. Για όσους έκαναν προπόνηση λιγότερο από 12 έτη ήταν 1,62 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν έκζεμα χεριών.

Υψηλότερο ποσοστό σε θυλακίτιδα: (φλεγμονή στο θύλακα της τρίχας) 26,1% έναντι 16,5%, OR = 1,58. Για όσους έκαναν προπόνηση λιγότερο από 12 έτη ήταν 1,58 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν θυλακίτιδα.

Υψηλότερο ποσοστό σε φθειρίαση: 27,4% έναντι 11,0%, OR = 2,49. Για όσους έκαναν προπόνηση λιγότερο από 12 έτη ήταν 2,49 φορές πιο πιθανό έναντι να εμφανίσουν ψείρες.

Υψηλότερο ποσοστό σε ακμή: 33,5% έναντι 19,8%, OR = 1,69. Για όσους έκαναν προπόνηση λιγότερο από 12 έτη ήταν 1,69 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ακμή ($p < .05$).

Το εύρημα αυτό πιθανότατα είναι τυχαίο δεδομένου ότι δεν προκύπτει κάποια αιτιολογική σχέση μεταξύ τη χρονικής διάρκειας ενασχόλησης με άθλημα και της ανάπτυξης της ακμής στη βιβλιογραφία.

Οι αθλητές που έκαναν προπόνηση λιγότερο από 4 φορές την εβδομάδα, εμφάνισαν:

Υψηλότερο ποσοστό επιφανειακών τραυμάτων: 70,2% έναντι 59,8%, OR = 1,17. Για όσους έκαναν προπόνηση λιγότερο από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,17 φορές πιο πιθανό, έναντι όσων έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές, να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα ($p < .05$). Το εύρημα αυτό πιθανότατα αποδίδεται στην πείρα που αναπτύσσεται σε αθλητές που προπονούνται περισσότερο για την αποφυγή κινήσεων που θα αποφέρουν ενδεχόμενο τραυματισμό.

Χαμηλότερο ποσοστό μυκητίασης ποδιών: 22,1% έναντι 33,9%, OR = 1,53. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,53 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν μυκητίαση ποδιών.

Χαμηλότερο ποσοστό μυκητίασης χεριών: 11,0% έναντι 16,3%, OR = 1,48. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα, ήταν 1,48 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν μυκητίαση χεριών.

Χαμηλότερο ποσοστό μυκητίασης μηροβουβωνικών πτυχών: 11,7% έναντι 18,9%, OR = 1,61. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,61 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών.

Χαμηλότερο ποσοστό ποικιλόχρου πιτυρίασης: 12,30% έναντι 17,9%, OR = 1,45. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,45 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν ποικιλόχρου πιτυρίαση.

Χαμηλότερο ποσοστό δερματίτιδας από tape, από επιγονατίδες, από παπούτσια, από άμμο: 16,9% έναντι 26,7%, OR = 1,57. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,57 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν δερματίτιδα από tape, επιγονατίδες, παπούτσια, άμμο.

Χαμηλότερο ποσοστό εκζέματος χεριών: 16,6% έναντι 22,5%, OR = 1,35. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,35 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν έκζεμα χεριών.

Χαμηλότερο ποσοστό θυλακίτιδας: 20,9% έναντι 28,2%, OR = 1,34. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,34 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν θυλακίτιδα.

Χαμηλότερο ποσοστό λοίμωξης από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο: 18,7% έναντι 30,10%, OR = 1,60. Για όσους έκαναν προπόνηση πάνω από 4 φορές την εβδομάδα ήταν 1,60 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ($p < .05$).

Όσοι αθλητές έκαναν προπόνηση πάνω από 2 ώρες ημερησίως παρατηρήθηκε ότι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν:

Βαθύ (θλαστικό) τραύμα: 28,6% έναντι 38,3% με εκείνους που προπονούνται 1 - 2 ώρες και 33,3% με εκείνους που έκαναν προπόνηση κάτω από 1 ώρα OR = 1,15. Είναι 1,15 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση 1 - 2 ώρες και 1,33 φορές έναντι εκείνων που κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα, να εμφανίσουν βαθύ τραύμα ($p < .05$).

Μυκητίαση των χεριών: 9,2% έναντι 16,2% με εκείνους που προπονούνται 1 - 2 ώρες και 16,7% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα, OR = 1,81. Είναι 1,81 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση 1 - 2 ώρες και 1,76 φορές έναντι εκείνων που κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα, να εμφανίσουν μυκητίαση χεριών. ($p < .05$)

Ψωρίαση: 5,9% έναντι 13,4% με εκείνους που προπονούνται 1 - 2 ώρες (OR = 1,61) και 8,3% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα (OR = 2,27). Είναι 1,61 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση 1 - 2 ώρες και 2,27 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση

κάτω από 1 ώρα, να εμφανίσουν ψωρίαση. ($p < .05$) Το εύρημα αυτό πιθανόν αν εξηγείται από το ότι ο τραυματισμός κατά την προπόνηση αποτελεί εκλυτικό παράγοντα εμφάνισης της ψωρίασης μέσω φαινομένου Koebner.

Φθειρίαση: 15,5% έναντι 30,5% με εκείνους που προπονούνται 1 - 2 ώρες ($OR = 1,82$) και 16,7% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα ($OR = 1,96$). Είναι 1,82 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση 1 - 2 ώρες και 1,96 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα, να εμφανίσουν φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής. ($p < .05$) Το εύρημα αυτό πιθανότατα οφείλεται στο ότι η αύξηση του χρόνου προπόνησης αυξάνει ταυτόχρονα τη διάρκεια του συγχρωτισμού υγιών αθλητών με αθλητές που είναι φορείς της φθειρίασης του τριχωτού της κεφαλής.

Πομφολύγων: 16,4% έναντι 27,1% με εκείνους που προπονούνται 1 - 2 ώρες ($OR = 1,52$) και 25,0% με εκείνους που προπονούνται κάτω από 1 ώρα ($OR = 1,65$). Είναι 1,52 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση 1 - 2 ώρες και 1,65 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα, να εμφανίσουν πομφολύγες. ($p < .05$) Το εύρημα αυτό δείχνει ότι όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχει η προπόνηση τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα εμφάνισης πομφολύγων στο δέρμα από τριβή ή τραυματισμό.

Κνίδωση από ζέστη / κρύο: 14,30% έναντι 24,7% με εκείνους που κάνουν προπόνηση 1 - 2 ώρες ($OR = 2,97$) και 8,30% με εκείνους που κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα ($OR = 1,72$). Είναι 2,97 φορές πιο πιθανό έναντι όσων κάνουν προπόνηση 2 ώρες και 1,72 φορές έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα να εμφανίσουν κνίδωση από ζέστη ή κρύο, έναντι όσων κάνουν προπόνηση κάτω από 1 ώρα ή 1 - 2 ώρες ($p < .05$).

Διάρκεια νοσημάτων

Τα δερματολογικά νοσήματα που σχετίζονται με τον αθλητισμό προκαλούν σημαντική νοσηρότητα στους αθλητές. Προηγούμενες μελέτες έχουν επισημάνει την μεταδοτικότητα και νοσηρότητα των δερματικών λοιμώξεων μεταξύ των αθλητών. [115] Η εμφάνιση τέτοιων δερματοπαθειών μπορεί να είναι επιζήμια όσον αφορά τον χαμένο χρόνο παιχνιδιού και δυνητικά να επηρεάσουν την επιτυχημένη καριέρα των αθλητών. [10]

Η διάρκεια των συμπτωμάτων στα περισσότερα δερματολογικά νοσήματα της μελέτης μας ήταν μικρότερη της 1 εβδομάδας ή του 1 μήνα για το 90% των περιπτώσεων. Στην περίπτωση

της ξηρότητας / ξηροδερμίας τα συμπτώματα αναφέρθηκε ότι διήρκησαν περισσότερο από 1 μήνα, στο 33,6% των περιπτώσεων.

Διακοπή προπόνησης

Η εκδήλωση δερματοπαθειών στους αθλητές μπορεί να οδηγήσει στη διακοπή της προπόνησης.

Το 23,8% των αθλητών volley της μελέτης μας είχε διακόψει την προπόνηση εξαιτίας των επιφανειακών τραυμάτων (διαβρώσεις, τομή, σχίσιμο, τρύπημα), το 12,1% στην περίπτωση των αιματωμάτων ή εκχυμώσεων, το 14,5% στην περίπτωση βαθέως (θλαστικού) τραύματος, το 10,6% στην περίπτωση ηλιακού εγκαύματος και το 11% στην περίπτωση εγκαύματος από τριβή.

Η πλειοψηφία όσων αθλητών διέκοψε την προπόνηση για περίπου 1 εβδομάδα. Για τα υπόλοιπα δερματολογικά νοσήματα το ποσοστό των αθλητών που σταμάτησαν την προπόνηση ήταν, κάτω του 10%. Η διάρκεια διακοπής ήταν 1 εβδομάδα ή 1 μήνας για σχεδόν το σύνολο των αθλητών και για όλα τα δερματολογικά νοσήματα της μελέτης. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με τους Yard και συν. οι οποίοι ανέφεραν ότι το 70% των αθλητών με δερματικές λοιμώξεις απέχουν από τις προπονήσεις τους για διάστημα 7 ημερών. [116]

Σε ότι αφορά τους καθήμενους αθλητές της μελέτης, το 20,8% του δείγματος είχε διακόψει τις προπονήσεις λόγω επιφανειακών τραυμάτων, το 16,7% λόγω πομφολύγων ή αιματωμάτων, το 12,5% λόγω ηλιακού εγκαύματος, εγκαύματος από τριβή, δερματίτιδας από ταπε, προστατευτικά σώματος ή από βαθύ τραύμα.

Επίσκεψη σε δερματολόγο – λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Για κάποιους, αθλητές, το επίπεδο δραστηριότητάς τους αρχικά δεν επηρεάζεται με αποτέλεσμα να μην αναφέρουν το δερματολογικό πρόβλημα που εμφανίζουν σε θεράποντες ιατρούς και να το αντιμετωπίζουν κατ' ιδίαν. Η μη αναφορά και η ακατάλληλη διαχείριση του, μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη επούλωση, βακτηριακό αποικισμό και μόλυνση επηρεάζοντας δυσμενώς τη συνολική υγεία αλλά και την αθλητική ικανότητα. [80]

Ένα μεγάλο ποσοστό αθλητών της μελέτης μας δεν επισκέφτηκε δερματολόγο και δεν έλαβε φαρμακευτική αγωγή για να θεραπεύσει το δερματολογικό νόσημα που αντιμετώπιζε.

Τα δεδομένα της έρευνας έδειξαν ότι για τα δερματολογικά νοσήματα με την μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων (περισσότερες από 100 απαντήσεις), οι αθλητές δεν επισκέφτηκαν δερματολόγο για:

Ιογενείς λοιμώξεις: το 40,6% για επιχείλιο ή/και απλό έρπητα.

Παρασιτικές λοιμώξεις: το 57,9% για ψώρα. Εδώ τίθεται πράγματι ένας προβληματισμός για το αν επρόκειτο για ψώρα δεδομένου ότι η διάγνωση του νοσήματος δεν είναι εύκολη, πρέπει να γίνει από δερματολόγο και απαιτείται για τη θεραπεία, συγκεκριμένη αγωγή.

Δερματίτιδες: το 39,9% για τη δερματίτιδα (όπου το 25,5% είχε λάβει θεραπεία, το 38,5% για ξηρότητα / ξηροδερμία.

Τραυματισμοί του δέρματος: το 61,5% του δείγματος για την περίπτωση επιφανειακών τραυμάτων (διαβρώσεις, τομή, σχίσσιμο, τρύπημα), το 52,5% για έγκαυμα από τριβή, το 65,0% για αιματώματα, το 60,3% για τα υπονύχια αιματώματα, το 40,8% για την ονυχόλυση, το 52,4% για πομφόλυγες, το 52,5% για έγκαυμα από τριβή. Είναι πιθανόν σε όλες αυτές τις περιπτώσεις οι αθλητές να περιποιήθηκαν κατ' ιδίαν τα τραύματα αυτά.

Αλλεργικές παθήσεις: το 41,8% για κνίδωση από ζέστη/κρύο, το 52,8% για αναφυλαξία. Τα ευρήματα αυτά πιθανότατα δείχνουν ότι τα επεισόδια αυτά ήταν υποτροπές και οι αθλητές επανέλαβαν κατ' ιδίαν την αγωγή που τους είχε ήδη χορηγηθεί.

Ηλιακό έγκαυμα: το 43% για το ηλιακό έγκαυμα (που όμως είχε κάνει χρήση φαρμακευτικής αγωγής).

Επισκέφτηκαν δερματολόγο και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για:

Ιογενείς λοιμώξεις: το 79,8% για την μολυσματική τέρμινθο, το 71,2% για τις μυρμηκίες, το 69,9% για τον έρπητα γεννητικών οργάνων, το 64,7% για τον έρπητα ζωστήρα, το 63,5% για τα οξυτενή κονδυλώματα. Οι αθλητές που δεν επισκέφθηκαν δερματολόγο πιθανόν αντιμετώπισαν από μόνοι τους τις λοιμώξεις ειδικά αν αφορούσαν υποτροπιάζοντα επεισόδια.

Μυκητιασικές λοιμώξεις: το 74,1% για την μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών, το 59,2% για την μυκητίαση ποδιών, το 50% για την μυκητίαση χεριών, το 49,3% για την ονυχομυκητίαση, το 44,2% για την ποικιλόχρου πιτυρίαση.

Βακτηριακές λοιμώξεις: το 68,1% για την λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, το 64,6% για τη θυλακίτιδα.

Παρασιτικές λοιμώξεις: το 57,5 για την ψώρα.

Δερματίτιδες: το 51,4% για το έκζεμα χεριών.

Τραύματα του δέρματος: το 48,5% για το βαθύ τραύμα.

Για τους καθήμενους αθλητές της μελέτης, αυτοί επισκέφτηκαν δερματολόγο και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή σε ποσοστό 100% για το έκζεμα χεριών, για τη λοίμωξη από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και για τη ψωρίαση.

Για τα υπόλοιπα δερματολογικά νοσήματα επισκέφτηκαν δερματολόγο και έλαβαν φαρμακευτική αγωγή, ως εξής:

Μυκητιασικές λοιμώξεις: το 66,7% για ονυχομυκητίαση, το 62,5% για μυκητίαση των ποδιών, το 50% για μυκητίαση των χεριών και 50% για μυκητίαση των μηροβουβωνικών πτυχών.

Τραύματα του δέρματος: το 33,3% για έγκαυμα από τριβή.

Ιογενείς λοιμώξεις: το 75% για απλό (επιχείλιο) έρπητα.

Δεν επισκέφτηκαν δερματολόγο για:

Τραύματα του δέρματος: το 66,7% για επιφανειακά τραύματα, το 66,7% για υπονύχια αιματώματα, το 75% για πομφόλυγες, το 33,3% για έγκαυμα από τριβή.

Ιογενείς λοιμώξεις: το 50% για μυκητίαση χεριών, 50% για μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών, 50% για δερματίτιδα από προστατευτικά σώματος.

Δερματίτιδες: το 80% για ξηρότητα / ξηροδερμία.

Ηλιακό έγκαυμα: το 60% για ηλιακό έγκαυμα.

Αλλεργικές παθήσεις: το 50% για κνίδωση από ζέστη / κρύο.

Η αποφυγή επίσκεψης σε δερματολόγο πιθανόν λόγω ενδεχόμενης ταλαιπωρίας κατά την μετακίνηση ή ύπαρξης εξόδων (αμοιβή ιατρού) και η μη λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία, αυξημένη νοσηρότητα, καθώς και αποχή από την προπόνηση και τους αγώνες. [35]

Κανόνες υγιεινής

Τα δερματολογικά νοσήματα συσχετίζονται στη βιβλιογραφία με την ακατάλληλη συντήρηση των αθλητικών αιθουσών, τη μη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις υγιεινής σχετικά με τον αθλητικό εξοπλισμό και τη μη τήρηση της προσωπικής υγιεινής από τους αθλητές. [117]

Τα δεδομένα της μελέτης έδειξαν ότι όσοι αθλητές τηρούσαν πάντα τους κανόνες υγιεινής, έναντι όσων τους τηρούσαν μερικές φορές εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό:

Επιφανειακών τραυμάτων: 63,5% έναντι 74,7%, OR = 1,17, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,17 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν επιφανειακά τραύματα.

Αιματώματων: 36,1% έναντι 49,4%, OR = 1,36, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,36 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν αιματώματα.

Υπονύχιων αιματωμάτων: 28,9% έναντι 42,5%, OR = 1,47, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,47 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα να εμφανίσουν αιματώματα υπονύχια.

Ποικιλόχρους πιτυρίασης: 13,9% έναντι 24,1%, OR = 1,73, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,73 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ποικιλόχρους πιτυρίαση.

Ξηρότητας / ξηροδερμίας: 39,0% έναντι 54,0%, OR = 1,38, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,38 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ξηρότητα / ξηροδερμία.

Θυλακίτιδας: 23,5% έναντι 33,3%, OR = 1,41, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,41 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν θυλακίτιδα.

Ψωρίασης: 9,7% έναντι 17,2%, OR = 1,77, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,77 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ψωρίαση.

Πομφόλυγων: 21,8% έναντι 34,5%, OR = 1,58, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,58 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν πομφόλυγες.

Ηλιακού εγκαύματος: 48,5% έναντι 60,9%, OR = 1,25, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,25 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ηλιακό έγκαυμα.

Ακμής: 30,3% έναντι 41,4%, OR = 1,36, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,36 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ακμή.

Κνίδωσης από ζεστό / κρύο: 19,4% έναντι 31,0%, OR = 1,59, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,59 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν κνίδωση από ζεστό / κρύο.

Απλού (επιχείλιου) έρπητα: 28,7% έναντι 40,2%, OR = 1,40, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,40 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν επιχείλιο έρπητα / απλό έρπητα.

Έρπητα ζωστήρα: 13,7% έναντι 21,8%, OR = 1,59, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,59 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν έρπητα ζωστήρα.

Έρπητα γεννητικών οργάνων: 12,4% έναντι 21,8%, OR = 1,75, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,75 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν έρπητα γεννητικών οργάνων.

Μολυσματικής τέρμινθου: 15,5% έναντι 29,9%, OR = 1,92 για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,92 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν μολυσματική τέρμινθο.

Μυρμηκιών: 21,5% έναντι 32,2%, OR = 1,49, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,49 πιο πιθανό φορές έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν μυρμηκιές.

Ψώρας: 7,6% έναντι 14,9%, OR = 1,96, για όσους αθλητές τηρούσαν μερικές φορές τους κανόνες υγιεινής ήταν 1,96 φορές πιο πιθανό έναντι όσων τους τηρούσαν πάντα, να εμφανίσουν ψώρα.

Η παρούσα έρευνα που διεξήχθη για τους αθλητές της πετοσφαίρισης, του beach volley και των καθήμενων αθλητών του volley, απέδειξε ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός δερματολογικών νοσημάτων, τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν οι αθλητές οι οποίοι αποτελούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, συχνά λόγω της έκθεσής τους σε διαφορετικούς ανθρώπους και περιβάλλοντα. Σε σύγκριση των δερματολογικών νοσημάτων με εκείνα του γενικού πληθυσμού παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης στα ακόλουθα δερματολογικά νοσήματα: από τις βακτηριακές δερματολογικές λοιμώξεις η θυλακίτιδα και ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, από τις μυκητιασικές λοιμώξεις η ονυχομυκητίαση, η μυκητίαση ποδιών, η μυκητίαση χεριών, η ποικιλόχρους πιτυρίαση. Από τις ιογενείς δερματικές λοιμώξεις η μολυσματική τέρμινθος, οι μυρμηκιές, ο απλός έρπητας / επιχείλιος έρπητας και ο έρπητας ζωστήρα. Από τις παρασιτικές η φθειρίαση, από τις δερματικές τραυματικές βλάβες τα επιφανειακά τραύματα. Αυξημένα ποσοστά καταγράφηκαν στις δερματίτιδες, στο ηλιακό έγκαυμα και στη ψωρίαση.

Οι αθλητές συχνά μοιράζονται προσωπικά αντικείμενα (π.χ. πετσέτες, μπουκάλια νερού και σαπούνι) και εξοπλισμό (π.χ. βάρη), που αποικίζονται από ιούς και βακτήρια. Μπορεί να διαμένουν σε κοιτώνες ή σε δωμάτια ξενοδοχείου ενώ ταξιδεύουν, γεγονός που οδηγεί σε στενή επαφή και υψηλή έκθεση με τους συναθλητές τους που τυχόν νοσούν ή είναι φορείς. [118]

Η πρωτογενής πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί με καλές πρακτικές υγιεινής και τροποποίηση συμπεριφοράς για την ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων μόλυνσης. Η δευτερογενής πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί μέσω της επαγρύπνησης για τις αναφερόμενες ασθένειες, της κατάλληλης

εκπαίδευσης για τη μείωση της εξάπλωσης σε περίπτωση εμφάνισης ασθένειας και της έγκαιρης προφύλαξης με φάρμακα. Ο κίνδυνος μετάδοσης εξαρτάται από τον μολυσματικό παράγοντα, εάν μεταδίδεται μέσω αναπνευστικών εκκρίσεων, επαφής με το δέρμα ή αίματος. [118]

Η πρόβλεψη της μετάδοσης κυρίως των δερματικών λοιμώξεων είναι η δεύτερη πιο σημαντική παράμετρος της θεραπείας τους, μετά από την φαρμακευτική τους αντιμετώπιση. Η προστασία απέναντι στη λοίμωξη και τη μετάδοση των παθογόνων μικροοργανισμών, κατά την άθληση είναι σημαντική, προκειμένου να μειωθεί η νοσηρότητα, να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες από τους ήδη πάσχοντες αλλά και για να προστατευθούν οι υπόλοιποι αθλητές, προκειμένου να μην νοσήσουν και να ελαχιστοποιηθούν οι διακοπές στο πρόγραμμα προπόνησης και στο πρόγραμμα των αγώνων. Επιπλέον η ανακριβής διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε επιδημίες και άλλες απρόβλεπτες παρενέργειες στους ασθενείς. [116]

Οποιοσδήποτε αθλητής εμφανίσει εκδορές, τραύματα, δυνητικά μολυσματικές δερματικές βλάβες, όπως φυσαλίδες, εφελκίδες, κ.α., θα πρέπει να απομακρύνεται από τους αγώνες και τις προπονήσεις έως ότου η περιοχή να καλυφθεί με ασφάλεια, με αδιάβροχους, αυτοκόλλητους, επιδέσμους για την αποφυγή εκροής σωματικών υγρών όπως, αίμα ή ορώδες υγρό. Οι στολές που έχουν εμποτιστεί με σταγόνες αίματος αθλητή πρέπει να αφαιρούνται και να αντικαθίστανται αμέσως μετά τη διακοπή αιμορραγίας, οποιασδήποτε αιτιολογίας. [118]

Η καλή προσωπική υγιεινή μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του αποικισμού των βακτηρίων και στην ελάττωση της εμφάνισης δερματικών λοιμώξεων, εύρημα που προέκυψε και από την παρούσα μελέτη. Οι γενικές προφυλάξεις, η χρήση γαντιών μιας χρήσης κατά την εξέταση των πληγών και το συχνό πλύσιμο των χεριών, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο μόλυνσης. Θα πρέπει να καταρτίζονται και να καταγράφονται τα τακτικά προγράμματα καθαρισμού για τον κοινόχρηστο εξοπλισμό των γυμναστηρίων και για τον καθαρισμό των χώρων προπόνησης, των αποδυτηρίων και των κοινόχρηστων λουτρών. [118]

Η χρήση χαλαζιακής άμμου όπως αυτή προβλέπεται από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, επιβάλλεται να περιλαμβάνει και δειγματοληπτικό μικροβιολογικό έλεγχο.

Η εκπαίδευση όλων των συμμετεχόντων στον αθλητισμό, των προπονητών, του αθλητικού προσωπικού και των αθλητών σε θέματα υγιεινής, είναι υψίστης σημασίας για τη δημόσια

υγεία και για την πρόληψη. Θα πρέπει όλοι να γνωρίζουν τις κατάλληλες πρώτες βοήθειες για τα επιφανειακά τραύματα που μπορούν δυνητικά να μολυνθούν και να αναζητούν άμεση ιατρική εξέταση, εφόσον αυτό απαιτείται. Μια προσεκτική εκτίμηση αυτών των σημείων είναι συχνά αρκετή για να διασφαλιστεί η επαρκής αξιολόγηση για καλοήθεις καταστάσεις που αντιμετωπίζονται κατ' ιδίαν αλλά συχνά αυτό που παρατηρείται μπορεί να είναι πιο περίπλοκο και η περαιτέρω αντιμετώπιση να χρήζει ιατρικής εξέτασης.

Ωστόσο, μια πλήρης δερματολογική εξέταση συχνά παραλείπεται από τους αθλητές συμπεριλαμβανομένων και του αθλήματος του volley, καθώς άλλα μέρη της φυσικής εξέτασης, όπως το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και το νευρολογικό σύστημα, αποτελούν προτεραιότητα. Μολονότι τίποτα δεν μπορεί να υποβαθμίσει τη σημασία της εξέτασης των κύριων συστημάτων σε μια ιατρική εξέταση, υπάρχουν πολλοί λόγοι για μια σωστή πλήρη δερματολογική εξέταση στον αθλητή αγώνων που καλείται να αντιμετωπίσει ένα σημαντικό αριθμό σωματικών και περιβαλλοντικών, στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με δέρμα του, τα μαλλιά, τα νύχια και τους βλεννογόνους.

Οι δερματολόγοι διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στη διάγνωση και τη θεραπεία δερματικών παθήσεων στο γενικό πληθυσμό, αλλά παίζουν ρόλο και στη θεραπεία των αθλητών, επειδή η σωστή διάγνωση, θεραπεία και διαχείριση είναι ζωτικής σημασίας.

Υπάρχουν λίγες μόνο μελέτες που να αφορούν τον επιπολασμό των δερματοπαθειών σε αθλητές διαφόρων αθλημάτων. Περαιτέρω μελέτες κρίνονται απαραίτητες για να εξεταστούν οι γενικές επιπτώσεις του αθλητισμού στην υγεία του δέρματος ενώ η συνεργασία μεταξύ αθλητών και δερματολόγων κρίνεται απαραίτητη.

Σαφείς οδηγίες και μέτρα αντιμετώπισης, οι οποίες θα πρέπει να ανανεώνονται σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, πρέπει να είναι διαθέσιμες προς τους αθλητές, από τις αντίστοιχες αθλητικές ομοσπονδίες. Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι απαραίτητες και σχετίζονται με την πρόληψη, τους τρόπους αντιμετώπισης και την επιστροφή στην προπόνηση.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι δερματικές παθήσεις είναι η τέταρτη κύρια αιτία μη θανατηφόρου φορτίου ασθενειών. Η επιβάρυνση είναι τεράστια τόσο στις χώρες υψηλού όσο και χαμηλού εισοδήματος. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνηγορούν σθεναρά υπέρ της λήψης μέτρων για την πρόληψη και τη θεραπεία των δερματικών παθήσεων στις μελλοντικές παγκόσμιες στρατηγικές για την υγεία των αθλητών.

Βιβλιογραφία

1. Champion AE, Goodwin TA, Brolinson PG, Werre SR, Prater MR, Inzana TJ. Prevalence and characterization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from healthy university student athletes. *Ann Clin Microb and antimicrobials*. 2014; 13:33
2. Brooks C, Kujawska A, Patel D. Cutaneous allergic reactions induced by sporting activities. *Sports Med*. 2003;33(9):699–708
3. Sérgio Rocha Piedade, Andreas B. Imhoff Mark Clatworthy Moises Cohen João Espregueira-Mendes. *The Sports Medicine Physician*, Springer ISBN 978-3-030-10432-0 ISBN 978-3-030-10433-7, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-10433-7>. ISAKOS 2019
4. Maclaren D. Court games: volleyball and basketball in T. Reilly, N. Secher, P. Snell and C. Williams. *Physiology of sports*. 1990; 427-464
5. Schutz LK. Volleyball. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 1999;10(1):19-34
6. Jensen J. Play-by-play Volleyball. Lerner Publications Group. Abe Books; 2006, ISBN 13: 9780822598824
7. Reeser JC, Bahr R. Handbook of Sports Medicine and Science, Volleyball, 2nd edition, Willey Blackwell; 2017
8. Esatbeyoglu F, Marszalek J, MacDonald K, Ashcroft L. Differences in fundamental sitting volleyball skills between functional sport classes: a video analysis method. *Inter J Perform Anal Sp*. 2021; 24(1): 451-462
9. Ελληνική Παραολυμπιακή Επιτροπή (Ε.Π.Ε.) <https://www.Paralympic.gr>
10. Sole CJ, Kavanaugh AA, Stone MH. Injuries in collegiate women's volleyball: a four-year retrospective analysis. *Sports*. 2017;10;5(2):26
11. Beneka A, Malliou P, Gioftsidou A, et al. Injury incidence rate, severity and diagnosis in male volleyball players. *Sports Sc. Health* 2009; 5(3):93-99
12. Gisslén K, Alfredson H. Neovascularization and pain in jumper's knee: a prospective clinical and sonographic study in elite junior volleyball players. *Br J Sports Med*. 2005;39(7):423-8
13. Augustsson SR, Augustsson J, Thomee R, et al. Injuries and preventive actions in elite Swedish volleyball. *Scand J Med Sci Sports*. 2006;16(6):433-40

14. Lajtai G, Pfirrmann WA, Aitzetmuller G, et al. The shoulders of professional Beach Volleyball Players High Prevalence of Infraspinatus Muscle Atrophy. *Am J Sports Med.* 2009;37(7):1375-83
15. Manuel J, Olmedo J, Penichet A. Injuries and pathologies in beach volleyball players: A systematic review. *J Hum Sport Exer.* 2015;10(4):936-948
16. Pfirrmann C, Jost B, Pirkl C, Aitzetmuller G, Lajtai G. Quadriceps tendinosis and patellar tendinosis in professional beach volleyball players: sonographic findings in correlation with clinical symptoms. *Eur Radiol.* 2008;18(8):1703-1709
17. Eren U. An analysis of the sports injuries occurred in competitions in Men's Volleyball League during five years period (2011-2016) *J Hum Sci.* 2016;13(3): 5786-5795
18. Eerkes K. Volleyball injuries. *Curr Sports Med Rep.* 2012;11(5):251-6
19. Junge A, Engebretsen, L, Mountjoy M. et al. Sports injuries during the Summer Olympic Games 2008. *Am J Sports Med.* 2009;37(11):2165-72
20. Engebretsen L, Soligard T, Steffen K. et al. Sports injuries and illnesses during the London Summer Olympic Games 2012. *Br J Sports Med.* 2013;47(7):407-14
21. Gámez J, Montaner AM, Alcántara, Alemany S, López MA, Montero J, Garcia AG. Vera PM. Epidemiology of beach volleyball and beach soccer. *Seleccion.* 2006;15(1):22-27
22. Cieśla E, Dutkiewicz R, Mgłosiek M, Nowak-Starz G, Markowska M, Jasiński P, Dudek J. Sports injuries in Plus League volleyball players. *J Sports Med Phys Fitness.* 2015;55(6):628-38
23. Kilic O, Maas M, Verhagen E, et al. Incidence, aetiology and prevention of musculoskeletal injuries in volleyball: A systematic review of the literature. *Eur J Sport Sci.* 2017;17(6):765-793
24. Krzywanski J, Kuchar E, Mierzynski R. Cutaneous larva migrans in a beach volleyball player. *ID Cases J.* 2021;24:24,e01084
25. Veraldi S, Persico MC, Valsecchi M. Tungiasis in a beach volleyball player: A case report. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2011;101(4):353-5
26. Collins CJ, O'Connell B. Infectious disease outbreaks in competitive sports, 2005-2010. *J Athl Train.* 2012;47(5):516-518

27. Brandon A, Nimesh P, Wang L, et al. The Sports Ball as a Fomite for Transmission of *Staphylococcus aureus*. *J Envir Heal*.2018; 80(6)
28. Winokur RC, Dexter WW. Fungal infections and parasitic infestations in sports- Expedient identification and treatment. *Phys Sportsmed*. 2004;32(10):23-33
29. Tertipi N, Kefala V, Papageorgiou E, Rallis E. Prevalence of Common Viral Skin Infections in Beach Volleyball Athletes. *Viruses*. 2021;13(11):2107
30. Ρηγόπουλος Δ. Στρατηγός Α. Κατούλης Α. Γρηγορίου Σ. Ράλλης Ε. Εγχειρίδιο Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας, Ιατρικές Εκδόσεις Νέον 2021 ISBN:978-618-5515-00-3
31. Rosner M, Zloto O. Periocular molluscum contagiosum: six different clinical presentations. *Acta Ophthalmol*. 2018;96(5):600-605
32. Jung JM, Jung CJ, Lee WJ, et al. Topically applied treatments for external genital warts in no immunocompromised patients: a systematic review and network meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2020;183(1):24-36
33. Ahmadinejad Z, Razaghi A, Noori A. et al. Prevalence of fungal skin infections in Iranian wrestlers. *Asian J Sports Med*.2013; 4(1):29-33
34. Anderson BJ. The epidemiology and clinical analysis of several outbreaks of herpes gladiatorum. *Med Sci Sports Exerc*.2003;35(11):1809-1814
35. Emer J, Sivek R, Marciniak B. Sports dermatology: Part 1 of 2 traumatic or mechanical injuries, inflammatory conditions, and exacerbations of pre-existing conditions. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8(4):31-43
36. Deering KN, Chettiar J, Chan K et al. Sex work and the public health impacts of the 2010 Olympic Games. *Sex Transm Infect*. 2012; 88(4):301–303
37. Pleacher DM, Dexter MD. Cutaneous Fungal and Viral Infections in Athletes. *Clin Sports Med*. 2007; 26(3):397-411
38. Khodadadi H, Zomorodian K, Nouraei H, Zareshahrabadi Z. Prevalence of superficial-cutaneous fungal infections in Shiraz, Iran: A five-year retrospective study (2015-2019). *J Clin Lab Anal*. 2021;35(7):23850
39. Adams BB. Tinea corporis gladiatorum. *J Am Acad Dermatol*.2002; 47(2):286-90
40. Hedayati TM, Afshar P, Tahereh S, Aghili R. A study on tinea gladiatorum in young wrestlers and dermatophyte contamination of wrestling mats from Sari, Iran. *Br J Sports Med*. 2007;41(5):332-334

41. Daggett C, Brodell R, Daniel R, Jackson J. Onychomycosis in Athletes. *Am J Clin Dermatol.* 2019;20(5):691-698
42. Attye A, Auger P, Joly J. Incidence of occult athlete's foot in swimmers. *Eur J Epidem.* 1990; 6(3):244-247
43. Kamihama T, Kimura T, Hosokawa JI, Ueji M, et al. Tinea pedis outbreak in swimming pools in Japan. *Public Health.* 1997;111(4):249-53
44. Nigam K, P, Saleh D. Tinea Pedis. StatPearls [Internet] Last Update: July 3, 2022. Bookshelf ID: NBK470421 PMID: 29262247
45. Kang R, Lipner S. Consumer preferences of antifungal products for treatment and prevention of tinea pedis. *J Dermatolog Treat.* 2019;30(8):745-749
46. Sabarin SC, Benveqnu AS, Carvalho da Fortura MM, et al. Onychomycosis and tinea pedis in athletes from the State of Rio Grande Do Sul (Brazil): a cross-sectional study, *Mycopathologia.* 2011;17(3):183-9
47. Zinder SM, Basler RS, Foley J, Scarlata C, Vasily DB. National athletic trainers' Association Position Statement: Skin Diseases. *J Athl Train.* 2010; 45(4):411-28
48. Ely JW, Rosenfeld S, Seabury SM. Diagnosis and management of tinea infections. *Am Fam Physician.* 2014;15;90(10):702-10
49. Liebich C, Wergin VV, Von Bruehl ML, et al. Dermatoses in Competitive Athletes. *German journal of Sports Medicine.* Published online: February 2021;71(1)
50. Stacey AR, Endersby PC, Marples RR. An outbreak of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* infection in a rugby football team. *Br J Sports Med.* 1998; 32(2):153-4
51. Dokic Y, Engeln K, McCann SE. Purpura and erythema associated with cutaneous numbness and hyperesthesia. *JAAD Case Rep.* 2020;6(10):970-972
52. 186 Skin Disorders in Athletes: Professional and Recreational Sports Aneja S, Taylor SJ. Department of Dermatology, Desk A-61, Dermatology-Plastic Surgery Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH USA 1661-1678 2012 Springer
53. Kockentiet B, Adams BB. Contact dermatitis in athletes. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(6):1048-55
54. Ventura MT, Dagnello M, Matino GM. et al. Contact dermatitis in students practicing sports: incidence of rubber sensitisation. *Br J Sports Med.* 2001;35(2):100-2

55. Sasseville D, Geoffrion G, Lowry NR. Allergic contact dermatitis from chlorinated swimming pool water. *Contact Dermatitis*. 1999;41(6):347-8
56. Sijapati N, Scituro M, Le M, et al. Exercise -Induced Urticaria: A Rare Case Report. *Cureus*. 2022;11;14(3): e 23062
57. McMahon AJ, Howe A. Cold weather issues in sideline and event management. *Curr Sports Med Rep*. 2012;11(3):135-41
58. Shadick NA, Liang HM, Partridge JM, et al. The natural history of exercise -induced anaphylaxis: survey results from a 10-year follow-up study. *Allergy CLIN Immunol*. 1999;104(1):123-7
59. Wikipedia
60. Freiman A, Barankin B, Elpern DJ. Sports dermatology part 1: common dermatoses. *CMAJ*. 2004;171(8):851–3
61. Richard T, Leikin B. Irritants and corrosives. *Emerg Med Clin North Am*. 2015;33(1):117-31
62. Beyer R, Inversely J, Sorensen B. Muscle bleeds in professional athletes’ diagnosis, classification, treatment and potential impact in patients with haemophilia. *Hemophilia*. 2010;16(6):858-65
63. Carr PC, Cropley T G. Sports dermatology: skin disease in athletes. *Clin Sports Med*. 2019;38(4):597-618
64. Hall M, Shurr DG, Zimmerman MB. Plantar foot surface temperatures with use of insoles. *Lowa Orthop J*. 2004;24:72-5
65. Grouios G. Corns and calluses in athletes’ feet: a cause for concern. *The Foot*. 2004;14(4):175-184
66. Uchiyama M, Tsuboi R, Mitsuhashi Y. Athlete’s nodule. *J Dermatol*. 2009;36(11):608-11
67. Urbina F, Leon L, Sudy E. Black heel, talon noir or calcaneal petechiae? *Australas J Dermatol*. 2008;49(3):148-51
68. Tloutan EB, Mancini JA, Mandell AJ. et al. Skin conditions in figure skaters, ice-hockey players and speed skaters: part II- cold-induced, infectious and inflammatory dermatoses. *Sports Med*. 2011;41(11):967-84
69. Bannerman E, Stevenson HJ. Dermatology Issues in Sports. *Current Sports Medicine Reports*. 2017;16(4):219-20

70. Parasitic Skin Infections. 5; 84-92, Sports Dermatology. Springer
71. Adams BB. Dermatologic disorders of the athlete. *Sports Med.* 2002; 32(5):309-21
72. Yamaguchi T, Kubota M, Naruse H, Kuwatsuru K, Miyazaki T. Injuries and Illnesses Observed in Athletes from Beginner to Elite Levels at the 18th National Sports Festival for Persons with Disabilities in Japan. *Prog Rehabil Med.* 2021; 6:20210032
73. Curtis KA, Dillon DA. Survey of wheelchair athletic injuries: common patterns and prevention. *Paraplegia.* 1985;23(3):170-5
74. Siow HM, Cameron DB, Ganley TJ. Preparticipation Sports Evaluation: Issues for Healthy Children and Athletes With Disabilities. *J Pediatr Orthopaedics.* 2010;30:17-20
75. Nyland J, Snouse SL, Anderson M, Kelly T, Sterling JC. Soft tissue injuries to USA Paralympians at the 1996 summer games. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000; 81(3):368–73
76. Blauwet CA, Cushman D, Emery C. et al. Risk of injuries in Paralympic track and field differs by impairment and event discipline: a prospective cohort study at the London 2012 Paralympic Games. *Am J Sports Med.* 2016;44(6):1455–62
77. Martinengo L, Olsson M, Bajpai R. et al. Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol.* 2019; 29:8-15
78. Schofield JK, Fleming D, Grindlay D, Williams H. Skin conditions are the commonest new reason people present to general practitioners in England and Wales. *Br J Dermatol.* 2011;165(5):1044-50
79. Weesner T. Skin infections: Which Student-Athletes are at greatest risk? *NASN Sch Nurse.* 2017;32(4):235-237
80. Beam JW, Buckley B, Holcomb WR, Ciocca M. National Athletic Trainers' Association position statement: management of acute skin trauma. *J Athl Train.* 2016;51(12):1053-1070
81. Bongomin F, Gago S, Oladele R. et al. Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases-Estimate Precision. *J Fungi.* 2017;3(4):57
82. Richard MA, Paul C, Nijsten T. et al. Prevalence of most common skin diseases in Europe: a population- based study. *J Eur Dermatol Venerol.* 2022;36(7):1088-1096
83. Reitmayer HE. A review on volleyball injuries. *Phys Educ Rehab J.* 2019;10(19):189-194

84. Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol.* 2015;1:3-12
85. Skroza N, Tolino E, Mambrin A, Zuber S, Balduzzi V. Adult Acne Versus Adolescent Acne: A Retrospective Study Of 1,167 Patients. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2018;11(1):21-25
86. Himed S, Muddasani S, Fleischer A. Epidemiology of viral skin disease: An increased burden in childhood and a correlation with atopic dermatitis and gross domestic product. *J Dermatol.* 2021;25(2):65-69
87. Cyr PR. Viral skin infection: preventing outbreaks in sports settings. *Phys Sportsmed.* 2004;32(7):33-8
88. Olsen RJ, Gallacher J, Piguat V, et al. Epidemiology of molluscum contagiosum in children: a systematic review. *Fam Pract.* 2014;31(2):130-6
89. Young CC, Niedfeldt M, Gottschlich LM, et al. Infectious disease and the extreme sport athlete. *Clin Sports Med.* 2007;26(3):473-87
90. Herzog MM, Fraser MA, Register-Mihalik JK, Kerr ZY. Epidemiology of Skin Infections in Men's Wrestling: Analysis of 2009–2010 Through 2013–2014 National Collegiate Athletic Association Surveillance Data. *J Athl Train.* 2017;52(5):457-463
91. McQuillan G, Kruszon-Moran D, Flagg W, Paulose-Ram R. Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 1 and Type 2 in Persons Aged:14-49: United States, 2015-2016. U.S. *NCHS.* 2018;(304):1-8
92. Peterson AR, Nash E, Anderson BJ. Infectious Disease in Contact Sports. *Sports Health.* 2019;11(1):47-58
93. Patel H, Wagner M, Singhal P, Kothari S. Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infect Dis.* 2013;13:39.
94. Adams BB. Which skin infections are transmitted between athletes? *West J Med.* 2001;174(5):352-353
95. Sarker F, Akter T, Musa S, Bhuiyan A. Fungal Skin Diseases and Related Factors in Outpatients of Three Tertiary Care Hospitals of Dhaka, an Urban City of Bangladesh: Cross-Sectional Study. *J Sci Techn Res.* 2021;39(1):30926-30933

96. Perea S, Ramos M, Garau M. Prevalence and risk factors of tinea unguium and tinea pedis in the general population in Spain. *J Clin Microbiol.* 2000;38(9):3226-30
97. Pippin M, Madden M, Das M. Tinea Cruris. StatPearls [Internet], 2022; Bookshelf ID: NBK554602 PMID:32119489
98. Karray M, McKinney W. Tinea Versicolor. StatPearls [Internet], 2021; Bookshelf ID: NBK482500 PMID:29494106
99. Winters R, Mitchell M. Folliculitis. StatPearls [Internet] 2022; Bookshelf ID: NBK547754 PMID:31613534
100. Wu M, Tong X, Wang L. Prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in healthy Chinese population: A system review and meta-analysis, *PlosOne J.* 2019;14(10)
101. Mekic S, Jacobs L, Gunn D. Prevalence and dermatitis for xerosis cutis in the middle-aged and elderly population: A cross-sectional study. *Am Acad Dermatol.* 2019; 81(4):963-969
102. Thyyalappil A, Sridharan R, Amrutha P. Patch Test Results of 276 Cases with Footwear Dermatitis- A Retrospective Study from a Tertiary Care Center in South India, *Indian Dermatol Online J.* 2020;11(5):720-724
103. Alinaghi F, Bennike, Egeberg A, Thyssen J, Johansen J. Prevalence of contact allergy in general population: A systematic review and meta-analysis, *Contact Dermatitis.* 2019; 80(2):77-85
104. Del Giacco SR, Manconi PE, Del Giacco GS. Allergy and sports. *Allergy.* 2001;56(3):215-223
105. Nejati J, Keyhani A, Tavakili A. Prevalence and Risk Factors of Pediculosis in Primary School Children in South West of Iran, *Iran J Public Health.* 2018; 47(12):1923-1929
106. World Health Organization
107. Holman DM, Ding H, Guy GP, Watson M, Hartman AM, Perna FM. Prevalence of sun protection use and sunburn and association of demographic and behavioral characteristics with sunburn among US adults. *JAMA Dermatol.* 2018;154(5):561-568

108. Custurone P, Macca L, Bertino L, Di Mauro D, Trimarchi F, Vaccaro M, Borgia F. Mutual influence of psoriasis and sport. *Medicina*. 2021;10;57(2):161
109. Hancox GJ, Sheridan CS, Feldman RS, Fleischer Jr. Seasonal variation of dermatologic disease in the USA: a study of office visits from 1990 to 1998. *Int J Dermatol*. 2004;43(1):6-11
110. Khodaei B, Seyedpoor S, Gholami B, et al. Seasonal and Gender variation in skin disease: A cross-sectional study of 3120 patients at Razi hospital. *Int J Women's Dermatol*. 2021;7(5Part B):799-802
111. James LP, Kelly VG, Beckman EM. Injury risk management plan for volleyball athletes. *Sports Med*. 2014; 44(9):1185-95
112. Haghverdian BA, Patel N, Wang L, Cotter JA. The sports ball as a fomite for transmission of *Staphylococcus aureus*. *J Envir Health*. 2014; 80(6), 8-13
113. Kasprzak M, Lopuch M. Sand: A Critical Component for Beach Volleyball Courts. *MDPI, Appl. Sci*. 2022;12:6985
114. Langevoort G, Myklebust G, Dvorak J, Junge A. Handball injuries during major international tournaments. *Scand J Med Sci Sports*. 2007;17(4):400-7
115. Bahr R. No injuries, but plenty of pain? On the methodology for recording overuse symptoms in sports. *Br J Sports Med*. 2009; 43(13):966-972
116. Yard EE, Collins CL, Dick RW. An epidemiologic comparison of high school and college wrestling injuries. *Am J Sports Med*. 2008;36(1):57-64
117. Cebanu S, Ștefanuț, G. Assessment of health status of junior athletes practicing basketball and volleyball. *Medicina Sportivă*. 2019; 15(1):3045-3051
118. Luke A, d'Hemecourt P. Prevention of infectious diseases in athletes. *Clin Sports Med*. 2007; 26(3):321-44

Παράρτημα 1

Έγκριση από Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ
Hellenic Volleyball Federation

ΟΑΚΑ, Ανακτό Καλυμνήτριο, Σπύρου Λούη 1 , 151 23 Μαρούσι , ΑΘΗΝΑ Tel: +30.210.6801950 +30.210.6801999
ΟΑΚΑ, Olympic Aquatic Center, 1 Spyrou Loui Ave., 151 23 Athens, GREECE Web: www.volleyball.gr mail: hellas@volleyball.gr

Μαρούσι, 06.03.2019 Αρ. πρωτ.: 746

Προς την κ. Νίκη Τερτίπη

Λέκτορα Εφαρμογών Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Αγαπητή κυρία Τερτίπη,

Σας ενημερώνουμε ότι το Δ.Σ. της Ομοσπονδίας μας ενέκρινε την συμμετοχή αθλητών-αθλητριών σωματείων πετοσφαίρισης στην έρευνά σας με την προϋπόθεση της εθελοντικής συμμετοχής, την διατήρηση της ανωνυμίας και την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από γονείς στις περιπτώσεις ανηλίκων. Για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Διευθυντή της ΕΟΠΕ, κ. Περικλή Μπακοδήμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

bakodimos@volleyball.gr.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Παράρτημα 2

Επιστολή της Ελληνικής Ομοσπονδίας Πετοσφαίρισης προς τους αθλητικούς συλλόγους και τους αθλητές



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΠΕΤΟΣΦΑΙΡΙΣΗΣ Hellenic Volleyball Federation

ΟΑΚΑ, Ανοικτό Κολυμβητήριο, Σπύρου Λούη 1, 151 23 Μαρούσι, ΑΘΗΝΑ Tel.: +30.210.6801950 +30.210.6801999
ΟΑΚΑ, Olympic Aquatic Center, 1 Spyrou Loui Ave., 151 23 Athens, GREECE Web: www.volleyball.gr mail: hellas@volleyball.gr

**Προς τα
Σωματεία ΕΟΠΕ**

Μαρούσι, 02.06.2021
Αριθ. πρωτ. 2222 Γ.Κ./Ε.Χ.

Αγαπητέ Πρόεδρε,

Εχουμε την χαρά να δώσουμε την δυνατότητα να πραγματοποιηθεί η πρώτη έρευνα στον Ελλαδικό χώρο, που αφορά δερματολογικά νοσήματα τα οποία εμφανίζονται σε αθλητές/τριες πετοσφαίρισης και beach volley με τίτλο «Συμβολή στη μελέτη και αξιολόγηση της επίπτωσης των δερματικών παθήσεων σε Αθλητές Πετοσφαίρισης»

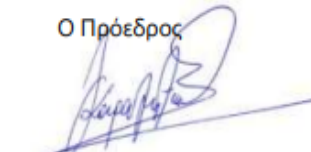
Η έρευνα πραγματοποιείται με ανώνυμο ερωτηματολόγιο, και διεξάγεται από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, της Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών. Υπεύθυνη της έρευνας είναι η κα. Τερτίπη Νίκη, Λέκτορας Εφαρμογών του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής Πετοσφαίρισης και Υποψήφια Διδάκτωρ. Οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και ο χρόνος συμπλήρωσης δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά

Οι πληροφορίες που θα προκύψουν είναι καθαρά για ερευνητικούς σκοπούς, τηρώντας απόλυτη εμπιστευτικότητα και θα δημοσιευτούν σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά με αντικείμενο μελέτης την Ιατρική του αθλητισμού

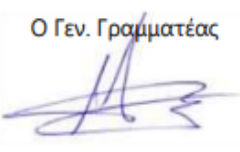
Σας παρακαλούμε λοιπόν να δώσουμε την ευκαιρία να διεξαχθεί η μελέτη αυτή και να συμπληρώσει ο κάθε αθλητής/τρια το ερωτηματολόγιο αυτό το οποίο μόνο χρήσιμα αποτελέσματα μπορεί να φέρει για τους αθλητές μας.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXVobOf1WbYGheS9U-cVRw717nA7hy0LDtV7PtdBqkvaCqVg/viewform>

Η κα Τερτίπη η οποία είναι Υπεύθυνη για την συγκέντρωση και επεξεργασία των δεδομένων είναι στην διάθεσή σας για την οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση στο ntertipi@uniwa.gr

Ο Πρόεδρος

Γεώργιος Καραμπέτσος



Ο Γεν. Γραμματέας

Νεκτάριος Χαλβατζής

Παράρτημα 3

Ερωτηματολόγιο αθλητών και αθλητριών Πετοσφαίρισης και του Beach Volley

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητοί αθλητές και αθλήτριες του βόλεϊ και του beach volley, στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με τίτλο ‘‘Συμβολή στη μελέτη και αξιολόγηση της επίπτωσης των δερματικών παθήσεων σε αθλητές πετοσφαίρισης και σε καθημένους αθλητές πετοσφαίρισης (ΑΜΕΑ)’’ πραγματοποιείται έρευνα με ερωτηματολόγιο, που διεξάγεται από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών. Υπεύθυνη της έρευνας είναι η κα. Τερτίπη Νίκη, Λέκτορας Εφαρμογών του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής με ειδικότητα Πετοσφαίρισης και Υποψήφια Διδάκτωρ. Για πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στο email ntertipi@uniwa.gr

Οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και ο χρόνος συμπλήρωσης δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά. Οι πληροφορίες που θα προκύψουν είναι καθαρά για ερευνητικούς σκοπούς, τηρώντας απόλυτη εμπιστευτικότητα. Η μελέτη έχει εγκριθεί από την Ελληνικής Ομοσπονδίας Πετοσφαίρισης (Ε.Ο.ΠΕ), Αρ. πρωτ.: 746, 06.03.2019 και έχει πάρει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, 48944/08-07-2020.

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος, μας φέρνει σε επαφή με το περιβάλλον και τις δραστηριότητες που συμμετέχουμε, όπως ο αθλητισμός. Είναι σημαντική η καταγραφή των δερματικών παθήσεων για την υγεία των αθλητών που ασχολούνται με το Βόλεϊ. Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής θα βοηθήσουν στην πρόταση μέτρων, για την προστασία των αθλητών, καθώς είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται η καταγραφή δερματικών παθήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο.

Όλοι οι συμμετέχοντες για να μπορέσουν να ολοκληρώσουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα πρέπει αρχικά να συναινέσουν στο ακόλουθο πλαίσιο συγκατάθεσης.

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας και το χρόνο σας.

Υποψήφια Διδάκτωρ

Τερτίπη Νίκη Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής - Λέκτορας Εφαρμογών

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών /Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

E mail: ntertipi@uniwa.gr

συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα; Συμφωνώ, Δεν συμφωνώ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α΄ Μέρος

Ενότητα 2

Δημογραφικά στοιχεία

1	Φύλο:	Άνδρας	
		Γυναίκα	
2	Ηλικία		
3	Βάρος		
4	Ύψος		

Ενότητα 3

Πληροφορίες προπόνησης

5	Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε κλειστό γήπεδο	Λιγότερα από 3	
		4 έως 6	
		7έως 9	
		10 έως 12	
		Περισσότερα από 12	
6	Χρόνια ενασχόλησης με το βόλεϊ σε ανοιχτό γήπεδο	Λιγότερα από 3	
		4 έως 6	
		7έως 9	
		10 έως 12	
		Περισσότερα από 12	

7	Χρόνια ενασχόλησης με το beach volley	Λιγότερα από 3	
		4 έως 6	
		7 έως 9	
		10 έως 12	
		Περισσότερα από 12	
8	Οι εβδομαδιαίες προπονήσεις σας είναι	Περισσότερες από 6	
		4 ή 5	
		3 ή 4	
		1 ή 2	
9	Ο μέσος όρος ωρών της ημερήσιας προπόνησής σας είναι	Πάνω από 2	
		1 ή 2	
		Κάτω από 1	
10	Το γήπεδο που κάνετε προπόνηση είναι	Κλειστό	
		Ανοιχτό	
		Beach Volley	
	Το δάπεδο του γηπέδου είναι	Άμμος	
		Παρκέ	
		Τσιμέντο	
		Πλαστικό	
12	Εποχή που κάνετε προπόνηση	Άνοιξη	
		Καλοκαίρι	
		Φθινόπωρο	
		Χειμώνα	
13	Σημειώστε το ωράριο που συνήθως κάνετε προπόνηση	Πριν τις 12.00	
		Μεταξύ 12.00-16.00	
		Μεταξύ 16.00-20.00	
		Μετά τις 20.00	

14	Χρησιμοποιείτε προστατευτικά;	Για δάχτυλα (tape)	
		Επιγονατίδες	
		Αυτοκόλλητο επίδεσμο	
		Προστατευτικά μανίκια	
		Επιστραγαλίδες	
15	Χρησιμοποιείτε ειδικά ισοθερμικά καλτσάκια όταν κάνετε προπόνηση στο beach volley	Ναι	
		Όχι	
16	Αν ναι, ποια εποχή τα χρησιμοποιείτε	Χειμώνας	
		Άνοιξη	
		Καλοκαίρι	
		Φθινόπωρο	
17	Όταν κάνετε προπόνηση beach volley φοράτε:	Μπλούζα και σορτσάκι	
		Μπλούζα και κολάν	
		Μαγιό	

Ενότητα 4

Πληροφορίες γηπέδου

18	Γνωρίζετε αν η άμμος ελέγχεται από αντικείμενα που θα μπορούσαν να προκαλέσουν τραυματισμό	Ναι	
		Όχι	
19	Γνωρίζετε την ποιότητα της άμμου	Ναι	
		Όχι	
20	Αν ναι ,αυτή είναι	Θαλάσσης	
		Χαλαζιακή	
		Άλλο.....	

Ενότητα 5

Προσωπικές συνήθειες

21	Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης	Πάντα	
		Μερικές φορές	
		Ποτέ	
22	Αν κάνετε χρήση αντηλιακού, ο χρόνος εφαρμογής σε σχέση με την προπόνηση είναι:	Ακριβώς στην έναρξη	
		15'-20' πριν την έναρξη	
		30'-40' πριν την έναρξη	
		45'-60' πριν την έναρξη	
	Δεν κάνω χρήση αντηλιακού		
23	Τηρείτε τους προσωπικούς κανόνες υγιεινής, χρήση ατομικής πετσέτας, σαγιονάρες κ.τ.λ.	Πάντα	
		Μερικές φορές	
		Ποτέ	

24	Φοράτε γυαλιά ηλίου κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο	Πάντα	
		Μερικές φορές	
		Ποτέ	

Ενότητα 6

Γενικές πληροφορίες για δερματολογικά νοσήματα

25	Αναφέρετε αν έχετε κάποια/ες από τις αλλεργίες	Δερματολογική	
		Αναπνευστική	
		Τροφική	
		Φαρμακευτική	
		Εποχική	
26	Υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον;	Ναι	
		Όχι	
27	Αν ναι ποιο/α δερματολογικά νόσημα/τα	
28	Είχατε κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσετε να ασχολείστε με το βόλεϊ ή το beach volley	Ναι	
		Όχι	
29	Έχετε εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσα χρόνια προπονείστε	Ναι	
		Όχι	

Ενότητα 7

Καταγραφή Δερματολογικών νοσημάτων

	Δερματολογικά νοσήματα	Α. Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα	Β. Διάρκεια συμπτωμάτων κατά την τελευταία εμφάνιση του κάθε νοσήματος	Γ. Σε ποιο μέρος του σώματος εμφανίσατε το δερματολογικό νόσημα	Δ. Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης	Ε. Σε περίπτωση διακοπής της προπόνησης εξαιτίας του δερματολογικού νοσήματος, αναφέρετε τη διάρκεια διακοπής της πιο πρόσφατης νόσησης.	ΣΤ. Επισκεφτήκατε δερματολόγο ή κάνατε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων όταν νοσήσατε
		1,2,3,4,5,<6	Λιγότερο από 1 βδομάδα, από 1 μήνα, από 3 μήνες, από 6 μήνες, <6 μήνες	Κεφάλι Πρόσωπο Κορμός Άνω άκρα Κάτω άκρα Παλάμες Πέλματα	Χειμώνας Άνοιξη Καλοκαίρι Φθινόπωρο	Λιγότερο από 1 βδομάδα Λιγότερο από 1 μήνα Λιγότερο από 3 μήνες Λιγότερο από 6 μήνες Περισσότερο από 6 μήνες	Επίσκεψη σε δερματολόγο Λήψη φαρμακευτικής αγωγής Δεν επισκέφτηκα δερματολόγο
1	Επιφανειακά τραύματα						
2	Αιματώματα						
3	Αιματώματα υπονύχια						
4	Βαθύ τραύμα						

5	Ονυχόλυση(ξεκολλημένο νύχι)						
6	Ονυχομυκητίαση						
7	Μυκητίαση ποδιών						
8	Μυκητίαση χεριών						
9	Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών						
10	Ποικιλόχρους πιτυρίαση						
11	Δερματίτιδα από επιγονατίδες tape						
12	Έκζεμα χεριών						
13	Ξηρότητα/ξηροδερμία						
14	Θυλακίτιδα (μόλυνση)						
15	Λοίμωξη από Χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο						
16	Ψωρίαση						
17	Ψείρες						
18	Πομφόλυγες (φουσκάλες με υγρό)						
19	Ηλιακό έγκαυμα						
20	Έγκαυμα από τριβή						
21	Ακμή						
22	Κνίδωση από ζέστη/κρύο						
23	Αναφυλαξία						

24	Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας						
25	Έρπητας ζωστήρος						
26	Έρπητας γεννητικών οργάνων						
27	Μολυσματική τέρμινθος						
28	Μυρμηκιές						
29	Ψώρα						
30	Κονδυλώματα						

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας στην έρευνα



Παράρτημα 4

Ερωτηματολόγιο καθήμενων αθλητών Πετοσφαίρισης

Ενότητα 1

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητοί αθλητές του βόλει καθήμενων αθλητών, στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με τίτλο ‘Συμβολή στη μελέτη και αξιολόγηση της επίπτωσης των δερματικών παθήσεων σε αθλητές πετοσφαίρισης και σε καθήμενους αθλητές πετοσφαίρισης (ΑΜΕΑ)’ πραγματοποιείται έρευνα με ερωτηματολόγιο, που διεξάγεται από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών. Υπεύθυνη της έρευνας είναι η κα. Τερτίπη Νίκη, Λέκτορας Εφαρμογών του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, με ειδικότητα Πετοσφαίριση και Υποψήφια Διδάκτωρ. Για πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στο email ntertipi@uniwa.gr

Οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και ο χρόνος συμπλήρωσης δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά. Οι πληροφορίες που θα προκύψουν είναι καθαρά για ερευνητικούς σκοπούς, τηρώντας απόλυτη εμπιστευτικότητα. Η μελέτη έχει εγκριθεί από την Ελληνική Ομοσπονδία Πετοσφαίρισης (Ε.Ο.ΠΕ), Αρ. πρωτ.: 746, 06.03.2019 και έχει πάρει έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, 48944/08-07-2020.

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος, μας φέρνει σε επαφή με το περιβάλλον και τις δραστηριότητες που συμμετέχουμε, όπως ο αθλητισμός. Είναι σημαντική η καταγραφή των δερματικών παθήσεων για την υγεία των αθλητών που ασχολούνται με το Βόλει καθήμενων αθλητών. Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής θα βοηθήσουν στην πρόταση μέτρων, για την προστασία των αθλητών, καθώς είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται η καταγραφή δερματικών παθήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο.

Όλοι οι συμμετέχοντες για να μπορέσουν να ολοκληρώσουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα πρέπει αρχικά να συναινέσουν στο ακόλουθο πλαίσιο συγκατάθεσης.

Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας και το χρόνο σας.

Υποψήφια Διδάκτωρ

Τερτίπη Νίκη Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής - Λέκτορας Εφαρμογών

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών /Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

E mail: ntertipi@uniwa.gr

συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα; Συμφωνώ, Δεν συμφωνώ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α΄ Μέρος

Ενότητα 2

Δημογραφικά στοιχεία

1	Φύλο:	Ανδρας
		Γυναίκα
2	Ηλικία	
3	Βάρος	

Ενότητα 3

Πληροφορίες προπόνησης

4	Χρόνια ενασχόλησης με το βόλει καθημένων αθλητών	Λιγότερα από 3
		4 έως 6
		7 έως 9
		10 έως 12
		Περισσότερα από 12
5	Οι εβδομαδιαίες προπονήσεις σας είναι	περισσότερες από 6
		4 ή 5
		3 ή 4
		1 ή 2

6	Ο μέσος όρος ωρών της ημερήσιας προπόνησής σας είναι	Πάνω από 2
		1 ή 2
		Κάτω από 1
7	Το γήπεδο που κάνετε προπόνηση είναι	Κλειστό
		Ανοιχτό
8	Το δάπεδο του γηπέδου είναι	Παρκέ Πλαστικό Τσιμέντο
9	Εποχή που κάνετε προπόνηση	Χειμώνας
		Άνοιξη
		Καλοκαίρι
		Φθινόπωρο
10	Σημειώστε το ωράριο που συνήθως κάνετε προπόνηση	Πριν τις 12.00
		Μεταξύ 12.00-16.00
		Μεταξύ 16.00-20.00
		Μετά τις 20.00
11	Χρησιμοποιείτε προστατευτικά για δάχτυλα (tape) ή ειδικά προστατευτικά για το σώμα	Ναι
		Όχι

Ενότητα 4

Πληροφορίες σχετικές με την αναπηρία

12	Η αναπηρία σας είναι	Συγγενής (από γέννησή σας)
		Επίκτητη (μετά τη γέννησή σας)
13	Εάν είναι επίκτητη από ποιο λόγο προέκυψε	Ατύχημα
		Ασθένεια
		Άλλο
14	Λόγω της αναπηρίας έχετε ανάγκη μόνιμης	Ιατρικής παρακολούθησης
		Ψυχολογικής στήριξης
		Φαρμακευτικής Αγωγής
		Φυσιοθεραπευτικής Αγωγής
15	Η άσκηση συνέβαλλε στη μείωση των επιπέδων άγχους και στρες και στην καλύτερη διαχείριση της καθημερινότητας	Ναι
		Όχι
16	Σε περίπτωση κινητικής αναπηρίας αυτή οφείλεται	Ακρωτηριασμός άνω άκρου
		Ακρωτηριασμός κάτω άκρου
		Δυσπλασία ή κινητική πάρεση
		Άλλο
17	Έχετε πρόσθετο μέλος στο σώμα σας	Ναι
		Όχι

Ενότητα 5

Προσωπικές συνήθειες

18	Κάνετε χρήση αντηλιακού κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;	Πάντα Μερικές φορές Ποτέ
19	Αν κάνετε χρήση αντηλιακού, ο χρόνος εφαρμογής σε σχέση με την προπόνηση είναι:	Ακριβώς στην έναρξη 15'-20' πριν την έναρξη 30'-40' πριν την έναρξη 45'-60' πριν την έναρξη
20	Φοράτε γυαλιά ηλίου κατά τη διάρκεια της προπόνησης σε ανοιχτό χώρο;	Πάντα Μερικές φορές Ποτέ
21	Τηρείτε τους προσωπικούς κανόνες υγιεινής	Πάντα Μερικές φορές Ποτέ

Ενότητα 6

Γενικές πληροφορίες για δερματολογικά νοσήματα

22	Αναφέρετε αν έχετε κάποια/ες από τις αλλεργίες	Δερματολογική Αναπνευστική Τροφική Φαρμακευτική Εποχική
23	Υπάρχουν χρόνια δερματολογικά νοσήματα στο στενό οικογενειακό περιβάλλον;	Ναι Όχι
24	Αν ναι ποιο

25	Είχατε κάποιο δερματολογικό νόσημα πριν ξεκινήσετε να ασχολείστε με το βόλει καθημένων αθλητών	Ναι
		Όχι
26	Έχετε εμφανίσει δερματολογικό νόσημα όσο χρόνια προπονείστε	Ναι
		Όχι



Ενότητα 7

Καταγραφή Δερματολογικών νοσημάτων

	Δερματολογικά νοσήματα	A Πόσες φορές έχετε νοσήσει από τα παρακάτω δερματολογικά νοσήματα	B Διάρκεια συμπτωμάτων κατά την τελευταία εμφάνιση του κάθε νοσήματος	Γ Σε ποιο μέρος του σώματος εμφανίσατε το δερματολογικό νόσημα	Δ Εποχή εμφάνισης της πιο πρόσφατης νόσησης	Ε Σε περίπτωση που διακόψατε την προπόνηση εξαιτίας του δερματολογικού νοσήματος, αναφέρετε τη διάρκεια διακοπής της πιο πρόσφατης νόσησης.	ΣΤ Επισκεφτήκατε δερματολόγο ή κάνατε χρήση συνταγογραφημένων φαρμάκων όταν νοσήσατε
		1,2,3,4,5,<6	Λιγότερο από 1 εβδομάδα, από 1 μήνα, από 3 μήνες, από 6 μήνες, από 6 μήνες	Κεφάλι Πρόσωπο Κορμός Άνω άκρα Κάτω άκρα Παλάμες Πέλματα	Χειμώνας Άνοιξη Καλοκαίρι Φθινόπωρο	Λιγότερο από 1 εβδομάδα Λιγότερο από 1 μήνα Λιγότερο από 3 μήνες Λιγότερο από 6 μήνες Περισσότερο από 6 μήνες	Επίσκεψη σε δερματολόγο Λήψη φαρμακευτικής αγωγής Δεν επισκέφτηκα δερματολόγο
1	Επιφανειακά τραύματα						
2	Αιματώματα						
3	Αιματώματα υπονύχια						

4	Βαθύ τραύμα						
5	Ονυχόλυση(ξεκολλημένο νύχι)						
6	Ονυχομυκητίαση						
7	Μυκητίαση ποδιών						
8	Μυκητίαση χεριών						
9	Μυκητίαση μηροβουβωνικών πτυχών						
10	Ποικιλόχρους πιτυρίαση						
11	Δερματίτιδα από επιγονατίδες tape						
12	Έκζεμα χεριών						
13	Ξηρότητα/ξηροδερμία						
14	Θυλακίτιδα (μόλυνση)						
15	Λοίμωξη από Χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο						
16	ψωρίαση						
17	Ψείρες						
18	Πομφόλυγες (φουσκάλες με υγρό)						
19	Ηλιακό έγκαυμα						
20	Έγκαυμα από τριβή						
21	Ακμή						
22	Κνίδωση από ζέστη/κρύο						
23	Αναφυλαξία						

24	Επιχείλιος έρπητας/απλός έρπητας						
25	Έρπητας ζωστήρος						
26	Έρπητας γεννητικών οργάνων						
27	Μολυσματική τέρμινθος						
28	Μυρμηκιές						
29	Ψώρα						
30	Κονδυλώματα						

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας στην έρευνα

