



ALGENGI ÞUNGLYNDIS- OG KVÍÐAEINKENNA HJÁ ÍSLENSKUM ATVINNUMÖNNUM Í BOLTAÍPRÓTTUM

Margrét Lára Viðarsdóttir

Lokaverkefni í íþróttافرæði BSc
2015

Höfundur: Margrét Lára Viðarsdóttir
Kennitala: 250786-2639
Leiðbeinandi: Hafrún Kristjánsdóttir
Tækni- og verkfræðideild
School of Science and Engineering

Ágrip

Kvíði og þunglyndi eru sjúkdómar sem að geta haft varanlegar neikvæðar afleiðingar á líf fólks. Fyrri rannsóknir hafa leitt í ljós að hreyfing sé talin hafa jákvæð áhrif á þunglyndis- og kvíðaeinkenni, þrátt fyrir það eru slík einkenni að finna meðal íþróttamanna. Umhverfi afreksíþróttanna einkennist af mikilli utanaðkomandi pressu og líkamlegs og andlegs álags sem getur meðal annars leitt til þess kvíða- og þunglyndiseinkenni koma fram hjá einstaklingum.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna algengi þunglyndis og kvíðaeinkenna hjá íslenskum atvinnuöðnum í boltagreinum. Spurningalistar til að meta þunglyndis (PHQ-9) og kvíðaeinkenni (GAD-7) voru sendir til allra atvinnumanna Íslands í boltagreinum sem eru alls 127. Heildarsvarhlutfall var 85 %, þar af 73% karlar og 27% konur.

Niðurstöður hér sýndu fram á að kvíða- og þunglyndiseinkenni er að finna hjá íslenskum atvinnuöðnum í boltaíþróttum. Rannsóknir sýna að væg og miðlungs einkenni kvíða og þunglyndis eru algengari hjá íslenskum atvinnuöðnum en íslenskum stúdentum. Ekki var marktækur munur milli breyta á borð við laun, kyn, aldur, hjúskaparstöðu og íþróttagreina. Þessar niðurstöður verða því að teljast mjög áhugaverðar, sérstaklega í ljósi þess að íþróttir standa fyrir heilbrigði og hraustleika.

„Ég lýsi hér með yfir að ég ein er höfundur þessa verkefnis og að það er ágóði
eigin rannsóknar”

Margrét Lára Viðarsdóttir

„Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum
til B.A. prófs við Hug- og félagsvísindasvið”

Hafrún Kristjánsdóttir

Formáli

Þessi rannsókn er lögð fram sem 12 eininga verkefni til B.S gráðu við íþróttافرæðisvið við Háskólann í Reykjavík vorið 2015. Í rannsókninni er fjallað um algengi þunglyndis- og kvíðaeinkenna hjá íslenskum atvinnumönnum í boltaíþróttum.

Ég þakka leiðbeinanda mínum, Hafrúnu Kristjánsdóttur, Cand. Psych og aðjúnk við Háskólann í Reykjavík fyrir góða leiðsögn og frábært samstarf.

Að lokum vil ég þakka fjölskyldu minni og þá sérstaklega barni og maka fyrir þolinmæði og hvatningu í minn garð á meðan á verkefninu stóð.

Efnisyfirlit

Inngangur.....	7
Þunglyndi.....	8
Kvíði.....	10
Áhrif hreyfingar á kvíða og þunglyndi.....	12
Afreksíþróttamenn og andlegur styrkleiki.....	13
Andleg heilsa og tíðni geðraskanna hjá afreksíþróttamönnum.....	14
Aðferð.....	19
Þátttakendur.....	19
Mælitæki.....	19
Framkvæmd.....	20
Úrvinnsla.....	21
Niðurstöður.....	22
Umræða.....	25
Heimildir.....	28
Viðauki.....	31
Viðauki 1.....	31
Viðauki 2.....	32

Töflur

Tafla 1. Lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur.....	19
Tafla 2. svarhlutfall þátttakenda á GAD-7 og PHQ-9 kvörðunum út frá aldri, kyni, hjúskaparstöðu, launum og íþrótt.....	22
Tafla 3. Heildarskor á GAD-7 og PHQ-9.....	23

Flestir geta verið sammála því að geðheilbrigði skiptir miklu máli og getur haft bæði neikvæð og jákvæð áhrif á líf fólks. Samkvæmt World Health Organization (WHO) er geðheilbrigði útskýrt sem ástand vellíðunar þar sem að sérhver einstaklingur metur getu sína til að takast á við eðlilegt álag daglegs lífs, getur unnið án vandræða og er fær um að leggja að mörkum til samfélagsins. Þegar talað er um jákvæða geðheilsu er lögð áhersla á að heilsa sé líkamleg, andleg og félagsleg vellíðan en ekki einungis það að vera án sjúkdóma eða heilsubreysts (Patel og Chaudhari, 2014).

Andleg heilsa hefur áhrif á getu okkar til að fá sem mest út úr þeim tækifærum sem verða á vegi okkar og taka fullan þátt í því sem gerist í fjölskyldulífinu, á vinnustaðnum, í samfélaginu og með vinum. Andlega heilsan er einnig nátengd líkamlegri heilsu. Vellíðan, tilfinningarleg velferð og andleg heilsa er lykilinn að innihaldsríku lífi (Patel og Chaudhari, 2014). Andleg heilsa hefur áhrif á okkur öll. Það hvernig okkur líður og hvernig við hugsum um okkur sjálf hefur áhrif á það hvernig við hegðum okkur og hvernig okkur gengur á erfiðum tímum. Við eigum öll okkar stundir þar sem okkur líður illa, erum stressuð eða hrædd. Í flestum tilfellum þá hverfa þessar tilfinningar jafn fljótt og þær koma. Hinsvegar getur það gerst að þessar tilfinningar þróast út í frekari vandamál, en það getur gerst fyrir hvern sem er. Einstaklingar eru misjafnir eins og þeir eru margir og því geta sumir verið fljótir að jafna sig, á meðan aðrir geta átt í vandamálum í langan tíma. Andleg heilsa er breytileg yfir lífskeiðið. Hún getur breyst eins og aðstæður breytast og þegar einstaklingar fara í gegnum misjöfn og miserfiða kafla í lífinu (Patel og Chaudhari, 2014).

Samkvæmt WHO er helmingur þeirra sem að þjást af sjúkdómum í Vestur-Evrópu, með geðsjúkdóm (WHO, 2000). Þetta þýðir það að jafnmargir þjást af geðröskunum og öðrum sjúkdómum í Vestur-Evrópu (WHO, 2000; Spitzer et al., 1994; Wittchen og Jacobi, 2005). Það er talið að í allri Evrópu sé lífstíðaralgengi þeirra sem að þjást af geðsjúkdómum 50%, en þeir sem að þjást af slíkum sjúkdómum yfir 12 mánaða skeið hverju sinni sé 27%. Þá er talið að lífstíðaralgengi þeirra sem að þjást af lyndis eða kvíðaröskunum sé um 20% (Wittchen og Jacobi, 2005) Þetta þýðir að einn af hverjum fimm Evrópubúum þjást af lyndis eða kvíðaröskunum á hverju 12 mánaða tímabili. Niðurstöður íslenskrar rannsóknar leiddi í ljós að algengi geðraskana á Íslandi er svipað og í öðrum Evrópulöndum. Í rannsókn frá árinu 2009 var lífstíðaralgengi geðraskana

hjá fullorðnum einstaklinum 50%, en tólf mánaðar algengi, 20% (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal, 2009).

Punglyndi

Punglyndi og kvíði eru algengustu geðsjúkdómarnir. Rannsóknir telja að 121-340 milljónir manna allstaðar í heiminum þjást af þunglyndi en allt að 16% Bandaríkjamanna greinast með alvarlegt þunglyndi, einhverntíman á ævinni. Konur eru allt að 1,7 sinnum líklegri en karlar til þess að þróa með sér þunglyndi. Sjúkdómurinn er leiðandi orsök örorku um allan heim og er því spáð að þunglyndi verði næst algengasti sjúkdómur veraldar árið 2020 (Carek, Laibstain og Carek, 2011; Murray og Lopez, 1997). Í Evrópu er áætlað að um 18,4 milljónir manna þjáist af þunglyndi á 12 mánaða tímabili, sem er um 8% af öllum fullorðnum einstaklingum í Evrópu (Wittchen og Jacobi, 2005). Í Bandaríkjunum er áætlað að lífstíðaralgengi þunglyndis sé 16,2% og á 12 mánaða tímabili hverju sinni 6,2% (Kessler et al., 2005). Eins og var nefnt áðan er algengi þunglyndis hjá konum hærra en hjá körlum, en allt að 5-12% karla og 10-25% kvenna þjást þunglyndi einhverntíman á ævinni. Algengi þunglyndis í Bretlandi virðist vera svipað en miðað við 12 mánaða tímabil er algengi þunglyndis 2,5% en 5,5% þjást af þunglyndi og kvíða á sama tíma. Á Íslandi lífstíðaralgengi þunglyndis um 13% (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Líndal, 2009).

Þunglyndi stafar af flóknu samspili milli félagslegra, sálfræðilegra og líffræðilegra þátta. Sjúkdómurinn getur orðið alvarlegur og haft alvarlegar afleiðingar á heilsufar fólks. Hann getur valdið því að viðkomandi einstaklingur þrífst illa í vinnu, skóla og með fjölskyldunni. Í verstu tilfellum getur þunglyndi leitt til sjálfsvíga. (World Health Organization, 2012). Áætlað er að milljón sjálfsvíga eigi sér stað um allan heim á hverju ári sökum þunglyndis (World Health Organization, 2012). Þrátt fyrir að margar árangursríkar meðferðir þekkist gegn þunglyndi er ekki nema helmingur fólks sem þjáist af þunglyndi sem fær slíka meðferð. Ástæðan fyrir þessu getur meðal annars verið skortur á fjármagni, skortur á þjálfuðu heilbrigðisstarfsfólki og samfélagslegir fordómar gagnvart geðsjúkum. Að auki er vert að nefna að sjúklingar eru oft ranglega greindir með sjúkdóminn og fá því ekki lyf við hæfi (World Health Organization, 2012).

Þunglyndi er flokkað eftir alvarleika einkenna það er að segja í vægt, miðlungs eða alvarlegt. Þegar einstaklingur upplifir vægt þunglyndi þá getur

viðkomandi átt erfitt með að sinna vinnu sinni og félagslífi, en mun að öllum líkindum ekki gefast upp. Á stigi alvarlegs þunglyndis er hins vegar mjög ólíklegt að viðkomandi einstaklingur geti haldið áfram vinnu sinni og sinnt félagslífi sínu nema að mjög takmörkuðu leiti (World Health Organization, 2012). Oftast er talað um tvennskonar þunglyndi, tvískauta og einskauta þunglyndi. Tvískauta þunglyndi eða geðhvarfasýki samanstendur bæði af þunglyndi og oflæti (maníu). Þetta eru tvö aðskilin tímabil með eðlilegri líðan á milli. Í oflæti á einstaklingur til að vera mjög virkur og skapandi. Sjálfsálitið hækkar til muna, minnkuð þörf er fyrir svefn og einstaklingurinn á það til að vera pirraður í skapi svo eitthvað sé nefnt (World Health Organization, 2012). Einskauta þunglyndi er dæmigert þunglyndi þar sem einstaklingur upplifir depurð, áhugaleysi, minnkaða lífsánægju og minni orku sem leiðir til minnkaðrar virkni. Þessi einkenni verða að vera til staðar í að minnsta kosti tvær vikur. Margir þunglyndissjúklingar þjást einnig af kvíðaeinkennum, röskuðum svefni og röskun á matarlyst. Þunglyndið getur einnig leitt til sektarkenndar hjá einstaklingnum, lélegrar einbeitingar, minnkaðs sjálfsmats og jafnvel getur einstaklingur upplifað læknisfræðilega óútskýrð einkenni (World Health Organization, 2012).

Lyndisröskunum er skipt niður í fjóra flokka samkvæmt DSM-IV: alvarleg geðlægð (*major depressive episode*), geðhæðartímabil (*manic episode*), örlyndistímabil (*hypomanic episode*) og samsett tímabil (*mixed episode*). Hér verður skilgreiningin á alvarlegri geðlægð nánar útlistuð þar sem hún er algengust af þessum fjórum röskunum (American Psychiatric Association, 1994).

Alvarleg geðlægð er sá hluti lyndisraskana sem í daglegu tali kallast þunglyndi. Einkenni geta komið fram ein og sér en algengt er að þau fylgi öðrum lyndisröskunum og kvíða. Greiningarviðmið fyrir alvarlega geðlægð, samkvæmt DSM-IV, er eftirfarandi:

- A) Fimm eða fleiri af eftirfarandi níu einkennum skulu hafa staðið yfir í að minnsta kosti tvær vikur og skilyrði er að annað hvort atriði 1 eða 2 séu þar á meðal.
1. Þungt geðslag mestallan daginn, næstum alla daga að eigin álitni eða annarra.
 2. Minni áhugi á nánast öllum atburðum, mestallan daginn, flestalla daga.
 3. Aukning eða minnkun á matarlyst og/eða þyngdarbreytingar.

4. Svefntruflanir eins og svefnleysi eða að sofa of mikið.
 5. Óeirð eða hægar hreyfingar og hugsanir.
 6. Preyta eða orkuleysi.
 7. Óhófleg sektarkennd eða tilfinning um að vera einskis virði.
 8. Erfiðleikar við hugsun eða einbeitingu.
 9. Endurteknar hugsanir um dauða eða sjálfsvíg. Skipulag eða sjálfsvígstilraunir.
- B) Einkennin skulu ekki uppfylla greiningarviðmið fyrir samsett einkenni.
- C) Einkennin þurfa að valda verulegri truflun í daglegu lífi.
- D) Einkennin skulu ekki vera rekjanleg til líkamlegra sjúkdóma eða notkunar vímuefna.
- E) Einkennin skulu ekki útskýrð með sorg, til dæmis vegna andláts nákominna

Til eru árangursríkar meðferðir við þunglyndi. Ráðlögð meðferð við miðlungs eða alvarlegu þunglyndi samanstendur af hugrænni atferlismeðferð og lyfjameðferð. Sálfræðimeðferð ætti ætíð að vera fyrsta val sjúklings með vægt þunglyndi. Þunglyndislyf ætti ekki að nota í meðferð á börnum og ekki sem fyrsta meðferðaval hjá unglingum (World Health Organization, 2012).

Kvíði

Þótt þunglyndi sé mjög algengt vandamál í hinum vestræna heimi er tíðni kvíðaraskanna hærrí en tíðni þunglyndis (Ansseau, 2004; Spitzer, 1994). Sankvæmt rannsókn sem unnin var af Kessler 2005 er lífstíðaralgengi kvíða 18,1%. Kvíði sökum sérstakrar fælni (*specific phobia*) er algengastur eða 8,7% og félagsfælni 6,8%. Samkvæmt rannsókn Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan og Löwe árið 2007, eru algengustu tegundir kvíða: almenn kvíðaröskun (GAD), felmtursröskun og félagsfælni. Á Íslandi er lífstíðaralgengi kvíða rúmlega 14% (Jón G. Stefánsson og Eiríkur Línal, 2009).

Meira en 30 milljónir Bandaríkjamanna ná einhverntímann á ævi sinni greiningarskilmerkjum fyrir kvíða. Samkvæmt Carek og félögum (2011) eru algengustu tegundir kvíðaraskana, almenn kvíðaröskun, felmtursröskun, félagsleg kvíðaröskun og áfallastreituröskun. (Carek, Laibstain og Carek, 2011).

Kvíði er neikvætt tilfinningalegt ástand þar sem áhyggjur, óöryggi og ótti eru ráðandi ásamt líkamlegum viðbrögðum. Kvíða er skipt í hugrænan og

líkamlegan kvíða. Hugrænn kvíði kemur þannig fram að einstaklingur upplifir að ógn sé handan við hornið sem viðkomandi telur sig ekki geta tekist á við. Einstaklingur vanmetur eigin getu, gerir ráð fyrir að eitthvað fari útskeiðis, vanmetur aðstoð félaganna eða upplifir ógn sem er ekki endilega raunveruleg (Weinberg og Gould, 2010). Kvíði snýst alltaf um framtíðina og getur því haft áhrif á einbeitingu. Ákveðin hegðun einkennir íþróttamenn sem þjást af kvíða. Þeir eiga það til að koma sér út úr þeim óþægilegu aðstæðum sem þeir eru í t.d með því að biðja um skiptingu, draga sig í hlé, æfa óeðlilega mikið eða láta finna óvenjulega mikið fyrir sér (Weinberg og Gould, 2010).

Þær áhyggjur sem kvíði einkennist af, geta ýmist komið fram sem tiltekna áhyggjulotur þar sem fólk er í þungum þönkum frá nokkrum mínútum í allt að nokkrar klukkustundir, eða sem almennar áhyggjur sem vara stöðugt. Um það bil 5% fólks fær almenna kvíðaröskun einhverntíman á ævinni og einkennin eru tvöfalt algengari meðal kvenna (American Psychiatric Association, 1994). Í DSM-IV eru eftirfarandi kvíðaraskanir tilgreindar; felmtursröskun án víðáttufælni (*panic disorder without agoraphobia*), felmtursröskun með víðáttufælni (*panic disorder with agoraphobia*), víðáttufælni án sögu um felmtursröskun (*agoraphobia without history of panic disorder*), afmörkuð fælni (*specific phobia*), félagsfælni (*social phobia*), árattu-og þráhyggjuröskun (*obsessive-compulsive disorder*), áfallastreituröskun (*posttraumatic stress disorder*), bráð streituröskun (*acute stress disorder*), ofurkvíðaröskun (*generalized anxiety disorder*), kvíðaröskun vegna líkamlegra kvilla (*anxiety disorder due to a general medical condition*), kvíðaröskun vegna vímuefnanotkunar (*substance-induced anxiety disorder*) og ótilgreind kvíðaröskun (*anxiety disorder not otherwise specified*). Eina kvíðaröskunin sem greinist aðeins hjá börnum yngri en 18 ára er aðskilnaðarkvíði (*separation anxiety disorder*). Aðrar kvíðaraskanir sem upp voru talda greinast hjá bæði fullorðnum og börnum (Silverman og Ginsburg, 1998).

Samkvæmt DSM-IV verða þrjú af sex einkennum að hafa staðið yfir í að minnsta kosti sex mánuði. Greiningarviðmið fyrir almenna kvíðaröskun, samkvæmt DSM-IV, er eftirfarandi:

- 1) Eirðarleysi.
- 2) Orkuleysi.
- 3) Einbeitingarskortur.
- 4) Pírringur.

- 5) Vöðvaspenna.
- 6) Svefntruflanir.

Þessi einkenni valda klínískt marktækri truflun og eru ekki vegna beinna áhrifa lyfja eða líkamlegs sjúkdóms. Helstu meðferðir við almennri kvíðaröskun eru lyfjameðferðir, áreitastjórnun og hugræn atferlismeðferð (Hoeksema, 2010).

Áhrif hreyfingar á þunglyndi og kvíða

Meðferðir við þunglyndi og kvíða eru margar en misárangursríkar. Þrátt fyrir að miklar framfarir hafi orðið í lyfjameðferð við þunglyndi og kvíða, á undanförunum 20 árum bregðast allt að 1/3–2/3 sjúklinga illa eða ekki við slíkum meðferðum í fyrstu. Auk þess eru kvíða og þunglyndislyf dýr og hafa þar að auki fjölda aukaverkana sem skerða lífsgæði þeirra sem verða fyrir þeim (Carek o.fl., 2011). Sýnt hefur verið fram á samband milli hreyfingar og minnkandi einkenna þunglyndis og kvíða í fjölda rannsókna, og að þeim sökum, hefur verið mælt með þjálfun og líkamlegri áreynslu til meðferðar á þunglyndi og kvíða (Carek o.fl., 2011). Sem dæmi má nefna rannsókn Carek og félaga (2011) þar sem niðurstöður bentu til þess að regluleg líkamsþjálfun tengdist minni tíðni þunglyndis og kvíða (Carek o.fl., 2011). Í rannsókn Byrne og Byrne (1993) fengust álíka niðurstöður og hjá Carek og félögum. Í niðurstöðum Byrne kom fram að loftháð þjálfun eins og lyftingar og loftfirð þjálfun eins og hlaup hefðu jafnmikil jákvæð áhrif á þunglyndi (Byrne og Byrne, 1993). McCann og Holmes (1984) rannsökuðu áhrif þjálfunnar á þunglyndiseinkenni. Þrír hópar voru í rannsókn McCann og Holmes, tilraunahópur þeirra sem stunduðu þolþjálfun, hópur þeirra sem stundaði slökun og svo samanburðarhópur þar sem engin meðferð eða þjálfun fór fram.

Þátttakendur var hópur 43 háskólakvenna. Konurnar voru valdar á grundvelli aukinna þunglyndiseinkenna, þó þær væru ekki greindar með klínísk einkenni þunglyndis. Áður en meðferð hófst voru allir þátttakendur látnir taka Becks þunglyndisprófið (BD) og hlaupa 12 mínútna hlaup til að meta loftháða getu. Meðferð tilraunahópsins var í formi reglulegrar þolþjálfunnar í 1 klukkustund tvisvar sinnum í viku í 10 vikur. Þeir sem voru í slökunarhópnum voru látnir gera slökunaræfingar í stað æfinga. Aðrir þátttakendur gerðu ekki neitt. Í lok rannsóknar var BDI aftur lagður fyrir, auk þess sem ástand þols var kannað. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að þunglyndiseinkenni þeirra sem stunduðu líkamlega þjálfun minnkuðu meira en þunglyndiseinkenni þeirra sem stunduðu slökun eða

gerðu ekki neitt. Að auki sýndu þessir þátttakendur mun betra líkamlegt ástand en hinir tveir hóparnir. Tilgátan um að aukin loftháð hæfni minnki þunglyndi fékk þó lítinn stuðning. Áhrif aukinnar þolþjálfunnar hafði mikil áhrif fyrstu fimm vikurnar en jókst þó ekki seinni fimm. Þetta tímabil er almennt viðurkennt sem of stutt fyrir nægilegri framför í loftháðri getu og þar með er það vafasamt að alhæfa að slík verkun hafi áhrif á þunglyndiseinkenni (Byrne og Byrne, 1993). Í rannsókn Doyne (1983) var borin saman áhrif þolþjálfunnar og lyftinga á þunglyndi hjá konum. Þátttakendur voru 40 þunglyndar konur. Þeim var skipt af handahófi í þrjá hópa, þolþjálfunarhóp, lyftingahóp og samanburðahóp sem stundaði enga þjálfun. Niðurstöður voru þær að þunglyndiseinkenni minnkuðu marktækt meira hjá báðum æfingahópunum, samanborið við þá sem a gerðu ekki neitt. Ekki var marktækur munur á æfingahópunum tveimur (Byrne og Byrne, 1993).

Að ofansögðu má ljóst vera að ekki þarf að deila um það að hreyfing hefur jákvæð áhrif á andlega heilsu fólks. Að því gefnu vakna upp frekari spurningar og ein þeirra er hvort hreyfing hafi jafn góð áhrif á andlega heilsu afreksíþróttamanna eins og almennra borgara.

Afreksíþróttamenn og andlegur styrkleiki

Afreksíþróttir eru ekki eins og áður, knúnar og skipulagðar af áhugamönnum heldur af margra milljóna fyrirtækjum sem reka íþróttafélögin eins og hvert annað stórfyrirtæki. Áhersla er lögð á hagkvæmni og peninga sem gerir það að verkum að áhugi á andlegum styrk og andlegri færni leikmanna hefur aukist til muna þar sem gert er ráð fyrir að andlegur styrkur greini á milli leikmanna á mismunandi gæðastigum (Golby og Sheard, 2004).

Flestir álíta að íþróttamenn og sér í lagi íþróttamenn á afreksstigi séu jafn sterkir andlega eins og þeir eru líkamlega (Jones, 2002). Andlegur styrkur er sá þáttur sem er sennilega einna mest notaða hugtakið innan hagnýtrar íþróttasálfræði en jafnframt það vanmetnasta. Andlegur styrkur er skilgreint sem getan til þess að takast á við pressu, streitu, mótlæti og vinna sig upp eftir mistök (Jones, 2002). Samkvæmt rannsókn Loehr árið 1995 notast andlega sterkir íþróttamenn við mismunandi aðferðir til þess að takast á við erfiðar aðstæður sem gerir þeim kleift að vera tilfinninga rólegir og nýta orkuna rétt. Íþróttamenn geta þróað mér sér tvennskonar færni. Í fyrsta lagi auka þeir flæði á jákvæðri orku þegar erfiðleikar steðja að og í öðru lagi þá hugsa þeir á sérstakan hátt þannig að

þeir hafa rétt viðhorf gagnvart erfiðleikunum sem þeir standa frammi fyrir (Jones, 2002). Að auki hefur andlegur styrk verið lýst sem persónueiginleika og hugarástandi. Andlegur styrkur íþróttamanna endurspeglar getu íþróttamanna til að takast á við streitu og kvíða í samkeppnisaðstæðum (Jones, 2002). Gould og félagar greindu frá því árið 1987 að 82% þjálfara segja andlegan styrk vera mikilvægasta sálfræðilega eiginleika til þess að íþróttamenn geti náð árangri. Að sama skapi voru ekki nema 9% þjálfaranna sem töldu sig geta breytt og bætt þennan þátt íþróttamannanna. Í rannsókninni kemur fram að andlegur styrkur hefði meiri áhrif á sigurlíkur en eiginleikar eins og hraði og kraftur (Jones, 2002). Önnur rannsókn sem fjallaði einnig um andlegan styrk íþróttamanna var gerð á breskum rugby leikmönnum. Íþróttamennirnir spiluðu í efstu þremur deildunum þar í landi. Niðurstöður leiddu í ljós að þeir leikmenn sem að spiluðu í efstu deild mældust með meiri andlegan styrk en þeir sem að spiluðu í neðri tveim deildunum (Golby og Sheard, 2004).

Andleg heilsa og tíðni geðraskanna hjá afreksíþróttamönnum

Með tilkomu rannsókna á sviði íþróttasálfræði undanfarna áratugi hefur athyglinni í auknum mæli verið beint að andlegri heilsu íþróttamanna. Þessari auknu athygli hefur sérstaklega verið beint að andlegri heilsu afreksmanna sem leggja ekki einungis sál sína og líkama í íþróttina heldur þurfa þeir að horfast í augu við mikinn þrýsting til að ná árangri á sínu sviði (Schaal o.fl., 2011). Fyrir flesta er þátttaka í íþróttum áhugamál eða notuð í þeim tilgangi til að fá ákveðna félagslega útrás. Að auki er íþróttaiðkunn skilvirk aðferð til að takast á við streitu og er vel þekkt til að koma í veg fyrir mörg sálfræðileg vandamál svo sem þunglyndi eða kvíðaraskanir. Þátttaka á afreksstigi býður hins vegar upp á allt aðrar aðstæður sem einkennast mikið til af streitu (Schaal o.fl., 2011). Frábær heilsa er nauðsynleg til lengri tíma til þess að ná góðum árangri í íþróttum. Á sama tíma er heilsa íþróttamanna alltaf í hættu. Afreksíþróttamenn eru ekki einungis að berjast við daglega streitubætti heldur einkennist heimur íþróttanna af streitu. Dæmi um slíka streitubætti eru t.d mikið álag, líkamleg áreynsla, samkeppni, sjúkdómar, meiðsli og að standast þær kröfur og væntingar sem gerðar eru til afreksmannanna frá íþróttafélögunum, fjölskyldum og menntastofnunum og áhangendum. Það að vera heilbrigður getur því verið mikil áskorun fyrir íþróttamenn á afreksstigi (Mayer og Thiel, 2014). Nokkrar ástæður

eru fyrir því að íþróttamenn geta verið viðkvæmir gagnvart geðsjúkdómum. Afreksíþróttir taka bæði mikinn tíma og orku frá íþróttamanninum sem getur haft varanlegar afleiðingar á félagslegt líf þeirra og í kjölfar þess leitt til minna persónulegs sjálfstæðis og orkuleysis hjá einstaklingnum (Hughes og Leavey, 2012). Umhverfi afreksíþróttamanna getur breytt sjálfsmynd íþróttamanna. Sjálfsmynd afreksíþróttamanna einkennist oft af andlegri vanlíðan vegna þessara þátta auk þeirra sem að lenda í ofþjálfun. Ofþjálfun hefur sérstaklega verið tengd við þunglyndi. Algengi ofþjálfaðra íþróttamanna eru á milli 20-65% og eru langhlauparar þar í stórum hluta og eru þeir því í aukinni áhættu fyrir að þróa með sér þunglyndi. Rannsóknir hafa einnig sýnt að meiðsli, samkeppni, það að eldast, það að hætta í íþróttum og aðrir streituvekjandi þættir, geta leitt til þunglyndis hjá íþróttamönnum (Hughes og Leavey, 2012). Að auki hafa rannsóknir sýnt að afreksíþróttamenn eiga við fleiri veikleika að stríða líkt og átraskanir, ýmsa áhættuhegðun eins og að keyra undir áhrifum áfengis og einnig að stunda óábyrgt kynlíf (Hughes og Leavey, 2012). Einnig má þess geta að sumir vísindamenn hafa bent á að fullkonnunarárátta sé megineinkenni þess að íþróttamaður komist á afreksstig í íþróttum (Hughes og Leavey, 2012). En fullkonnunarárátta er áhættuþáttur til þess að þróa með sér kvíðaraskanir (Hughes og Leavey, 2012).

Í rannsókn Goutteborge og féлага frá árinu 2013 var tíðni kvíða og þunglyndis skoðuð. Auk þess voru sálræn vandamál á við lágt sjálfsmat, átraskanir og stuðningur frá þjálfurum og liðsfélögum metin. Þátttakendur voru 301 knattspyrnumenn (180 núverandi og 121 fyrrverandi). Rannsakendur mældu kvíða- og þunglyndiseinkenni með því að notast við 12 atriða General Health Questionnaire kvarðann. Í þessari viðamikilli rannsókn kom fram að lang algengustu raskanirnar hjá knattspyrnumönnum eru kvíði og/eða þunglyndi og átraskanir. Allt að 42% fyrrverandi leikmanna þjást af átröskun en nokkuð færri núverandi knattspyrnumenn eða 26% þjást af röskununni. Athygli vakti að jafn margir eða 26% fyrrverandi og núverandi knattspyrnumenn þjást af kvíða eða þunglyndi. Að auki var greint frá því að leikmenn sem fá lítinn stuðning frá þjálfurum og liðsfélögum eru mun líklegri til að þróa með sér geðræn eða sálræn vandamál. Heildarniðurstöður þeirra Goutteborge eru að fyrrverandi knattspyrnumenn eru líklegri til þess að þjást af sálrænum vandamálum en núverandi knattspyrnumenn (Goutteborge, Frings-Dresen og Sluiter, 2015).

Í rannsókn Schaal og féлага komu fram svipaðar niðurstöður og í rannsókn Gouttebage. Rannsóknin náði til 13% franskra íþróttamanna. Allt að 17% greindust með eða áttu við einhverskonar andleg vandamál að stríða en kvíði var þar algengastur, en 6% íþróttamanna skimuðust með kvíða. Því næst komu átraskanir en 4,2% íþróttamanna áttu við átvanda að stríða. Í heildina voru 20,2% kvenna með einhverskonar andleg vandamál en 15,1% karla. Þessar konur þjáðust einna helst af kvíða, átröskunum, þunglyndi, svefnvandamálum og voru að skaða sjálfa sig. Íþróttamenn sem að stunduðu fagurfræðilegar íþróttir voru mun líklegri til þess að greinast með einhverja af þessum röskunum. Sem fyrr, voru geðræn vandamál mun algengari hjá konum en 38,9% þeirra kvenna sem stunduðu fagurfræðilegar íþróttir skimuðust með vanda, en einungis 10,3% þeirra sem ekki stunduðu fagurfræðilegar íþróttir. Af þeim körlum sem stunduðu fagurfræðilegar íþróttir áttu 16,7% þeirra við einhverskonar geðrænan vanda að stríða en 6,8% þeirra sem stunduðu annarskonar íþróttir en fagurfræðilegar. Hlutfall geðræns vanda var lægstur meðal þeirra sem stunduðu áhættuþróttir (Schaal o.fl., 2011).

Í nýlegri rannsókn þeirra Patel og Chaudhari (2014) var borin saman andleg heilsa 45 einstaklingsíþróttamanna, 51 hópíþróttamanna og 52 einstaklingar sem ekki stunduðu íþróttir. Niðurstöður þeirra féлага leiddi í ljós, þegar hóparnir voru bornir saman að einungis var munur á andlegri heilsu þeirra sem stunduðu hópíþróttir og þeirra sem ekki stunduðu íþróttir. Andleg heilsa hópíþróttamanna var betri en þeirra sem ekki stunduðu íþróttir (Patel og Chaudhari, 2014).

Eins og komið hefur fram hafa rannsóknir sýnt að afreksíþróttamenn eins og aðrir geta átt við geðræn vandamál að stríða. Kvíði og þunglyndi virðast vera með algengari slíkra sjúkdóma. Þessum sjúkdómum ber að taka alvarlega því afleiðingar þeirra geta verið lífshættulegar. Rannsakandi þekkir það út frá eigin reynslu sem atvinnukona í íþróttum að atvinnumannalífið er ekki alltaf dans á rósum og getur verið mjög erfitt líkamlega en ekki síður andlega. Að auki virðist sem íþróttamenn sem eiga við geðræn vandamál að stríða þori ekki að greina frá sjúkdómi sínum. Allavega hefur rannsakandi á öllum sínum 7 ára atvinnumannaverli aldrei orðið vitni þess að leikmaður í sínu liði tilkynni öðrum leikmönnum eða tali opinskátt um geðræn veikindi sín. Það virðist sem heimur íþróttanna sé yfir það hafið að þurfa að kljást við eða opinbera að leikmenn á

afreksstigi geti átt við geðræn vandamál að stríða. Íþróttamenn sem að glíma við slíka sjúkdóma eiga það til að hætta að stunda íþrótt sína eða fela sjúkdóm sinn gagnvart þjálfurum sínum og samherjum. Vísindamenn hljóta því að spyrja sig þeirrar spurningar, af hverju atvinnumenn í íþróttum greini sjaldan frá geðrænum eða andlegum vandamálum sínum. Samkvæmt íslenskum fjölmiðlum hafa nokkrir íþróttamenn í boltaíþróttum á Íslandi komið fram á sjónarsviðið undanfarið og deilt reynslu sinni og upplifun af geðrænum vandamálum sínum. Guðlaugur Viktor Pálsson, Katrín Ómarsdóttir, Ingólfur Sigurðsson og Hjálmar Þórarinsson eru öll gott dæmi, en þau eiga það sameiginlegt að hafa komið fram í fjölmiðlum og opinberað sjúkdóm sinn fyrir alþjóð. Guðlaugur Viktor sagði í samtali við Vísi árið 2014 að hann hafi verið djúpt sokkinn í dimman dal þunglyndis og íhugað sjálfsvíg þegar útlitið var verst. Hann segir frá því að hann hafi verið hættur að sjá um hundinn sinn og að hann hafi lést um sjö kíló sem enginn vissi af. Hann var hættur að þrifa sig og lyktaði eins og úldin síld. Hann segir frá því að honum hafi liðið illa, var með minimáttarkennd og að sjálfssálitið var rosalega lítið. Hann var samt strákurinn sem hafði spilað fyrir Liverpool þannig að hann þurfti að sanna sig (Hjörtur Júlíus Hjartarsson, 2014). Öll einkenni Guðlaugs Viktors eru vel þekkt þunglyndiseinkenni og greinilegt að hann var orðinn mjög veikur. Enn fremur vonast Guðlaugur Viktor eftir því að saga hans geti hjálpað öðrum sem eru í svipaðri stöðu „*Þetta hjálpar mér rosalega mikið að segja sögu mína og vera hreinskilinn. Þetta gefur mér mikið og gerir mig sterkari. Þetta er líka leið fyrir mig að geta notið þess að halda áfram að lifa góðu lífi. Ég er að horfa fram á veginn núna*” (Hjörtur Júlíus Hjartarsson, 2014). Hjálmar Þórarinsson 28 ára er annað gott dæmi um knattspyrnumann sem verður fyrir barðinu á þunglyndi. Hann segir „*Þunglyndi er ógeðslegt og ég óska ekki mínum versta óvini að ganga í gegnum það sem ég hef gert á síðustu þremur árum*” (Elvar Geir Magnússon, 2014) Það liggur ljóst fyrir að þunglyndi, kvíði og aðrir geðrænir sjúkdómar leynast víða hvort sem það er á áhugamanna- eða afreksstigi. Mjög fáar rannsóknir hafa verið gerðar á tíðni geðraskanna hjá afreksíþróttamönnum, þrátt fyrir að þeirra sé þörf. Rannsakandi telur að geðræn vandamál meðal íþróttamanna og hvað þá meðal afreksíþróttamanna séu oft á tíðum þöggugu niður til að skaða ekki ímynd íþróttanna og þess heilbrigðis sem þær standa fyrir. Það breytir ekki þeirri staðreynd að afreksíþróttamenn eins og aðrir greinast með geðsjúkdóma.

Markmið rannsóknarinnar er fyrst og fremst að skoða tíðni þunglyndis og kvíðaeinkenna hjá íslenskum atvinnumönnum í boltaíþróttum. Með þessu er reynt að varpa frekara ljósi á mikilvægi rannsókna á þessu sviði og þar með að opna umræðuna um mikilvægi geðheilbrigðis hjá íslenskum afreksíþróttamönnum.

Aðferð

Þátttakendur

Öllum íslenskum atvinnumönnum í boltagreinum yfir 18 ára, alls 127 leikmenn, þar af 29(22%) konur og 98(78%) karlar, var boðið þátttaka í rannsókninni. Alls þáðu 108 (85%) að taka þátt, þar af konur 29(27%) og 79(73%) karlar. Í töflu 1 má sjá lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur.

Tafla 1. Lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur.

Kyn		
	Karl	73 % (79)
	Kona	27 % (29)
Aldur		
	18-23	15 % (16)
	24-29	64 % (68)
	30+	21 % (23)
Hjúskaparstaða		
	Einhleyp(ur)	23 % (25)
	Gift/ur í sambúð/í sambandi	77 % (82)
Íþróttagrein		
	Handknattleikur	38% (40)
	Knattspyrna	52% (56)
	Körfuknattleikur	10% (11)
Laun á mánuði		
	<100.000 kr	0% (0)
	101.000-500.000 kr	33% (35)
	501.000-1.000.000 kr	26% (27)
	1.000.001-2.000.000 kr	26% (28)
	>2.000.000 kr	15% (16)

Mælitæki

General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) er sjálfsmatsmælikvarði sem notaður er til að skima fyrir og mæla alvarleika einkenna almennar kvíðaröskunnar (GAD) (Spitzer et al., 2006) (sjá viðauka 2). Jafnvel þótt mælikvarðinn hafi verið þróaður til að skima og meta alvarleika GAD einkenna hafa rannsóknir bent til þess að GAD-7 sé heppilegur til þess að skima fyrir kvíðaeinkennum og alvarleika þeirra.

Þegar GAD-7 er lagður fyrir eru þátttakendur spurðir hversu oft, á síðustu tveimur vikum þeir hafi fundið fyrir tilteknum vandamálum eins og að geta ekki sofnið eða stjórnað tilfinningum sínum eins og kvíða eða vanlíðan. Svarmöguleikarnir eru: „alls ekki”, „nokkrir dagar”, „meira en helmingur vikunnar” og „næstum á hverjum degi”. Spönn kvarðans er 0-21 stig. Túlkun á skorum er eftirfarandi: 5-9 stig: væg kvíðaeinkenni, 10-14 stig: miðlungsalvarleg kvíðaeinkenni, 15-19 stig: alvarleg kvíðaeinkenni. Próffræðilegir eiginleikar listans hafa verið prófaðir bæði héraðs og erlendis og í báðum tilfellum hafa þeir reynst góðir (Spitzer et. al. 2006; Rósa Ingólfssdóttir, 2014).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) er sjálfsmatskvarði, notaður til að skima og meta alvarleika þunglyndis (Kroenke & Spitzer, 2002). Kvarðinn er 9 atriða og er spurt hversu oft á síðustu tveimur vikum svarandi hefur fundið fyrir ákveðnum vandamálum eins og að finna fyrir þreytu og hafa litla orku eða líða illa. Svarmöguleikar kvarðans eru „alls ekki”, „nokkrum dögum”, „meira en helmingi daga”, og „næstum því á hverjum degi”. Svörin eru stikluð niður frá 0-3. Spönn kvarðans er 0-27 stig. Túlkun á skorum er eftirfarandi: 5-9 stig: væg þunglyndiseinkenni, 10-14 stig: miðlungsalvarleg þunglyndiseinkenni, 15-19 stig: miðlungs til alvarleg þunglyndiseinkenni; 20-27 stig: alvarleg einkenni. Rannsóknir hafa sýnt að ef einstaklingur skorar yfir 10 stigum á PHQ-9 eru miklar líkur að hann glími við þunglyndi (alvarlega geðlægd). Próffræðilegar eiginleikar listans hafa verið prófaðir bæði héraðs og erlendis og í báðum tilfellum hafa þeir reynst góðir (Kroenke & Spitzer 2002; Valdís Eyja Pálsdóttir, 2007).

Spurningalisti um bakgrunnsbreytur. Þátttakendur voru beðnir um að veita upplýsingar varðandi ýmsa bakgrunnsþætti. Meðal þess sem spurt var um var aldur, kyn og hjúskaparstaða. Lýðfræðilegu spurningarnar voru sjö talsins (sjá viðauka 2). Til þess að halda nafnleynd við framkvæmd rannsóknarinnar var þess gætt að lýðfræðilegu spurningarnar væru þess eðlis að ekki væri hægt að persónugreina svarendur. Í stað þess að spyrja um fæðingarár voru þátttakendur til dæmis beðnir um að gefa til kynna á hvaða aldursbili þeir eru.

Framkvæmd

Haft var samband við Knattspyrnusamband Íslands (KSÍ), Handknattleikssamband Íslands (HSÍ) og Korfknattleikssamband Íslands (KKÍ) til að fá lista yfir alla skráða atvinnumenn í hverri íþrótt fyrir sig. Eftir að leyfi

Visindasiðanefndar lá fyrir (15-063-S1) voru öllum atvinnumönnum Íslands, sem leika erlendis og eru 18 ára og eldri sent kynningarbréf um rannsóknina og hlekk á rafrænan spurningalista. Notast var við svokallað snjóboltaúrtak. Rannsakendur sendu kynningarbréf á þá atvinnumenn sem þeir höfðu tengiliðaupplýsingar (*contact information*) hjá og óskuðu einning eftir því að þeir atvinnumenn sem fengu boð um þátttöku í rannsókninni létu aðra atvinnumenn sem þeir þekktu vita af rannsókninni og áframsenda kynningarbréf og hlekk á rafrænan spurningalista. Þegar smellt var á hlekkinn gátu þátttakendur ekki hafið svörun fyrr en þeir voru búnir að gefa upplýst samþykki fyrir þátttöku. Við ritun upplýsta samþykkisins var farið eftir 10. grein laga nr 74/1997. Þátttakendum var gert ljóst að ef þeir myndu upplifa vanlíðan í kjölfar þátttöku, höfðu þeir aðgang að nafni, netfangi og símanúmeri Lindu Báru Lýðsdóttur, sálfræðingi á Landspítalanum.

Úrvinnsla

Notast var við tölfræðiforritið SPSS statistics 20,0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) við úrvinnslu gagna í þessari rannsókn. Reiknuð var lýsandi tölfræði fyrir alla þátttakendur. Notast var við t-próf í tveimur hópum og einhliða dreifigreiningu til að meta hvort munur væri á undirhópum. Notast var við t-próf í einum hópi til þess að meta hvort munur væri á þunglyndis- og kvíðaeinkennum þátttakenda í þessari rannsókn og almennings.

Niðurstöður

Hér verður greint frá helstu niðurstöðum rannsóknarinnar. Gert verður grein fyrir meðaltali á GAD-7 og PHQ-9 kvörðunum út frá aldri, kyni, hjúskaparstöðu, íþrótt og launum. Í töflu 2 má sjá lýsandi tölfræði fyrir allar breytur rannsóknarinnar.

Tafla 2. Svarhlutfall þátttakenda á GAD-7 og PHQ-9 kvörðunum út frá aldri, kyni, hjúskaparstöðu, launum og íþrótt.

	GAD-7		PHQ-9	
	Fjöldi (%)	Meðaltal (staðalfrávik)	Fjöldi (N)	Meðaltal (staðalfrávik)
Kyn				
Kona	29 (27%)	6,28 (4,68)	29 (27%)	5,38 (4,34)
Karl	79 (73%)	4,75 (3,50)	78 (73%)	4,29 (3,23)
Hjúskaparstaða				
Einhleypur	25 (23%)	5,32 (4,76)	25 (23%)	5,16 (4,37)
Sambúð	83 (77%)	5,11 (3,62)	82 (77%)	4,41 (3,30)
Aldur				
18-23	17 (16%)	6,53 (4,20)	17 (16%)	5,29 (3,31)
24-30	69 (64%)	4,68 (3,62)	68 (64%)	4,28 (3,19)
30 plús	22 (20%)	5,60 (4,32)	22 (20%)	5,00 (4,78)
Íþrótt				
Handbolti	41 (38%)	4,76 (3,34)	41 (38%)	4,27 (3,08)
Fótbolti	56 (52%)	5,29 (4,35)	55 (52%)	4,58 (4,78)
Körfubolti	11 (10%)	6,00 (3,38)	11 (10%)	5,82 (4,26)
Laun (kr)				
101.000- 500.000	35 (33%)	5,34 (3,95)	35 (33%)	4,63 (3,73)
500.001- 1.000.000	28 (26%)	5,89 (4,05)	28 (26%)	5,00 (3,49)
1.000.001-2.000.000	29 (27%)	4,28 (3,83)	28 (26%)	3,71 (3,47)
Meira en 2.000.000	15 (14%)	4,87 (3,60)	15 (14%)	5,20 (3,67)
Heild	108	5,16 (3,89)	107	4,59 (3,57)

Eins og sjá má á töflu 2 er meðaltal allra þátttakenda á GAD-7 kvíðakvarðanum 4.65 stig en 4.38 stig á PHQ-9 þunglyndiskvarðanum. Skor kvenna er hærra en skor karla á báðum kvörðum en benda skal á að töluvert fleiri karlmenn voru þátttakendur. T-próf í tveimur hópum var framkvæmt og niðurstöður þess voru að ekki er marktækur munur á meðalskori kynjana, hvorki á PHQ-) né á GAD-7 ($p>0,05$).

Skor þeirra sem eru einhleypir eru hærra en þeirra sem eru giftir, í sambúð eða í sambandi. Framkvæmd voru t-próf í tveimur hópum til að skoða hvort marktækur munur væri á meðaltölum hópanna tveggja. Niðurstöður bentu til þess að ekki væri marktækur munur á meðaltölum hópanna tveggja ($p>0,05$) og því

ekki hægt að álykta að einhleypir atvinnumenn sé með meiri þunglyndis- og kvíðaeinkenni en þeir sem eru í sambandi.

Á töflu 2 má sjá að meðalskor yngsta aldursflokksins, þeirra sem eru 18-25 ára eru hæst bæði á GAD-7 og PHQ-9. Framkvæmd var einhliða dreifgreining til að meta hvort að marktækur munur væri á meðaltölum aldurshópanna þriggja á GAD-7 og PHQ-9. Niðurstöður leiddu í ljós að ekki var munur á meðaltölum milli hópanna þriggja ($p>0,05$).

Eins og sést á töflu er meðalskor körfuknattleiksleikmanna hæðst bæði á GAD-7 og PHQ-9. Framkvæmd var einhliða dreifgreining til að meta hvort marktækur munur væri á meðaltölum íþróttanna þriggja á GAD-7 og PHQ-9. Niðurstöður leiddu í ljós að ekki var munur á meðaltölum íþróttanna þriggja ($p>0,05$).

Niðurstöður sýndu fram á að ekki var munur á meðaltölum launflokka fjögurra ($p>0,05$). Meðalskor þeirra sem eru með 500.001-1.000.000kr á mánuði eru hæst á bæði GAD-7 og PHQ-9. Framkvæmd var einhliða dreifgreining til að meta hvort marktækan mun væri að finna á meðaltölum launaflokka fjögurra.

Tafla 3. Fjöldi og hlutfall þátttakenda í hverjum alvarleikaflokk.

GAD -7	5 – 9 stig	10- 14 stig	15 -21 stig	20-27 stig:
	Væg einkenni	Miðlungs alvarleg einkenni	Alvarleg einkenni	Alvarleg einkenni
	42 (23,2%)	19 (17,5%)	2 (2%)	0 (0%)
PHQ-9	5 – 9 stig:	10 – 14 stig:	15 – 19 stig:	20- 27 stig:
	Væg einkenni	Miðlungsalvarleg einkenni	Miðlungs til alvarleg einkenni	Alvarleg einkenni
	33 (33,7%)	6 (2,8%)	3 (3,7%)	0 (0%)

Tafla 3 sýnir heildarskor þátttakenda á GAD-7 kvíðakvarðanum og PHQ-9 þunglyndiskvarðanum. Niðurstöður benda til að fleiri þátttakendur með miðlungs alvarleg kvíðaeinkenni en þunglyndiseinkenni. 19,5% þátttakenda eru með meðal- eða alvarleg einkenni kvíða en 6,5% með meðal- eða alvarleg þunglyndiseinkenni. 40,7% þátttakenda eru með væg eða meðal alvarleg einkenni kvíða en 36,5% eru með væg eða meðaleinkenni þunglyndis. Þátttakendur sem eru á stigum alvarlegs kvíða og þunglyndis voru tveir.

Í rannsókn Rósu Ingólfssdóttur (2014) kom í ljós að meðalskor íslenskra stúdenta ($N=124$) á GAD-7 var 1.05 stig. Meðalskor íslenskra atvinnumanna er 5.15. Framkvæmt var einhliða t-próf til að skoða hvort munur væri á meðaltölum þessarra tveggja hópa. Niðurstöður t-prófs leiddu í ljós að munur er á meðaltölum hópanna tveggja ($t(107)=10.98$, $P<0.001$). Því er hægt að álykta að íslenskir atvinnumenn í boltaíþróttum þjáist af meiri kvíðaeinkennum en íslenskir stúdentar.

Umræða

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða þunglyndis- og kvíðaeinkenni hjá íslenskum atvinnuöðnum í boltaíþróttum. Það sem niðurstöður leiddu fyrst og fremst í ljós var að algengi þunglyndis- og kvíðaeinkenna hjá íslenskum atvinnuöðnum er meira en hjá íslenskum stúdentum samanber rannsókn Rósu Ingólfssdóttur árið 2014. 40,7% íþróttamanna þjást af vægum- eða meðalalvarlegum einkennum kvíða en aðeins færri eða 36,5% íþróttamanna þjást af sömu einkennum þunglyndis. Þar að auki eru 3,7% íþróttamanna með alvarleg einkenni kvíða og 2% með alvarleg einkenni þunglyndis.

Samkvæmt niðurstöðum frá Jóni G. Stefánssyni og Eiríki Líndal, (2009) er algengi kvíða meðal Íslendinga 14% og algengi þunglyndis 13%. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingar um að þunglyndi og kvíði meðal íslenskra atvinnuöðna í boltaíþróttum geti verið allt að helmingi algengara en hjá öðrum. Niðurstöðurnar þykja því nokkuð sláandi sérstaklega í ljósi þess að rannsóknir hafa margsinnis sýnt að hreyfing hefur jákvæð áhrif á þunglyndis- og kvíðaeinkenni hjá einstaklingum. Út frá þessu væri hægt að álykta að of mikil hreyfing hefði neikvæð áhrif á þunglyndis- og kvíðaeinkenni. Rannsakandi tekur frekar undir orð þeirra Mayer og Thiel (2014), að afreksíþróttamenn eru ekki einungis að berjast við daglega streituþætti heldur einkennist heimur íþróttanna af streitu. Dæmi um slíka streituþætti eru t.d mikið álag, líkamleg áreynsla, samkeppni, sjúkdómar, meiðsli og að standast þær kröfur og væntingar sem gerðar eru til afreksmannanna frá íþróttafélögunum, fjölskyldum og menntastofnunum. Það að svo margir íslenskir atvinnuöðmenn finna fyrir kvíða- og þunglyndiseinkennum ber að taka alvarlega. Flestir íslenskir íþróttamenn byrja sinn feril á Íslandi og spila með sínum uppeldisfélögum áður en þeir flytjast erlendis. Skoðun rannsakanda er sú að fræðsla á sviði geðsjúkdóma innan íþróttá Íslandi þarf að vera meiri og slík fræðsla ætti að byrja hjá aðildafélögunum og yfirsamböndum þeirra KSÍ, HSÍ og KKÍ. Að sama skapi er mikilvægt að opna umræðuna svo að allir þeir sem standa að félögunum, leikmenn, þjálfarar, stuðningsmenn, stjórnarmenn og fleiri líti svo á að geðsjúkdómar séu viðurkenndir og án allra fordóma.

Það er vel þekkt að þunglyndis- og kvíðaeinkenni eru algengari hjá konum en körlum (Leach, Christensen, Mackinnon, Windsor og Butterworth, 2008). Það

samræmist þó ekki niðurstöðum þessarar rannsóknar þar sem ekki fannst marktækur munur milli atvinnukvenna og atvinnukarla í boltaíþróttum. Áhugi almennings er almennt meiri á boltaíþróttum karla en kvenna og því væri eðlilegt að áætla að utanaðkomandi pressa sé meiri á karla en konur. Þrátt fyrir það fannst ekki marktækur munur á milli þessara tveggja hópa.

Það kom rannsakanda nokkuð á óvart að aðrar breytur eins og hjúskaparstaða, aldur og laun virtust ekki hafa áhrif á algengi kvíða- eða þunglyndiseinkenna. Sér í lagi hefði ekki komið rannsakanda á óvart að laun íþróttamanna og aldur gætu skipt máli. Það segir sig sjálft að þeir íþróttamenn sem eru með yfir 2.000.000 milljónir í mánaðarlaun eru undir meiri utanaðkomandi pressu en íþróttamaður sem er með 101.000-500.000 kr í mánaðarlaun. Rannsakandi ályktar svo að þessar niðurstöður séu afar jákvæðar fyrir íþróttamennina í ljósi þess að þeir eru að æfa og spila fyrir meira en peningana. Sama má segja um aldur. Auðvelt væri að álykta að yngri leikmenn höndluðu pressuna verr en þeir sem að eru eldri og reyndari. Svo virðist ekki vera.

Ákveðnir vankantar voru í rannsókninni. Fyrir það fyrsta var kynjahlutfall þátttakenda ekki jafnt. Karlar voru rúmlega 70% þátttakenda en sá munur er eitthvað sem ég gerði ráð fyrir þar sem mun fleiri karlmenn hafa atvinnu af því að stunda íþróttir. Þessi munur getur mögulega hafa valdið skekkju og því hefði verið æskilegra að jafna kynjahlutfallið. Það hefði þó valdið því að úrtakið hefði orðið mun minna. Að senda spurningalista rafrænt á þátttakendur getur valdið ákveðinni svarskekkju. Fyrir það fyrsta getur maður aldrei verið fullviss um að réttur einstaklingur sé að svara spurningunum yfir höfuð og að heiðarleg svörun eigi sér stað. Að fá 85% svörun í rannsókn sem þessari, þar sem að haft er samband rafrænt við atvinnumenn í boltaíþróttum verður að teljast mjög gott og gerir það rannsóknina áreiðanlegri fyrir vikið.

Það er greinilegt að rannsóknir af þessu tagi eru af skornum skammti þrátt fyrir að þetta sé málefni sem vert er að skoða. Þar sem að engin samskonar rannsókn hefur verið gerð á Íslandi er erfitt að bera niðurstöður þessarar rannsóknar við fyrri rannsóknir. Þrátt fyrir það eru niðurstöðurnar áhugaverðar, sérstaklega í ljósi þess að úrtakið var stórt og náði till allra íslenskra atvinnumanna sem stunda knattspyrnu, handknattleik og körfuknattleik í maí árið 2015. Niðurstöður rannsóknarinnar eru því mikilvægar og nothæfar til fræðslu og forvarna fyrir yngri iðkendur. Þar sem þessi rannsókn sýndi fram á að algengi

Þunglyndis- og kvíðaeinkenna hjá atvinnuönnum sé algengara en hjá hinum almenna borgara væri áhugavert að skoða mun á íslenskum atvinnuönnum og íslenskum áhugamönnum í knattspyrnu, handknattleik og körfuknattleik en þessar þrjár íþróttir eru með þeim fjölmennustu og vinsælustu á Íslandi.

Heimildaskrá

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Byrne, A og Byrne, D.G. (1993). The Effect of Exercise on Depression, Anxiety and Other Mood States: A Review [rafræn útgáfa]. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 565-574.
- Carek, Peter.j., Laibstain, Sarah.E., Carek, Stephen. M. (2011). Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety [rafræn útgáfa]. *INT’J. Psychiatry in Medicine*, 41, 15-28.
- Dr Patel, Milan. P og Mr Chaudhari, Ankur. D. (2014). Sports for Positive Mental Health: A Comparative Study of Mental Health among Individual Athletes., Team Athletes And Non-Athletes [rafræn útgáfa]. *The International Journal of Indian Psychology*, 01.
- Elvar Geir Magnússon (2014). *Hjálmar Þórarins: Þunlyndið mitt og aðrar pælingar*. Sótt 3. apríl frá vefsíður [fotbolti.net](http://fotbolti.net/news/16-04-2014/hjalmar-thorarins-thunglyndid-mitt-og-adrar-paelingar): fotbolti.net/news/16-04-2014/hjalmar-thorarins-thunglyndid-mitt-og-adrar-paelingar.
- Golby, Jim og Sheard, Michael. (2004). Mental toughness and hardiness at different levels of rugby league [rafræn útgáfa]. *Personality and Individual Differences*, 37, 933-942.
- Gouttebauge, V., Frings-Dresen, M, H, W og Sluiter, J. K. (2015). Mental and psychosocial health among current and former professional footballers [rafræn útgáfa]. *Occupational Medicine*.
- Hjörtur Júlíus Hjartarsson (2014). *Gat ekki hugsað mér að lifa svona lengur*. Sótt 20. janúar 2015 frá vefsíðu [vísi.is](http://www.visir.is): <http://www.visir.is/-gat-ekki-hugsad-mer-ad-lifa-svona-lengur-/article/2014140339812>.
- Hughes, Lynette og Leavey, Gerard. (2012). Setting the bar: athletes and vulnerability to mental illness [rafræn útgáfa]. *Royal College of Psychiatrists*, 200(2).
- Hoeksema, Susan Noel (2010) *Abnormal psychology* (5. útg). University of Michigan: McGraw-Hill.

- Jones Graham. (2002). What Is This Called Mental Toughness? An Investigation of Elite Sport Performers [rafræn útgáfa]. *Journal of applied sports psychology, 14*, 205-218.
- Jón G Stefánsson og Eríkir Líndal. 2009. Algengi geðraskanna á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið, 95*, 559-564.
- Leach, Liana S., Christensen, Helen., Mackinnon, Andrew J., Windsor, Timothy D og Butterworth, Peter. (2008). Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators [rafræn útgáfa]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43*, 983-998.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., og Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62(6)*, 593-602.
- Mayer, Jochen og Thiel, Ansgar. (2014). Health in Elite Sports from a Salutogenetic Perspective: Athletes' Sense of Coherence [rafræn útgáfa]. *PLoS ONE, 9(7)*.
- Mendlowicz, Mauro V og Stein, Murray B. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders [rafræn útgáfa]. *Am J Psychiatry, 157*, 669-682.
- Schaal, Karine., Tafflet, Muriel., Nassif, Hala., Thibault, Valérie., Pichard, Capucine., Alcotte, Mathieu., Guillet, Thibaut., Helou, Nour El., Berthelot, Geoffroy., Simon, Serge og Toussaint, Jean-Francois. (2011). Psychological Balance in High Level Athletes: Gender Based Differences and Sport-Specific Patterns [rafræn útgáfa]. *Psychopathology and High Level Sport, 6 (5)*.
- Murray, Christopher. J.L., Lopez, Alan. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet, 349*, 1436-1442.
- Silverman, R.K. og Ginsburg, G.S. (1998). Anxiety disorders. Í T.H. Ollendick og M. Hersen (Ritstj.), *Handbook of Child Psychopathology*, bls 239-268. New York: Plenum Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., Hahn, S. R., Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama, 272(22)*, 1749-1756.

- Weinberg, Robert. S og Gould, Daniel. (2010). *Foundations of Sport and Exercise*. Unites States: Human Kinetics.
- Wittchen, H.-U., og Jacobi, F. (2005). Size and burden og mental disorders in Europea critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- World Health Organization (október, 2012). Depression. Sótt 15. febrúar 2015, frá <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

Viðauki 1:



Kynningarbréf um rannsóknina

Algengi þunglyndis og kvíðaeinkenna hjá atvinnumönnum í boltagreinum

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er Hafrún Kristjánsdóttir, aðjúnkt við íþróttافرæðisvið Háskólans í Reykjavík, sími 8941713, netfang: hafrunkr@ru.is Annar rannsakendi er Margrét Lára Viðarsdóttir nemi.

Meginmarkmið rannsóknarinnar er að meta algengi þunglyndis og kvíðaeinkenni hjá atvinnumönnum í boltagreinum. Algengið verður metið með því að leggja tvö sálfræðileg próf fyrir þátttakendur sem meta þuglyndiseinkenni annarsvegar og kvíðaeinkenni hinsvegar. Einnig verða lagðar fyrir fimm bakgrunnspurningar. Ætla má að það taki innan við 10 mínúntur að svara öllum spurningum. Passað er upp á að svör þátttakenda séu með öllu ópersónugreinanleg. Spurningarnar verða lagðar fyrir með rafrænum hætti og fá þátttakendur hlekk á spurningalistann sendan og þar munu þeir vera beðnir um að veita samþykki sitt fyrir þátttöku.

Rannsakendur telja enga áhættu fylgja þátttöku aðra en hugsanlegt álag við að svara spurningum og spurningalistum um líðan sína. Þátttakendur geta neitað að svara einstökum spurningum eða spurningalistum. Rannsóknarinnar vegna er hins vegar mikilvægt að öllum atriðum sé svarað af alúð. Ef þátttakandi finnur fyrir vanlíðan við að svara spurningum getur hann haft samband við Lindu Báru Lýðsdóttur sálfræðing, sími: 8253706, netfang: lindabl@landspitali.is sér að kostnaðarlausu.

Þér ber engin skylda að taka þátt í þessari vísindarannsókn. Þú getur hætt þátttöku hvenær sem er án útskýringa eða eftirmála. Svör þín verða ópersónugreinanleg og tölvuskráð á númeri. Á meðan á rannsókninni stendur verða gögnin varðveitt í í læstri möppu á tölvu rannsákenda sem einungis rannsakendur hafa aðgang að. Þegar henni er lokið verður gögnunum eytt. Rannsóknin hefur verið tilkynnt Persónuvernd og Vísindasiðanefnd hefur veitt leyfi til hennar.

Viðauki 2:

Vinsamlegast svaraðu eftirfarandi spurningum með því að merkja í þann reit sem á við um þig.

1. **Hvort ert þú karl eða kona?**

- Karl
- Kona

2. **Hvaða aldursbili tilheyrir þú?**

- 18 ára - 23 ára
- 24 ára – 29 ára
- 30 ára eða eldri

3. **Hver er núverandi hjúskaparstaða þín?**

- Einhleyp(ur)
- Í sambúð / gift(ur) / í sambandi

4. **Hvaða íþrótt stundar þú?**

- Handknattleik
- Knattspyrnu
- Körfuknattleik

5. **Hverjar eru tekjur þínar á mánuði í íslenskum krónum?**

- < 100.000 kr
- 100.001 - 500.000 kr
- 500.001 – 1.000.000 kr
- 1.000.001 - 2.000.000 kr
- >2.0000.001

GAD-7

Hversu oft á síðastliðnum 2 vikum hefur þér liðið illa vegna eftirfarandi?	Aldrei (0)	Nokkra daga (1)	Oftar en helming daganna (2)	Næstum daglega (3)
1. Verið spennt/-ur á taugum, kvíðin/-n eða hengd/-ur upp á þráð				
2. Ekki tekist að bægja frá þér áhyggjum eða hafa stjórn á þeim				
3. Haft of miklar áhyggjur af ýmsum hlutum				
4. Átt erfitt með að slaka á				
5. Verið svo eirðarlaus að þú áttir erfitt með að sitja kyrr				
6. Orðið gröm/gramur eða pirruð/pirraður af minnsta tilefni				
7. Verið hrædd/-ur eins og eitthvað hræðilegt gæti gerst				

PHQ-9

Hversu oft hefur eftirfarandi vandamál truflað þig síðastliðnar tvær vikur?

	Alls ekki	Nokkra daga	Meira en helming tímans	Nánast alla daga
a. Lífill áhugi eða gleði við að gera hluti.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Verið niðurdregin/n dapur/döpur eða vonlaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Átt erfitt með að sofna eða sofa alla nóttina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Þreyta og orkuleysi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lystarleysi eða ofát.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Liðið illa með sjálfan þig eða fundist að þér hafi mistekist eða ekki staðið þig í stykkinu gagnvart sjálfum þér eða fjölskyldu þinni.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Erfiðleikar með einbeitingu við t.d. að lesa blöðin eða horfa á sjónvarp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hreyft þig eða talað svo hægt að aðrir hafa tekið eftir því? Eða hið gagnstæða – verið svo eirðarlaus eða óróleg(ur) að þú hreyfðir þig mikið meira en venjulega.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hugsað um að það væri betra að þú værir dái(n) eða hugsað um að skaða þig á einhvern hátt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Íslensk þýðing með leyfi höfunda: Agnes Agnarsdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir, Jakob Smári, Jón Friðrik Sigurðson og Pétur Tyrfingsson
