



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

**Αξιολόγηση του πόνου, της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής
λειτουργίας παιδιών με νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα σε
σύγκριση με υγιή**

Σπουδάτρια:

Γάγα Αλίκη, Φυσικοθεραπεύτρια (Α.Μ. 2)

Επιβλέπων καθηγητής:

Σκαπινάκης Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	6
1.2 Η ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	6
1.2.1 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	7
1.2.2 ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	7
1.2.3 ΝΕΥΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	8
1.2.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΞΥ ΠΟΝΟΥ	9
1.2.5 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	10
1.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	11
1.3.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	11
1.3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑ	12
1.3.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	12
1.3.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	13
1.3.5 ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	14
1.3.6 ΒΡΕΦΗ	14
1.3.7 ΝΗΠΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ	16
1.3.8 ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ	17
1.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	18
1.4.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	19
1.4.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	19
1.4.3 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	20
1.4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	20
1.4.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	21
1.4.5.1 Γονείς	22
1.4.5.2 Νοσηλευτικό - Ιατρικό προσωπικό	22
1.5 ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	23
1.5.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	23
1.5.2 Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	24
1.5.2.1 Πόνος και δημογραφικές μεταβλητές	25
1.5.2.2 Πόνος και δραστηριότητα της ασθένειας	25
1.5.2.3 Πόνος και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές	26
1.5.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΙΑ	27
1.6 ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	28
1.6.1 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	30

<u>2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ</u>	<u>32</u>
2. 1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	32
2. 1. 1 ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	32
2. 2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	32
2. 2. 1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	32
2. 2. 2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	33
2. 2. 3 ΑΝΑΛΥΣΗ	35
<u>3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</u>	<u>36</u>
3. 1 ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΟ CHQ	36
3. 2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ CHQ ΜΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	36
<u>4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	<u>43</u>
4. 1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΥΡΙΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	43
4. 2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ	44
4. 3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΥΡΙΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	44
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	<u>47</u>
<u>ΠΙΝΑΚΕΣ</u>	<u>58</u>
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΣΦΑΛΜΑ! ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΟΡΙΣΤΕΙ ΣΕΛΙΔΟΔΕΙΚΤΗΣ.</u>	
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΣΦΑΛΜΑ! ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΟΡΙΣΤΕΙ ΣΕΛΙΔΟΔΕΙΚΤΗΣ.</u>	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία (σωματοψυχική εμπειρία) συνοδευμένη με πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης» (Franck και συν. 2000). Τα βρέφη, περιλαμβάνοντας και τα νεογέννητα, βιώνουν πόνο παρόμοιο και πιθανόν πιο έντονο από τα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικες. Επιπλέον λόγω της ανεπαρκούς ανακούφισης του πόνου νωρίς στη ζωή τα βρέφη βρίσκονται σε κίνδυνο επιζήμιων μακροπρόθεσμων επιδράσεων στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη (Mathew και Mathew 2003).

Η αξιολόγηση και η θεραπεία του πόνου στα παιδιά αποτελεί ένα ξεχωριστό κομμάτι που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και πρέπει να γίνει προτεραιότητα για όλους τους επαγγελματίες παροχής υγείας. Δυστυχώς τα παιδιά υποφέρουν άδικα λόγω του ότι ο παιδιατρικός πόνος συχνά δεν γίνεται κατανοητός, αγνοείται ή διαφεύγει της προσοχής μας. Γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στις τεχνικές μέτρησης και θεραπείας του πόνου που είναι κατάλληλες για νήπια και παιδιά.

Επειδή ο χρόνιος πόνος στα παιδιά και στους εφήβους συχνά δεν αξιολογείται σωστά και δεν θεραπεύεται, έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της καθημερινής ικανότητας και λειτουργίας. Ο χρόνιος πόνος που δεν θεραπεύεται ή δεν θεραπεύεται σωστά θα έχει ως συνέπεια την ανεπιθύμητη «δοκιμασία» του ασθενούς, την διατάραξη της καθημερινότητας της οικογένειας και τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων του παιδιού, ως εκ τούτου αυξανόμενη μακροχρόνια ανικανότητα. Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία απαιτείται ακριβής και επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση του χρόνιου πόνου, όμως αυτό είναι δύσκολο να γίνει στα παιδιά λόγω των αναπτυσσόμενων γνωσιακών ικανοτήτων τους. Η επιλογή της κατάλληλης κλινικής μεθόδου αξιολόγησης του παιδικού πόνου θα πρέπει να βασίζεται στην ηλικία, στον τύπο και στην τοποθεσία του πόνου καθώς και στις προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες (Chambliss και συν. 2002).

Μια ασθένεια της παιδικής ηλικίας είναι η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (NIA) στην οποία ο πόνος θεωρείται ένα σημαντικό κλινικό σύμπτωμα, αλλά δεν αξιολογείται και δεν αντιμετωπίζεται σωστά. Τα τελευταία χρόνια έχουν

αναπτυχθεί ειδικά για τα παιδιά εργαλεία αξιολόγησης του πόνου και μπορούν να γίνουν αξιόπιστες και έγκυρες μελέτες για τον πόνο και τη ΝΙΑ. Επίσης έχουν αναπτυχθεί «ειδικά» για την ασθένεια και «γενικά» εργαλεία αξιολόγησης της κατάστασης υγείας και ποιότητας ζωής των παιδιών που δίνουν μια ευρύτερη εικόνα για τη σωματική και ψυχοκοινωνική τους ευημερία. Θα πρέπει λοιπόν σαν άνθρωποι που εργαζόμαστε στον ευαίσθητο τομέα της υγείας να αξιοποιήσουμε αυτά τα εργαλεία και να συνεργαστούμε με τέτοιο τρόπο ώστε η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου να γίνει πια κοινή πρακτική και να διασφαλιστεί η ποιότητα ζωής των παιδιών.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους εκείνους που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Πραγματικά πολύτιμη θεωρώ την συμβολή του κ. Σκαπινάκη Πέτρου, Λέκτορα της Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Τον ευχαριστώ πραγματικά για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε σε όλη τη διάρκεια της εργασίας μου, τον χρόνο που μου αφιέρωσε τόσο για την επίλυση αποριών, όσο και για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων και τέλος για την υπομονή του και την ευγένεια του χαρακτήρα του.

Ευχαριστώ πάρα πολύ τον κ. Δαμίγο Δημήτριο, Επίκουρο Καθηγητή της Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιστημονικό υπεύθυνο του ΠΜΣ «Αντιμετώπιση του πόνου», γιατί μου έδωσε την δυνατότητα να συμμετάσχω στο συγκεκριμένο μεταπτυχιακό. Τον ευχαριστώ θερμά για τα δύο χρόνια που αποτέλεσαν για μένα μάθημα αυτογνωσίας και προβληματισμού και αύξησαν τα εφόδιά μου, σαν άνθρωπο και σαν επαγγελματία υγείας, στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου.

Τέλος πολύ σημαντικό θεωρώ και το να ευχαριστήσω τις συμφοιτήτριες και φίλες μου Πατσιά Κυριακή, φυσικοθεραπεύτρια-ελεύθερος επαγγελματίας, Κωνσταντή Ζωή, καθηγήτρια νοσηλευτικής σχολής ΤΕΙ Ιωαννίνων, καθώς και το συμφοιτητή και φίλο μου Κιτσούλη Γεώργιο φυσικοθεραπευτή του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, για την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν κατά την διάρκεια αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο πόνος, η σωματική και η ψυχοκοινωνική λειτουργία παιδιών με Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (NIA) σε σύγκριση με υγιή, με τη χρήση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου υγείας του παιδιού CHQ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 8 παιδιά με Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (NIA) που επισκεφτήκαν την παιδιατρική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και 185 υγιή παιδιά (από 2 δημοτικά σχολεία των Ιωαννίνων) όλα ηλικίας 6-12 ετών. Χρησιμοποιήθηκε το CHQ-pf50 έντυπο για τον γονέα 50 ερωτήσεων, για να διερευνηθεί ο πόνος, η σωματική και η ψυχοκοινωνική λειτουργία παιδιών με NIA σε σύγκριση με υγιή. Επίσης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ανεξάρτητες μεταβλητές που περιλάμβαναν κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και κατάσταση υγείας των γονέων και έγινε παλινδρόμηση όλων των διαστάσεων του CHQ με αυτές τις μεταβλητές στα υγιή παιδιά γιατί το δείγμα με τη NIA ήταν πολύ μικρό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα ήταν, σε μεγάλο βαθμό, συμβατά με τα αντίστοιχα παρόμοιων μελετών άλλων χωρών. Τα παιδιά με NIA είχαν χειρότερη σωματική υγεία από τα υγιή με αρκετά μεγαλύτερα επίπεδα πόνου, αλλά η ψυχοκοινωνική τους λειτουργία δεν είχε μεγάλη διαφορά. Επίσης φάνηκε ότι η άσχημη γενική υγεία της μητέρας επηρεάζει αρνητικά την αξιολόγηση της υγείας του παιδιού της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ελληνική έκδοχή του ερωτηματολογίου υγείας του παιδιού CHQ (έντυπο για τον γονέα), είχε καλό επίπεδο αποδοχής και κατανόησης από τους γονείς. Η NIA έχει αρνητική επίπτωση στη ποιότητα ζωής των παιδιών κυρίως στη σωματική λειτουργία και λιγότερο στην ψυχοκοινωνική λειτουργία σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά. Για την επικύρωση των αποτελεσμάτων απαιτείται επανάληψη παρόμοιας διαδικασίας με σαφώς μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: juvenile idiopathic arthritis, child health questionnaire (CHQ), pediatric pain, functional disability, assessment, measurement pain, quality of life, health status.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ορισμός του πόνου

Ο πόνος ορίζεται ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία (σωματοψυχική εμπειρία) συνοδευμένη με πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης». Ο πόνος είναι υποκειμενικός και κάθε άτομο μαθαίνει το νόημα της λέξης εμπειρικά, σε σχέση με κάποιο τραύμα που θα βιώσει νωρίς στη ζωή του. Ο ορισμός είναι ελλιπής λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τα βρέφη στερούνται της δυνατότητας αυτοαναφοράς και μπορεί να μην έχουν προηγούμενη εμπειρία κάκωσης (Franck και συν. 2000). Η αντίληψη του πόνου αποτελεί μια έμφυτη ποιότητα ζωής που εμφανίζεται νωρίς στην ανάπτυξη, με στόχο να χρησιμεύσει ως σύστημα σηματοδότησης μιας κάκωσης ιστού. Αυτή η σηματοδότηση περιλαμβάνει αντιδράσεις συμπεριφοράς και φυσιολογίας, οι οποίες αποτελούν έγκυρους δείκτες πόνου και μπορούν να παρατηρηθούν και να καταγραφούν από άλλους (Anand και Craig 1996).

Η έκφραση «πόνος και δυσφορία» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον πόνο και όσα σχετίζονται με αυτόν όπως το φόβο, την ανησυχία και την ταραγμένη συμπεριφορά που παρουσιάζεται συχνά από παιδιά που πονούν. Αυτή η έκφραση αναγνωρίζει ότι η εμπειρία του πόνου εμπεριέχει διαστάσεις επίδρασης, συναισθήματος και αίσθησης και παρόλο που η δυσφορία σχετίζεται σε υψηλό βαθμό με την ένταση του πόνου στα παιδιά (Humphrey και συν. 1992), η μέτρησή της μπορεί να εκφράζει άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις και να προκαλεί σύγχυση στην αξιολόγηση του πόνου (Franck και συν. 2000).

1. 2 Η εξελικτική νευροφυσιολογία του πόνου

Οι βασικοί μηχανισμοί της αντίληψης του πόνου σε βρέφη και παιδιά είναι παρόμοιοι με αυτούς των ενηλίκων και περιλαμβάνουν:

- ❖ τη μετατροπή και μετάδοση του πόνου
- ❖ την αντίληψη και τροποποίησή του.

Παρόλα αυτά παρατηρούνται κάποιες διαφορές που οφείλονται στη νευροφυσιολογική και νοητική ανωριμότητα. Παρακάτω θα γίνει περιγραφή των μηχανισμών αντίληψης του πόνου, με έμφαση στις αλλαγές που παρουσιάζονται στη νηπιακή και παιδική ηλικία και που οφείλονται στην ανάπτυξη και ωρίμανση του νευρικού συστήματος (Franck και συν. 2000).

1. 2. 1 Περιφερική μετατροπή και μετάδοση του πόνου

Ένα βλαβερό μηχανικό, θερμικό ή χημικό ερέθισμα διεγείρει τις πρωτεύοντες προσαγωγές ίνες οι οποίες μεταδίδουν πληροφορία για το δυνητικό βλαπτικό ερέθισμα, από την περιφέρεια προς το νωτιαίο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Οι Αδ ίνες (μεγάλης διαμέτρου, εμύελες, ταχείας αγωγιμότητας) και οι C ίνες (μικρής διαμέτρου, αμύελες, και βραδείας αγωγιμότητας) είναι υπεύθυνες πρωταρχικά για τη μετάδοση της ώσης του πόνου (αλγοαντίληψη). Τα σήματα αυτά όμως μπορούν να ενισχυθούν ή να περιοριστούν με ενεργοποίηση των περιβαλλόντων νευρώνων στην περιφέρεια και στο νωτιαίο μυελό. Η κάκωση ιστού προκαλεί απελευθέρωση φλεγμονωδών μεσολαβητών (π. χ. κάλιο, βραδυκίνη, προσταγλανδίνες, κυτοκίνες, παράγοντες ανάπτυξης νεύρων, κατεχολαμίνες και ουσία P), οι οποίοι ευαισθητοποιούν τις Αδ και C ίνες και επιστρατεύουν άλλους νευρώνες (σιωπηλοί αλγοϋποδοχείς) με αποτέλεσμα την υπεραλγησία (Dickenson 1995). Η διέγερση των Αβ ινών, οι οποίες εκπέμπουν μη επώδυνο άγγιγμα και πίεση, μπορεί να ολοκληρωθεί με μετάδοση της αλγοαντίληψης στο νωτιαίο κέρασ του νωτιαίου μυελού μειώνοντας την αντίληψη της έντασης του πόνου (Franck και συν. 2000).

1. 2. 2 Κεντρικοί μηχανισμοί και τροποποίηση του πόνου

Η αίσθηση του πόνου μπορεί να μετατραπεί ή να τροποποιηθεί από τις αισθητικές οδούς για να δώσει στο άτομο μια ποικίλη αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος. Αυτή η τροποποίηση μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε επίπεδο μέσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και κλινικά είναι έκδηλη με ποικίλες αντιλήψεις και αντιδράσεις των ατόμων που εκτίθενται σε παρόμοιο βλαβερό

ερέθισμα (Franck και συν. 2000). Για το λόγο αυτό κατά την αξιολόγηση του πόνου, μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στην υποκειμενική αναφορά του ασθενή σε αυτόν, παρά στην αξιολόγηση του πόνου με καθαρά αντικειμενικές μετρήσεις (Chambliss και συν. 2002) .

Οι νευροδιαβιβαστές στο νωτιαίο μυελό όπως η ουσία P, η καλσιτονίνη, το πεπτιδίο που σχετίζεται με το γονίδιο και η νευροκινίνη-A ενισχύουν την πληροφορία πόνου από την περιφέρεια (Franck και συν. 2000). Οι νευροτροποποιητές, περιλαμβάνοντας τα ενδογενή οπιοειδή (ενδορφίνες και εγκεφαλίνες), τη νορεπινεφρίνη (νοραδρεναλίνη), τη σεροτονίνη και τη γλυκίνη, είναι υπεύθυνοι για την εξασθένηση των σημάτων πόνου. Οι μειωμένες ή αυξημένες συγκεντρώσεις αυτών των συστατικών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχουν ενοχοποιηθεί για τα σύνδρομα χρόνιου πόνου (Garcia και Altman 1997). Επίσης οι μορφολογικές αλλαγές στα περιφερικά νεύρα, στο νωτιαίο μυελό και στις υπερνωτιαίες δομές έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη χρόνιων καταστάσεων πόνου (Siddall και Cousins 1995).

Η ενεργοποίηση του ενδογενούς κατερχόμενου συστήματος τροποποίησης του πόνου μπορεί να είναι και αποτέλεσμα στρες ή ασθένειας (Urban και Gebhart 1999). Η διέγερση υπερνωτιαίων περιοχών μπορεί να διευκολύνει καθώς και να αναχαιτίσει τη νωτιαία μετάδοση αλγοϋποδοχέων. Αυτή η μεταβαλλόμενη κατάσταση της ανταπόκρισης του αλγοϋποδοχέα μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση του χρόνιου πόνου και της υπεραλγησίας (Chambliss και συν. 2002).

1. 2. 3 Νευρική εξέλιξη της αντίληψης του πόνου

Οι ανατομικές δομές, οι φυσιολογικοί μηχανισμοί και η λειτουργική ένδειξη της αντίληψης του πόνου αναπτύσσονται στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Anand 2006). Τα νεογέννητα βρέφη έχουν καλά αναπτυγμένες υποθαλάμειες - υποφυσιακές - επινεφριδιακές οδούς και μπορούν να διοργανώσουν αντιδράσεις μάχης ή φυγής (fight or flight) με την απελευθέρωση κατεχολαμίνης και κορτιζόλης (Franck και συν. 2000). Η ενδοηπατική μετάγγιση σε έμβρυα 23-34 εβδομάδων έδειξε να αυξάνει τα επίπεδα κορτιζόλης και β-ενδορφίνης, αποδεικνύοντας ότι ακόμη και το

έμβρυο απαντά ενδομήτρια στο τσίμπημα βελόνας ορμονικά (Giannakopoulos και συν. 1994).

Υπάρχουν κάποιες διαφορές στους βλαβοαντιληπτικούς μηχανισμούς μεταξύ νηπίων και ενηλίκων, καθώς η μετάδοση του ερεθίσματος του πόνου στα νεογέννητα συμβαίνει πρωτίστως μέσω αμυέλων C ιών παρά με εμμύελες Αδ ίνες, στο νωτιαίο μυελό υπάρχει λιγότερη ακρίβεια στη μετάδοση του σήματος πόνου και λείπουν κατερχόμενοι ανασταλτικοί νευροδιαβιβαστές (Fitzgerald 1995). Έτσι τα μικρά νήπια μπορεί να αντιλαμβάνονται τον πόνο πιο έντονα από τα μεγαλύτερα παιδιά ή τους ενήλικες επειδή οι κατερχόμενοι μηχανισμοί ελέγχου είναι ανώριμοι, περιορίζοντας την ικανότητά τους να προσαρμόζουν την εμπειρία (Franck και συν. 2000).

1. 2. 4 Παθοφυσιολογία του οξύ πόνου

Η αίσθηση του οξύ πόνου ξεκινάει με την ενεργοποίηση των δερματικών αλγοϋποδοχέων. Ο οξύς πόνος, ο οποίος εύκολα εντοπίζεται, συνήθως μεταδίδεται μέσω των Αδ ιών, ενώ ο πόνος που μεταδίδεται με τις C ίνες είναι βραδύς, αμβλύς και δύσκολα εντοπίζεται. Οι προσαγωγές ίνες μπορούν να τροποποιηθούν ή να ανασταλούν στην πηκτωματώδης ουσία από άλλες προσαγωγές ίνες ή από κατερχόμενη υπερνωτιαία είσοδο. Από το επίπεδο του νωτιαίου μυελού τα σήματα κινούνται μέσω της νωτιοθλαμικής οδού για να κάνουν συνδέσεις στο θάλαμο και στο σωματοαισθητικό φλοιό, ο οποίος διακρίνει και εντοπίζει το ερέθισμα (Mahan και Strelecky 1991). Ο φλοιός επίσης προβάλλει τα ερεθίσματα στο μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο μεσολαβεί στη συναισθηματική διέγερση κατά την κάκωση (Chambliss και συν. 2002).

Παρόλο που ο πόνος χρησιμεύει ως προειδοποίηση κάκωσης, έχει σαν αποτέλεσμα φθοροποιές επιδράσεις καθώς προκαλεί ποικίλες αρνητικές αντιδράσεις (φυσιολογικές, μεταβολικές και συμπεριφοράς) στα παιδιά (Anand και Carr 1989), όπως αυξημένη καρδιακή και αναπνευστική συχνότητα, αύξηση της πίεσης του αίματος, καθώς και αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών, γλυκαγόνης και κορτικοστεροειδών. Η κατάσταση καταβολής που προκαλείται από τον οξύ πόνο μπορεί να είναι πιο επιζήμια στα έμβρυα και στα μικρά

παιδιά λόγω του ότι έχουν μεγαλύτερους μεταβολικούς δείκτες και λιγότερα θρεπτικά αποθέματα από τους ενήλικες. Ο πόνος οδηγεί σε ανορεξία, επιφέροντας φτωχή θρεπτική πρόσληψη και καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων, μείωση της κινητικότητας, διαταραχές του ύπνου, αποξένωση, οξυθυμία και αναπτυξιακή παλινδρόμηση ενώ προκαλεί σημαντική νοσηρότητα και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο θνησιμότητας (Franck και συν. 2000).

Το νευρικό σύστημα στα νεογνά και τα πρόωρα εμφανίζει μεγάλη πλαστικότητα, γι' αυτό και η υπερβολική ή επανειλημμένη έκθεση σε πόνο πιθανόν να έχει ως αποτέλεσμα μόνιμες νευρολογικές δομικές αλλαγές (Anand και Scalzo 2000). Η πρώτη εμπειρία του πόνου έχει έντονες επιδράσεις τόσο στη μεταγενέστερη αντίληψη όσο και στις αντιδράσεις σε αυτόν, όπως για παράδειγμα τα βρέφη που είχαν υποστεί περιτομή παρουσίαζαν πιο έντονες αντιδράσεις στον πόνο του συνήθη εμβολιασμού, σε σχέση με αυτά που δεν είχαν κάνει περιτομή (Taddio και συν. 1997). Στα ευπαθή πρόωρα η έκθεση σε παρατεταμένα και επαναλαμβανόμενα ερεθίσματα πόνου είναι δυνατόν να επηρεάσουν την μεταγενέστερη ανάπτυξη των συστημάτων που αφορούν στον πόνο, αλλά και να συμβάλουν ενδεχόμενα σε διαταραχές στην απώτερη εξέλιξη και συμπεριφορά τους (Grunau 2002).

1. 2. 5 Παθοφυσιολογία του χρόνιου πόνου

Ορισμένες καταστάσεις ασθένειας, σε συνδυασμό με τη γνωσιακή και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, μπορούν να μεταβάλουν τις φυσιολογικές συνιστώσες της αίσθησης και της αντίληψης του πόνου, οι οποίες επηρεάζονται μέσω της αλληλεπίδρασης φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με αποτέλεσμα την παράτασή τους (Markenson 1996). Ο χρόνιος πόνος αναπτύσσεται όταν μεταβάλλονται οι φυσιολογικές ώσεις που σχετίζονται με ένα βλαπτικό ερέθισμα, με αποτέλεσμα τα χαρακτηριστικά ευρήματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που συνδέονται με τον οξύ πόνο να μην είναι έκδηλα στο χρόνιο πόνο και οι ασθενείς να εμφανίζουν συχνά μη φυσιολογικά συμπτώματα όπως είναι η κόπωση, ο

ίλιγγος, η ναυτία, η παραπονημένη όραση, η ανικανότητα συγκέντρωσης σε ένα στόχο και η αύπνια (Franck και συν. 2000). Ο χρόνιος πόνος στα παιδιά και στους εφήβους επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια καθώς η παράτασή του μπορεί να γίνει το επίκεντρο του ασθενούς και της οικογένειάς του, αποσπώντας τους από τις καθημερινές τους δραστηριότητες (Shapiro 1995). Η μη αντιμετώπιση του πόνου στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει στην φοβία ότι ο πόνος ή το νόσημα δεν θα θεραπευτούν ποτέ, με αποτέλεσμα την ανησυχία η οποία πολλές φορές είναι τόσο εξουθενωτική όσο και ο ίδιος ο πόνος. (Chambliss και συν. 2002).

1. 3 Κλινική αξιολόγηση του πόνου

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του πόνου είναι: η αυτοαναφορά, η παρατήρηση της συμπεριφοράς και η μέτρηση φυσιολογικών παραμέτρων. Οι αξιολογήσεις που χρησιμοποιούν πολλαπλές μετρήσεις (συμπεριφοράς και μέτρηση φυσιολογικών παραμέτρων) και που εκτιμούν διαφορετικές διαστάσεις της εμπειρίας του πόνου (π. χ. ένταση, τοποθεσία, πρότυπο, πλαίσιο και σημασία) μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την πιο ακριβή εκτίμηση της εμπειρίας του πόνου στα παιδιά (Franck και συν. 2000).

1. 3. 1 Γενική προσέγγιση

Μια περιεκτική γενική προσέγγιση της αξιολόγησης του πόνου στα παιδιά είναι το QUESTT, το οποίο περιλαμβάνει διάφορες στρατηγικές αξιολόγησης, παρέχοντας ποιοτικές και ποσοτικές πληροφορίες για τον πόνο. Αυτή η γενική στρατηγική θα πρέπει να προσαρμοστεί στην ηλικία και στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

- ❖ **Question the child.** (Πρώτα το παιδί)
- ❖ **Use pain rating scales.** (Χρησιμοποίησε βαθμονομημένη κλίμακα πόνου -την κατάλληλη)
- ❖ **Evaluate behavior and physiological changes.** (Εκτίμησε την συμπεριφορά και τις αλλαγές των φυσιολογικών παραμέτρων)

- ❖ **Secure parent's involvement.** (Εξασφάλισε την συμμετοχή των γονέων)
- ❖ **Take cause of pain into account.** (Αξιολόγησε την αιτία του πόνου)
- ❖ **Take action and evaluate results.** (Δράσε και αξιολόγησε τα αποτελέσματα) (Liebelt, 2000)

1. 3. 2 Αξιολόγηση του πόνου με αυτοαναφορά

Ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία και οι μέθοδοι αυτοαναφοράς θεωρούνται «ο χρυσός κανόνας» για την αξιολόγησή του. Αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν περιγραφές συναισθημάτων, δηλώσεις και εικόνες, καθώς και πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα, την ένταση και τις χρονικές / τοπικές διαστάσεις του πόνου του παιδιού (McGrath και Unruh 1993).

1. 3. 3 Αξιολόγηση του πόνου με παρατήρηση της συμπεριφοράς

Στα παιδιά κάτω των 3 ετών, που είναι πολύ μικρά για να αυτοαναφέρουν τον πόνο τους, χρησιμοποιούνται εργαλεία αξιολόγησης που συνήθως αποτελούνται από συμπεριφορές που συσχετίζονται με τον πόνο αλλά και μερικά άλλα που περιέχουν και βιολογικούς δείκτες για το στρες. Οι συμπεριφορές που τυπικά συσχετίζονται με τον πόνο είναι η έκφραση του προσώπου, το κλάμα και η κίνηση του σώματος και των άκρων (Cunliffe και Roberts 2004). Οι αντιδράσεις συμπεριφοράς είναι ανεκτίμητες για τον αναφερόμενο πόνο στα παιδιά που δεν μπορούν να τον αξιολογήσουν, αλλά παρουσιάζουν την πρόκληση της διάκρισης της συμπεριφοράς που οφείλεται σε άλλες μορφές στρες όπως η πείνα, η δίψα και η ανησυχία σε σχέση με αυτή που οφείλεται στον πόνο. Η καλύτερη απόδειξη αξιοπιστίας και εγκυρότητας των μετρήσεων αυτής της συμπεριφοράς βασίζεται σε μελέτες του βραχύ, οξύ πόνου όπως αυτός που προσκαλείται από τσίμπημα βελόνας (McGrath και Unruh 1993).

Κάποιες από τις κλίμακες αξιολόγησης της δυσφορίας είναι η κλίμακα Comfort (van Dijk και συν. 2000) και η Groeningen distress scale (Humphrey

και συν. 1992) που μετρούν τη δυσφορία που μπορεί να σχετίζεται με πόνο. Σε καταστάσεις στις οποίες η αιτία του πόνου έχει προσδιοριστεί (π. χ. πόνος ιατρικής πράξης), οι κλίμακες δυσφορίας μπορούν να αποτελέσουν καλύτερους δείκτες της γενικής επίδρασης της εμπειρίας από ότι θα έκανε μια ειδική μέτρηση της έντασης του πόνου. Σε άλλες καταστάσεις, στις οποίες η αιτία του πόνου είναι απροσδιόριστη, οι μετρήσεις δυσφορίας μπορεί να μην βοηθούν πάντοτε στην ορθή αξιολόγηση του πόνου, ακόμη όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις η δυσφορία πρέπει να αξιολογηθεί και να θεραπευτεί επειδή μειώνει την ικανότητα, μεγεθύνει το ψυχολογικό τραύμα και τονώνει την αντίληψη του πόνου. Συχνά οι ψυχολογικές παρεμβάσεις (π. χ. προετοιμασία, απόσπαση, φαντασίωση) είναι αποτελεσματικές στη μείωση του πόνου και της δυσφορίας (Franck και συν. 2000).

1. 3. 4 Μέτρηση φυσιολογικών παραμέτρων του πόνου

Ο πόνος αποτελεί ένα στρεσογόνο παράγοντα που ενεργοποιεί τους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος προκαλεί απάντηση μάχης ή φυγής (fight or flight), περιλαμβάνοντας ταχυκαρδία, περιφερική αγγειοσύσπαση, εφίδρωση, διαστολή κόρης οφθαλμού και αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και φλοιοεπινεφριδιακών ορμονών (Anand και Carr 1989). Αυτές οι παράμετροι παρόλο που είναι ευαίσθητες στις αλλαγές της έντασης του πόνου, αντιπροσωπεύουν μια συνολική απάντηση του στρες που σχετίζεται με τον πόνο (π. χ. λόγω ανησυχίας, φόβου, κλάματος ή χειρισμού) και δεν είναι αποκλειστικές για αυτόν. Η μέτρηση των φυσιολογικών παραμέτρων είναι πιο χρήσιμη σε ασθενείς που είναι ανίκανοι να αναφέρουν πόνο λεκτικά λόγω νοητικής ανωριμότητας, ασθένειας ή ανικανότητας. Η ακριβής μέτρηση των φυσιολογικών και ορμονικών απαντήσεων του πόνου είναι επεμβατική, δαπανηρή και βραδεία, γι' αυτό και δεν είναι κατάλληλη για την κλινική αξιολόγηση του πόνου. Έτσι παρόλο που οι κλινικοί συσχετίζουν τον πόνο με αλλαγές στις φυσιολογικές παραμέτρους 10-20% με μη επεμβατική μέτρηση (π. χ. καρδιακή, αναπνευστική συχνότητα και πίεση

αίματος), δεν υπάρχουν τυποποιημένα εργαλεία αξιολόγησης που βασίζονται αποκλειστικά σε αυτές τις παραμέτρους (Franck και συν. 2000).

1. 3. 5 Πολυδιάστατη αξιολόγηση του πόνου

Οι πολυδιάστατες αξιολογήσεις είναι πιο ακριβής από ότι μόνο μίας παραμέτρου, γι' αυτό και οι σύνθετες μετρήσεις πόνου χρησιμοποιούν παραπάνω από μία παράμετρο στην αξιολόγηση της εμπειρίας του πόνου. Στα βρέφη συνήθως χρησιμοποιούνται εργαλεία παρατήρησης της συμπεριφοράς και μέτρησης φυσιολογικών παραμέτρων ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά περιλαμβάνεται επιπροσθέτως η αυτοαναφορά (Franck και συν. 2000). Η ασυμφωνία μεταξύ αυτοαναφοράς και παρατήρησης της συμπεριφοράς του πόνου δείχνουν ότι η μέτρηση και των δύο διαστάσεων μπορεί να αποδώσουν μια πιο αναλυτική αξιολόγηση της εμπειρίας του πόνου (Beyer και συν. 1990).

Η επιλογή της κατάλληλης κλινικής μεθόδου αξιολόγησης του πόνου θα πρέπει να βασίζεται πρώτα στην ηλικία του παιδιού και δεύτερον στον τύπο του πόνου ή στην ιατρική κατάσταση για την οποία υπάρχουν ειδικά εργαλεία αξιολόγησής του (π. χ. για μετεγχειρητικό πόνο). Εξ ίσου σημαντικοί συντελεστές είναι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των μεθόδων, η μέτρηση συγκεκριμένης διάστασης του πόνου (π. χ. ένταση, τοποθεσία και ποιότητα) και η δυνατότητα χρήσης τους στην κλινική πράξη (Franck και συν. 2000).

1. 3. 6 Βρέφη

Τα βρέφη επειδή βρίσκονται στο προ-λεκτικό στάδιο και δεν μπορούν να εκφράσουν τον πόνο τους με λέξεις, για την τεκμηρίωσή του χρησιμοποιείται η παρατήρηση της συμπεριφοράς και των φυσιολογικών παραμέτρων. Οι δείκτες συμπεριφοράς του πόνου περιλαμβάνουν τις εκφράσεις προσώπου, το κλάμα, τις κινήσεις, τις αλλαγές στην κατάσταση και πρότυπα συμπεριφοράς, όπως είναι ο ύπνος (Franck και συν. 2000).

Η κατάσταση συμπεριφοράς των βρεφών αμέσως πριν τον επώδυνο ερεθισμό, επηρεάζει την ακμαιοτητα της αντίδρασης καθώς τα βρέφη που

βρίσκονται σε κατάσταση βαθύ ύπνου δείχνουν λιγότερο δυναμικές εκφράσεις προσώπου σε απάντηση στο σκαριφισμό πτέρνας, σε σχέση με βρέφη που είναι ξύπνια ή σε εγρήγορση πριν το σκαριφισμό πτέρνας (Grunau και Craig 1987, Stevens και συν. 1994). Ο Porter και οι συνεργάτες του (1998) παρατήρησαν ότι τα τελειόμηνα και πρόωρα υγιή νεογνήνητα τα οποία υπέστησαν χειρισμούς ή ακινητοποιήθηκαν πριν το σκαριφισμό πτέρνας, παρουσίασαν μεγαλύτερη αντιδραστικότητα συμπεριφοράς και φυσιολογικών παραμέτρων, δείχνοντας ότι το προηγούμενο στρες μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αστάθεια στην αντίδραση στον πόνο. Επειδή οι αντιδράσεις των πρόωρων βρεφών στον πόνο είναι λιγότερο ακμαίες από ότι αυτές των τελειόμηνων, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν επίγνωση για τα πιο δυσδιάκριτα πρότυπα πόνου των πρόωρων βρεφών όπως το κλάμα, πιο αδύναμη γκριμάτσα και άκρα, υποτονία και απαθής στάση σώματος (Franck και συν. 2000).

Η έκφραση του προσώπου αποτελεί τον πιο αξιόπιστο και σταθερό δείκτη πόνου και γι' αυτό θα πρέπει να θεωρείται ο «χρυσός κανόνας» των απαντήσεων συμπεριφοράς πόνου των βρεφών (Franck και συν. 2000). Οι εκφράσεις προσώπου του βρέφους που βιώνει οξύ πόνο περιλαμβάνουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: μάτια ισχυρά κλειστά, φρύδια χαμηλωμένα και χαρακωμένα, μύτη διευρυμένη και διογκωμένη, βάθυνση της ρινοχειλικής σχισμής, τετράγωνο στόμα και τεταμένη γλώσσα (Grunau και Craig 1987).

Μερικές από τις κλίμακες αξιολόγησης του πόνου στα βρέφη είναι: το "Neonatal facial coding system" σύστημα κωδικοποίησης για τον προσδιορισμό εκφράσεων προσώπου που σχετίζονται με οξύ πόνο κατά τις ιατρικές πράξεις και μετεγχειρητικά (Grunau και συν. 1998), η "Postoperative pain score" μετεγχειρητική κλίμακα πόνου (McGrath και συν. 1995), και η "Neonatal Infant Pain Scale" νεογνική κλίμακα για τον πόνο κατά τη διάρκεια ιατρικής πράξης (Faulds και Moore 2002).

Μερικά από τα πολυδιάστατα εργαλεία που περιλαμβάνουν παρατήρηση συμπεριφοράς και προσδιορισμό φυσιολογικών παραμέτρων είναι η "CRIES" (C-crying, R-requires oxygen to maintain saturation greater than 95%, I-increased vital signs, E-expression and S-sleepless) που περιλαμβάνει το κλάμα, την ανάγκη σε οξυγόνο, τα αυξημένα ζωτικά σημεία, την έκφραση και την αϋπνία (Wong 2005), η "Scale for use in newborns"

κλίμακα για χρήση στα νεογνά για τον πόνο κατά τη διάρκεια ιατρικής πράξης (Blauer και Gerstmann 1998) και το “Premature Infant Pain Profile” προφίλ πόνου για πρόωρα νεογνά (Stevens και συν. 1996).

1. 3. 7 Νήπια και προσχολικά παιδιά

Τα νήπια και προσχολικά παιδιά μπορούν να δώσουν απλές αισθητηριακές πληροφορίες για τον τωρινό πόνο και για την τοποθεσία του πόνου (Harbeck και Peterson 1992), αλλά επειδή δεν μπορούν να κατανοήσουν αφηρημένες έννοιες, μπορεί να μην είναι ικανά να περιγράψουν την ποιότητα του πόνου ή να ξεχωρίσουν την έντασή του (Goodenough και συν. 1997). Ο εξεταστής που κάνει τις ερωτήσεις πρέπει να είναι υπομονετικός και να χρησιμοποιεί λέξεις οικείες προς το παιδί («έχεις κάποιο πόνο; ή έχεις κάποιο «μίμι» «μπουμ» στην κοιλιά σου;»), ενώ συχνά είναι απαραίτητη η παρουσία και βοήθεια των γονιών (McGrath και συν. 1995).

Είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό ότι η ατμόσφαιρα στην οποία αναγνωρίζεται ο πόνος του παιδιού μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στα αποτελέσματα της μέτρησης. Τα παιδιά συχνά είναι διστακτικά να αναφέρουν τον πόνο τους είτε επειδή μπορεί να νιώθουν ότι ο πόνος τους είναι δικό τους λάθος και δεν θα ήθελαν να συζητήσουν γι’ αυτόν ή επειδή μπορεί να φοβούνται τις συνέπειες αν τον αναφέρουν (θα έχει αποτέλεσμα να τους γίνει ένεση; μήπως δεν τους επιτραπεί να παίξουν;) (Johnston 1993).

Τα προσχολικά παιδιά στην ηλικία των 3 ετών μπορούν να εντοπίσουν τον πόνο τους χρησιμοποιώντας ένα εργαλείο με περίγραμμα σώματος, το οποίο αποτελείται από ένα σχήμα με την πρόσθια και οπίσθια όψη ενός παιδιού και ζητείται από το παιδί να κάνει ένα σημάδι στην περιοχή που πονά ή να διαλέξει μαρκαδόρους διαφορετικών χρωμάτων που αντιπροσωπεύουν διαφορετικούς βαθμούς πόνου. Η χρήση του περιγράμματος σώματος μπορεί να αποφέρει σημαντικές πληροφορίες για την αντίληψη της έντασης του πόνου του παιδιού, την ποιότητα και την τοποθεσία του (Van Cleve και Savedra 1993).

Το “Poker chip tool” έχει χρησιμοποιηθεί για να εκτιμήσει την ένταση του πόνου σε παιδιά ηλικίας 4-8 ετών (McGrath και συν. 1995). Αφού δοθούν στα παιδιά 4 μάρκες του πόκερ και τους εξηγηθεί ότι η μια μάρκα είναι λίγος

πόνος και οι 4 μάρκες είναι ο πιο δυνατός πόνος που έχουν βιώσει, επιλέγουν τον αριθμό των κομματιών πόνου που έχουν εκείνη την στιγμή (Hester 1979).

Κατά γενικό κανόνα χρησιμοποιούνται οι κλίμακες αυτοαναφοράς που χρησιμοποιούν γελοιογραφίες ή εικονογραφημένες παρουσιάσεις προσώπων απεικονίζοντας διάφορους βαθμούς δυσφορίας ή πόνου, για να δώσουν στα παιδιά υποδείγματα προσώπων με τα οποία να ταξινομήσουν τον πόνο τους (Bieri και συν. 1990, Hicks και συν. 2001). Η Chambers και οι συνεργάτες της (1999) συγκρίνανε πέντε κλίμακες προσώπου και φάνηκε ότι οι κλίμακες προσώπου με χαμογελαστά «καθόλου πόνος» πρόσωπα είχαν αποτέλεσμα μεγαλύτερες ταξινομήσεις πόνου από τα παιδιά σε σχέση με κλίμακες με ουδέτερα «καθόλου πόνος» πρόσωπα. Η κλίμακα Oucher, που χρησιμοποιείται σε παιδιά 3-12 ετών, συνδυάζει 6 φωτογραφικά πρόσωπα με μια κάθετη αριθμητική κλίμακα από 0-10 ή 0-100 για μεγαλύτερα παιδιά και διατίθεται σε τρεις εκδοχές (Beyer και συν. 2005).

Άλλες οπτικές αναλογικές κλίμακες που είναι κατάλληλες για χρήση είναι το θερμόμετρο πόνου, η λεκτικο-σχηματική ή η χρωματική αναλογική κλίμακα που χρησιμοποιούν σαν πρότυπα χρώματα ή λέξεις για να βοηθήσουν τα παιδιά να ταξινομήσουν την ένταση του πόνου σε μια οπτική αναλογική κλίμακα (Villarruel και Denyes 1991).

1. 3. 8 Παιδιά σχολικής ηλικίας και έφηβοι

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας μπορούν να εκφράσουν τον πόνο με πιο αφηρημένες έννοιες και είναι ικανά να δώσουν λεπτομερειακές περιγραφές της έντασης και της ποιότητάς του (Harbeck και Peterson 1992).

Πολλά από τα εργαλεία αυτοαναφοράς που χρησιμοποιούνται στα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι κατάλληλα και για τους εφήβους. Αυτά περιλαμβάνουν τις κλίμακες προσώπων (Bieri και συν. 1990, Hicks και συν. 2001), το Poker chip tool (Hester 1979), την κλίμακα Oucher (Beyer και συν. 2005) και άλλες παιδιατρικές οπτικές αναλογικές κλίμακες (Tesler και συν. 1991, McGrath και συν. 1996). Το εργαλείο με περίγραμμα σώματος (Van Cleve και Savedra 1993) μπορεί να προσφέρει στους έφηβους ένα τρόπο έκφρασης των ανησυχιών τους σχετικά με το σώμα τους επιπροσθέτως με τις

πληροφορίες που μπορεί να δώσει για τον πόνο. Το “adolescent pediatric pain tool” εφηβικό παιδιατρικό εργαλείο πόνου είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο που αναπτύχθηκε ειδικά για τα παιδιά 8-17 ετών (Savedra και συν. 1993), ενώ οι μεγαλύτεροι έφηβοι είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν το McGill ερωτηματολόγιο πόνου των ενηλίκων (Melzack 2005).

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας και οι έφηβοι μπορεί να δείξουν λιγότερες απροκάλυπτες συμπεριφορές στην αντίδραση του πόνου από ότι τα μικρότερα παιδιά, πιθανόν επειδή τα παιδιά μεγαλύτερα των 7 ετών αρχίζουν να αναγνωρίζουν τις ψυχολογικές συνιστώσες του πόνου (Gaffney και Dunne 1986). Τα μεγαλύτερα παιδιά όταν έχουν πόνο μπορούν να χρησιμοποιήσουν γνωσιακές και συμπεριφορικές στρατηγικές αντιμετώπισής του (McGrath και Craig 1989). Επίσης αρχίζουν να κατανοούν την ανάγκη των ιατρικών πράξεων και βρίσκονται σε ένα στάδιο ανάπτυξης στο οποίο τους ζητείται η έγκριση γι’ αυτές και συχνά προσπαθούν να διατηρήσουν τον έλεγχο συμπεριφοράς.

Επιπλέον τα παιδιά αυτής της ηλικίας μπορεί να παρακολουθήσουν τι τους προκαλεί πόνο ή να προσπαθήσουν να αποσπάσουν την προσοχή τους από αυτόν. Για τους έφηβους είναι πολύ σημαντικό να διατηρήσουν τον έλεγχο, γι’ αυτό και προσπαθούν να έχουν μειωμένες εκδηλώσεις απροκάλυπτης συμπεριφοράς που δείχνουν πόνο χωρίς να σημαίνει ότι τον βιώνουν σε λιγότερο βαθμό (Franck και συν. 2000).

1. 4 Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου στα παιδιά

Ο πόνος είναι μοναδικός μεταξύ των νευρολογικών λειτουργιών λόγω του βαθμού πλαστικότητας της νευροφυσιολογίας του και παρόλο που η λειτουργική ωριμότητα επιτυγχάνεται στην παιδική ηλικία, οι ανατομικές και λειτουργικές αλλαγές που σχετίζονται με τις επιδράσεις κάθε εμπειρίας πόνου συμβαίνει σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Πλαστικότητα σημαίνει ότι η αντίληψη και η σημασία του πόνου είναι μοναδικές σε κάθε άτομο και δεν καθορίζονται μόνο από την ωρίμανση αλλά επηρεάζονται επίσης από πολλούς ατομικούς παράγοντες (Zeltzer και συν. 1992).

1. 4. 1 Βιολογικοί παράγοντες

Οι γενετικές αποκλίσεις καθορίζουν τον τύπο και την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών και των υποδοχέων που μεσολαβούν για τον πόνο (Franck και συν. 2000).

Το φύλο μπορεί επίσης να επηρεάσει την αντίληψη του πόνου (Faucett και συν. 1994). με σταθερές διαφορές στην αντίδραση σε αυτόν στη νεογνική περίοδο (Davis και Emory 1994), αλλά με αστάθεια σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (Fradet και συν. 1990, Humphrey και συν. 1992, Troussier και συν. 1994). Ο Goodenough και οι συνεργάτες του (1999) έδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στο φύλο στις ταξινομήσεις έντασης πόνου και δυσαρέσκειας στα μικρά παιδιά, αλλά στα παιδιά ηλικίας άνω των 8 ετών ενώ και τα δύο φύλα έδωσαν παρόμοιες ταξινομήσεις στην ένταση του πόνου, τα κορίτσια ταξινόμησαν υψηλότερα τη δυσαρέσκεια του πόνου από ότι τα αγόρια. Αυτό μπορεί να προκλήθηκε λόγω της μεγαλύτερης αντίληψης της συναισθηματικής πλευράς του πόνου των κοριτσιών ή λόγω της απροθυμίας των αγοριών να εκφράσουν το συναισθημα που σχετίζεται με τον πόνο.

Η προηγούμενη εμπειρία πόνου οδηγεί σε μεταβολές της επεξεργασίας του σήματος πόνου, που μπορεί να είναι αντιστρέψιμη ή μόνιμη. Στα πρόωρα βρέφη, η προηγούμενη εμπειρία πόνου είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για διαφορές στην αντίδραση στον οξύ πόνο του σκαριφισμού πτέρνας (Stevens και συν. 1999), καθώς και στα παιδιά η ανεπαρκής θεραπεία των πράξεων πόνου μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερες ταξινομήσεις πόνου στις επακόλουθες πράξεις, ακόμη και όταν χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά μέτρα ανακούφισής του (Weissman και συν. 1998).

1. 4. 2 Χαρακτηριστικά του πόνου

Τα χαρακτηριστικά του πόνου, όπως η αιτία (π. χ. οξεία κάκωση ή ασθένεια), η τοποθεσία και η χρονιότητα του (π. χ. παρατεταμένος ή επαναλαμβανόμενος), επηρεάζουν την αντίληψη και την αντίδραση σε αυτόν. Λόγω της μεγάλης πλαστικότητας των συστημάτων διεργασίας του πόνου, οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν σημαντικά την εμπειρία πόνου των παιδιών (Franck και συν. 2000).

1. 4. 3 Αναπτυξιακοί παράγοντες

Τα μικρότερα παιδιά αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα πόνου και στρες κατά τις επώδυνες πράξεις σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά (Fradet και συν. 1990, Humphrey και συν. 1992), πιθανόν λόγω της έλλειψης της ικανότητας να κατανοήσουν αφηρημένες έννοιες αιτιότητας ή αξίας του πόνου (Harbeck και Peterson 1992). Τα μεγαλύτερα παιδιά είναι περισσότερο ικανά να κατανοήσουν τη σημασία και τις συνέπειες του πόνου. Οι αναπτυσσόμενες γνωσιακές ικανότητες των εφήβων τους επιτρέπουν να κατανοήσουν αφηρημένες έννοιες με όρους ενηλίκων. Οι έφηβοι μπορεί να μην εκφράζουν πρόθυμα τον πόνο τους επειδή θεωρούν ότι οι επαγγελματίες υγείας το γνωρίζουν (Favaloro και Toulez 1990) ή επειδή ανησυχούν ότι οι συνομήλικοι ή οι γονείς τους θα θεωρήσουν ότι είναι «μωρά» ή φοβούνται τον εθισμό από τα παυσίπονα (Franck και συν. 2000).

Τα παιδιά των 5 ετών είναι ικανά να θυμούνται ακριβώς τον πόνο που έχουν βιώσει, καθώς κατά τη νοσηλεία τους σε νοσοκομείο ανέφεραν σταθερά και την πρώτη μέρα και μετά από 1 εβδομάδα το χειρότερο και μέσο πόνο τους. Τα μεγαλύτερα παιδιά είχαν πιο ακριβής ανάμνηση του χειρότερου πόνου τους και αυτή η ανάμνηση δεν επηρεάστηκε από ανησυχία ή στρατηγικές αντιμετώπισης (Zonneveld και συν. 1997).

1. 4. 4 Ψυχολογικοί παράγοντες

Η έννοια που δίνουν τα παιδιά στον πόνο μπορεί να επηρεάσει την αντίληψή τους γι' αυτόν καθώς μια θετική ερμηνεία του (π. χ. χειρουργική επέμβαση διόρθωσης ενός σημαδιού εκ γενετής) μπορεί να προκαλέσει την αντίληψη λιγότερου πόνου από το παιδί σε σχέση με μια αρνητική ερμηνεία του (π. χ. χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης καρκινικού όγκου) (Franck και συν. 2000).

Η ιδιοσυγκρασία είναι ένα γνώρισμα της προσωπικότητας που συσχετίζεται με τις αντιδράσεις των παιδιών στον πόνο. Τα παιδιά με «δύσκολες» ιδιοσυγκρασίες (π. χ. σε ένταση, πιο αρνητικά σε διάθεση, δύσκολα προσαρμόσιμα και ανώμαλα πρότυπα) ήταν πιο επιρρεπή να παρουσιάσουν συμπεριφορές στρες και τάση να λαμβάνουν περισσότερα

μετεγχειρητικά φάρμακα κατά τα επώδυνα επεισόδια από ότι τα «εύκολα» παιδιά (π. χ. προσαρμόσιμα, θετικά και ομαλά πρότυπα) (Wallace 1989).

Ο τρόπος αντιμετώπισης, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να ανταπεξέλθουν στα επώδυνα επεισόδια, όπως η επιδίωξη ή η αποφυγή της πληροφορίας και η επικέντρωση προς ή μακριά από το επώδυνο ερέθισμα, είναι ένα άλλο ατομικό χαρακτηριστικό που επηρεάζει τον πόνο. Όταν οι στρατηγικές αντιμετώπισης ενός παιδιού είναι πετυχημένες, οι επακόλουθες εμπειρίες πόνου μπορεί να γίνουν αντιληπτές με λιγότερο ένταση λόγω των θετικών συναισθηματικών επιδράσεων αίσθησης ελέγχου και επικράτησης (Fanuric και συν. 1993).

Το αίσθημα έλλειψης ελέγχου μπορεί να προκαλέσει φόβο και ανησυχία στο παιδί και να εντείνει την αντίληψη του πόνου, ενώ τα παιδιά που ελέγχουν μια κατάσταση και συμμετέχουν σε αυτή, απαντούν με πιο προσαρμόσιμες συμπεριφορές (Franck και συν. 2000).

Το δευτερογενές κέρδος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα ψυχολογικά οφέλη της έκφρασης συμπεριφορών ασθένειας, γι' αυτό και η αξιολόγηση του πόνου ενός παιδιού θα πρέπει να περιλαμβάνει και εκτίμηση των ωφελειών που μπορεί να έχει ένα παιδί με την έκφραση του πόνου. Μήπως το παιδί επιδιώκει να χάνει τα μαθήματα στο σχολείο ή άλλες δραστηριότητες, λαμβάνει μεγαλύτερη προσοχή ή αποκομίζει παρόμοια δευτερογενή οφέλη; Σε αυτές τις περιπτώσεις, αυτό μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη της έντασης του πόνου ή την επιμονή συμπεριφορών πόνου και μετά την ελάττωση του πόνου (Harbeck και Peterson 1992).

1. 4. 5 Κοινωνικο - πολιτισμικοί παράγοντες

Σε έρευνα που έχει γίνει σε ενήλικες παρατηρήθηκε ότι υπάρχουν διαφορετικά πρότυπα εκδήλωσης πόνου μεταξύ διάφορων πολιτισμικών ομάδων (Faucett και συν. 1994). Επίσης παρατηρήθηκαν διαφορετικοί τρόποι εκδήλωσης πόνου και ανταπόκρισης στα αναλγητικά, είτε λόγω διαφορετικού επιπέδου νευροδιαβιβαστών, είτε λόγω εκμάθησης συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Franck και συν. 2000).

1. 4. 5. 1 Γονείς

Οι γονείς είναι τα άτομα που κυρίως φροντίζουν τα παιδιά και που συνήθως αναγνωρίζουν τα σήματα συμπεριφοράς πόνου και τι μέτρα χρειάζονται για την ανακούφισή του, γι' αυτό και πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στην αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου τους (Liebelt 2000).

Η αντίληψη και η ανταπόκριση των γονέων στον πόνο του παιδιού επηρεάζει έντονα την αντίληψη και την αντίδραση σε αυτόν. Οι ταξινομήσεις των γονέων όσον αφορά τον πόνο του παιδιού τους κατά τις επώδυνες πράξεις συσχετίστηκαν περισσότερο με την αυτοαναφορά του παιδιού από ότι οι ταξινομήσεις των επαγγελματιών υγείας (Miller 1996).

Ο χωρισμός των παιδιών από τους γονείς κατά την αξιολόγηση είναι στρεσογόνος και μπορεί να αυξήσει την αντίληψη και εκδήλωση πόνου. Η παρουσία των γονέων μπορεί να αυξήσει την έκφραση πόνου των παιδιών επειδή νιώθουν πιο άνετα να εκθέσουν τον πόνο και το στρες όταν αυτοί είναι παρών (Broome και συν. 1998), από την άλλη όμως η αυξημένη γονική ανησυχία συσχετίζεται με αυξημένη συμπεριφορά στρες και αυτοαναφορά έντασης πόνου του παιδιού κατά τη διάρκεια επώδυνων πράξεων (Goodenough και συν. 1999).

1. 4. 5. 2 Νοσηλευτικό - Ιατρικό προσωπικό

Η συνέχιση της ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου στα παιδιά μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων και στην αποτυχία του νοσηλευτικού προσωπικού να αξιολογήσει και να αντιμετωπίσει τον πόνο αποτελεσματικά (Simons και MacDonald 2004). Επίσης φαίνεται το νοσηλευτικό προσωπικό να υποτιμά τον πόνο του παιδιού σε σύγκριση με τις αυτοαναφορές του (Romsing και συν. 1996).

Η χρήση τυποποιημένων, πολυδιάστατων εργαλείων αξιολόγησης και η παροχή εκπαίδευσης στο προσωπικό, πραγματοποιούν αξιολογήσεις πόνου που ταιριάζουν με τις αυτοαναφορές των παιδιών (Colwell και συν. 1996).

1. 5 Νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα

1. 5. 1 Ταξινόμηση – παθογένεια

Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) είναι η πιο συχνή χρόνια φλεγμονώδης αρθροπάθεια στα παιδιά με χρόνια μυοσκελετικό πόνο. Η ΝΙΑ είναι επίσης γνωστή ως «Νεανική Χρόνια Αρθρίτιδα» και «Νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα» αλλά το 1997 η Διεθνής Ένωση Συλλόγων Ρευματολογίας (International League of Associations for Rheumatology-ILAR) θέσπισε τον όρο «Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα» και επαναπροσδιόρισε τα κριτήρια ταξινόμησής της. Έτσι η ΝΙΑ περιλαμβάνει τη συστηματική, την ολιγοαρθρική, την πολυαρθρική (αρνητικός ρευματικός παράγοντας), την πολυαρθρική (θετικός ρευματικός παράγοντας), την ψωριασική, την ενθεσίτιδα και άλλες αρθρίτιδες (Petty και συν. 1998).

Το 50% των παιδιών που παρουσιάζουν ΝΙΑ, έχουν ήπια μορφή και εκδηλώνουν λίγα προβλήματα, σε αντίθεση με κάποιες μορφές της ασθένειας που μπορούν να επιφέρουν χρόνια προβλήματα. Η ασθένεια τυπικά εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 16 ετών με έναρξη στις ηλικιακές ομάδες 1-3 και 8-12. Γενικά τα κορίτσια προσβάλλονται δύο φορές πιο συχνά από τα αγόρια (Varni και συν. 1987).

Η αιτία της νεανικής αρθρίτιδας είναι άγνωστη και θεωρείται ότι είναι αυτοάνοσο νόσημα. Σε ένα αυτοάνοσο νόσημα το σώμα χάνει την ικανότητα να διακρίνει την διαφορά ανάμεσα στους υγιείς και επιβλαβείς εισβολείς, όπως είναι τα βακτήρια και οι ιοί. Το ανοσοποιητικό σύστημα αντί να προστατεύει το σώμα, απελευθερώνει χημικές ουσίες που προκαλούν βλάβη στους υγιείς ιστούς και προκαλούν οίδημα και πόνο.

Τα συμπτώματα της νεανικής αρθρίτιδας είναι πόνος, οίδημα, δυσκαμψία και απώλεια κίνησης στις αρθρώσεις. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων εξαρτάται από τον τύπο της αρθρίτιδας και παρουσιάζονται εξάρσεις και υφέσεις.

Η διάγνωση γίνεται όταν το παιδί παραπονιέται για πόνο άρθρωσης και δυσκαμψία για περισσότερο από 6 εβδομάδες. Οι εξετάσεις γίνονται ανάλογα με τα συμπτώματα, για έλεγχο φλεγμονής ή αυτοανοσίας (εξέταση ANA), ενώ κάποια παιδιά κάνουν επιπρόσθετα εξέταση ρευματικού παράγοντα.

Η πορεία της ασθένειας συνήθως είναι καλύτερη από αυτή της αρθρίτιδας των ενηλίκων καθώς τα μισά από τα παιδιά αναρρώνουν πλήρως και ξεπερνούν την αρθρίτιδα με την ενηλικίωση. Τα οφθαλμολογικά προβλήματα μπορεί να συνεχίσουν να υφίστανται σε μερικά παιδιά ακόμη και αν η συμπτωματολογία από τις αρθρώσεις έχει εκλείψει και τα προβλήματα αρθρώσεων μπορεί μερικές φορές να επανεμφανιστούν μετά από μεγάλες περιόδους χωρίς αυτά. Όσο μικρότερος αριθμός αρθρώσεων επηρεάζονται, τόσο καλύτερη η έκβαση και μόνο ένα μικρό ποσοστό παιδιών με συστηματικό τύπο αναπτύσσει σοβαρή αρθρίτιδα σε πολλές αρθρώσεις που μπορεί να συνεχίσει έως την ενηλικίωση (James 2004).

1. 5. 2 Ο πόνος στα παιδιά με Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα

Ο πόνος είναι ένα σημαντικό σύμπτωμα για πολλά παιδιά με ΝΙΑ και συνήθως ταξινομούν την έντασή του σε χαμηλές έως μέσες τιμές, με 25% από αυτά να τον αναφέρουν στις μέσες ή υψηλότερες τιμές στις κλίμακες μέτρησης πόνου (Schanberg και συν. 1997).

Τα παιδιά με χρόνια αρθρίτιδα έχουν μειωμένη ανοχή στον πόνο σε σύγκριση με υγιή συνομήλικα. Ο Hogeweg και οι συνεργάτες του (1995a, 1995b) παρατήρησαν ότι στα παιδιά με ΝΙΑ η ουδός του πόνου ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτή των υγιών συνομηλίκων τους και στα παιδιά με ενεργή φλεγμονή και σε αυτά χωρίς φλεγμονή και η ομάδα με ΝΙΑ με ενεργή φλεγμονή είχε σημαντικά χαμηλότερη ουδό πόνου από αυτή χωρίς φλεγμονή. Η χαμηλότερη ανοχή στον πόνο και η χαμηλότερη ουδός του πόνου συσχετίστηκε με αυξημένη αναφορά πόνου. Αυτή η αυξημένη ευαισθησία σε βλαβερό ερέθισμα σε όλα τα μέρη του σώματος στα παιδιά με ΝΙΑ πιθανόν να οφείλεται σε αλλαγή στο σύστημα διεργασίας πόνου, σαν αποτέλεσμα της παρατεταμένης ενεργοποίησης των περιφερικών και κεντρικών βλαβοαντιληπτικών συστημάτων.

1. 5. 2. 1 Πόνος και δημογραφικές μεταβλητές

Η υποκειμενική αναφορά του πόνου του παιδιού εξαρτάται από τις γνωσιακές του ικανότητες (Truckenbrodt 1993). Καθώς το παιδί μεγαλώνει και ωριμάζει γνωσιακά, η σημασία που αποδίδεται στις αισθήσεις των φλεγμονωδών αρθρώσεων αλλάζει και γι' αυτό επηρεάζεται η αντίληψη του πόνου. Με τη γνωσιακή ωρίμανση τα παιδιά γίνονται ικανά να συσχετίσουν εσωτερικές αισθήσεις (π. χ. πόνος στις φλεγμονώδεις αρθρώσεις) με την εσωτερική παθολογία και τις ενδεχόμενες σοβαρές συνέπειες. Έτσι, τα μεγαλύτερα παιδιά με αρθρίτιδα μπορεί να είναι πιο καταπονημένα από την αίσθηση στις αρθρώσεις τους και πιο πιθανόν να ερμηνεύσουν τις αισθήσεις σαν «επώδυνες» ή δυσάρεστες, με αποτέλεσμα καθώς το παιδί μεγαλώνει να αναφέρει μεγαλύτερες εντάσεις πόνου (Anthony και Schanberg 2003). Η ηλικία φάνηκε να έχει επίδραση στις βαθμολογίες πόνου σε παιδιά ηλικίας 8-15 ετών, αλλά όχι σε μεγαλύτερα (Malleon και συν. 2004), όμως άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία δεν είναι σημαντικός δείκτης πρόβλεψης πόνου στα παιδιά με ΝΙΑ όταν χρησιμοποιηθήκαν παρόμοιες ποσοτικές αξιολογήσεις του πόνου (Abu-Saad και Uiterwijk 1995, Benestad και συν. 1996, Schanberg και συν. 1997).

Η επίπτωση του φύλου στην αναφορά του πόνου δεν έχει επίσης ξεκαθαριστεί στα παιδιά με ΝΙΑ καθώς σε κάποιες μελέτες δεν φάνηκε να υπάρχει διαφορά στα επίπεδα πόνου που αναφέρθηκαν μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Vandvik και Eckblad 1990, Abu-Saad και Uiterwijk 1995), ενώ ο Benestad και οι συνεργάτες του (1996) βρήκαν ότι τα κορίτσια και τα αγόρια σχολικής ηλικίας είχαν διαφορές στην αναφορά της έντασης του πόνου, με τα κορίτσια να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα πόνου από τα αγόρια. Επίσης σε άλλη μελέτη παρατηρήθηκε ότι τα κορίτσια είχαν πόνο πιο συχνά το πρωί και είχαν περισσότερες επηρεασμένες αρθρώσεις στα άνω άκρα σε σχέση με τα αγόρια (Sallfors και συν. 2003).

1. 5. 2. 2 Πόνος και δραστηριότητα της ασθένειας

Έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ αυξημένης δραστηριότητας της ασθένειας και αυξημένης αναφοράς πόνου στα παιδιά με αρθρίτιδα (Vandvik

και Eckblad 1990). Ο Varni και οι συνεργάτες του (1987) ανέφεραν θετική συσχέτιση μεταξύ των ταξινομήσεων των γιατρών για την δραστηριότητα της ασθένειας και της έντασης του πόνου των παιδιών με NIA.

Ωστόσο, άλλες μελέτες δείχνουν ότι η σοβαρότητα της ασθένειας δεν είναι ο μόνος δείκτης πρόβλεψης του πόνου των παιδιών με NIA (Schanberg και Sandstrom 1999). Ο Ilowite και οι συνεργάτες του (1992) παρατήρησαν ότι η φλεγμονή των αρθρώσεων εξηγεί μόνο το 10% της διαφοράς στις βαθμολογίες πόνου και δεν βρήκαν σημαντική σχέση μεταξύ είτε του τύπου της ασθένειας είτε του αριθμού των επηρεασμένων αρθρώσεων και των βαθμολογιών πόνου. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια εξηγούν μόνο ένα μικρό τμήμα της διαφοράς των βαθμολογιών πόνου υποδεικνύοντας ότι η σοβαρότητα της ασθένειας δεν είναι ο μόνος σχετικός δείκτης πρόβλεψης του πόνου του παιδιού αλλά παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες όπως η διάθεση, η αντιμετώπιση και οι οικογενειακές δομές (Mallison και συν. 2004).

1. 5. 2. 3 Πόνος και ψυχοκοινωνικές μεταβλητές

Επειδή οι μεταβλητές της ασθένειας δεν εξηγούν από μόνες τους τον πόνο των παιδιών με NIA, διερευνήθηκε η επίπτωση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, όπως η συναισθηματική δυσφορία, η λειτουργία της οικογένειας, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου των παιδιών και οι μεταβλητές του ιστορικού πόνου της οικογένειας (Anthony και Schanberg 2003).

Η αρνητική διάθεση και τα στρεσογόνα γεγονότα συσχετίζονται με τα καθημερινά συμπτώματα των παιδιών με αρθρίτιδα καθώς αυτά συσχετίστηκαν με καθημερινό πόνο, κόπωση και δυσκαμψία και με μειωμένη ικανότητα ελέγχου και μείωση του πόνου (Schanberg και συν. 2000). Ο πόνος συσχετίζεται θετικά με την καταθλιπτική διάθεση και το συναίσθημα απελπισίας, και αρνητικά με την κοινωνική υποστήριξη (Hagglund και συν. 1995).

Η αυξημένη αρμονία της οικογένειας σχετίστηκε με υψηλότερο πόνο των παιδιών. Αυτό εξηγείται στο ότι η μεγαλύτερη αρμονία της οικογένειας μπορεί να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα κατανόησης της συμπεριφοράς του

πόνου του παιδιού, οδηγώντας σε ενίσχυση της έκφρασης συμπεριφοράς και αναφοράς του (Ross και συν. 1993).

Όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου, τα παιδιά που ταξινόμησαν υψηλά την ικανότητά τους να ελέγχουν και να μειώνουν τον πόνο και που ανέφεραν μικρότερη τάση καταστροφολογίας (π. χ. υπερβολική αρνητική σκέψη για τον πόνο), είχαν σημαντικά χαμηλότερες ταξινομήσεις της έντασής του και σε λιγότερες θέσεις του σώματος (Schanberg και συν. 1997).

Οι μεταβλητές του ιστορικού πόνου του γονέα και της οικογένειας (π. χ. οικογενειακό ιστορικό καταστάσεων χρόνιου πόνου, επίπεδα έντασης πόνου του γονέα, ανάμειξη ,που σχετίζεται με τον πόνο, του γονέα σε δραστηριότητες) σχετίζονται σημαντικά με την αναφορά πόνου του παιδιού και την ταξινόμηση του ιατρού της κατάστασης υγείας. Επιπλέον, οι μεταβλητές πόνου γονέα και οικογένειας επίδρασαν στην χρήση της καταστροφολογίας από το παιδί, που με τη σειρά της επίδρασε στον αναφερόμενο πόνο του παιδιού και στην δραστηριότητα της ασθένειας (Schanberg και συν. 2001).

1. 5. 3 Αξιολόγηση του πόνου σε παιδιά με ΝΙΑ

Πολλά εργαλεία αξιολόγησης πόνου υπάρχουν για τα παιδιά με αρθρίτιδα και μυοσκελετικό πόνο και αυτά περιλαμβάνουν μετρήσεις αυτοαναφοράς και παρατήρηση της συμπεριφοράς. Η αξιολόγηση του πόνου με αυτοαναφορά γίνεται με το Ερωτηματολόγιο παιδιατρικού πόνου (Pediatric Pain Questionnaire- PPQ) του Varni και Thompson (1987), την κλίμακα Oucher και παραλλαγές οπτικής αναλογικής κλίμακας όπως το θερμόμετρο πόνου. Το PPQ είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο και περιλαμβάνει έντυπα για το παιδί και για τον γονέα και χρησιμοποιεί μια οπτική αναλογική κλίμακα 10 εκατοστών, μια λίστα με επίθετα περιγραφής πόνου και ένα περίγραμμα σώματος (Anthony και Schanberg 2003).

Η μέθοδος παρατήρησης της συμπεριφοράς του πόνου μπορεί να είναι χρήσιμη στην αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά με αρθρίτιδα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δώσει πληροφορίες για την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και για τον προσδιορισμό της

αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Σε αυτή την μέθοδο τα παιδιά συμμετέχουν σε ένα δεκάλεπτο πρόγραμμα που καταγράφεται από κάμερα, κατά τη διάρκεια του οποίου εκτελούν μια σειρά από δραστηριότητες που είναι το κάθισμα, το περπάτημα, η όρθια στάση και η ανάπαυση. Κατά τις δραστηριότητες εκπαιδευμένοι παρατηρητές κωδικοποιούν τις συμπεριφορές πόνου των παιδιών. Οι συμπεριφορές που παρατηρούνται είναι: προφύλαξη, υποστήριξη, δυσκαμψία, παθητικό τρίψιμο, ενεργητικό τρίψιμο, μετατόπιση βάρους, μεμονωμένη κάμψη, πολλαπλή κάμψη, αναστεναγμός. Η συχνότητα των συμπεριφορών πόνου συσχετίστηκαν θετικά με την αναφορά πόνου των παιδιών και τις ταξινομήσεις της έντασής του που έκαναν οι γιατροί (Jaworski και συν. 1995).

1. 6 Πόνος και ανικανότητα

Η Διεθνής Ένωση Συλλόγων Ρευματολογίας (ILAR) και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization-WHO) έχουν καθιερώσει τους παρακάτω ορισμούς:

- ❖ Η ανικανότητα εκφράζει τους περιορισμούς στην ικανότητα ενός ατόμου να δράσει με ένα συνήθη, προσωπικό και επιθυμητό τρόπο, που προκαλείται από μία ή περισσότερες καταστάσεις υγείας που επηρεάζει τη σωματική ή νοητική του λειτουργία.
- ❖ Ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη των ατόμων της δικής τους θέσης στη ζωή στο ευρύτερο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντα τους.
- ❖ Η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές πλευρές της ποιότητας ζωής που επηρεάζονται από την ασθένεια του ατόμου και/ή τη θεραπεία της (Strand και συν. 1997).

Ο χρόνιος πόνος στα παιδιά και στους εφήβους συχνά δεν αξιολογείται σωστά από αυτούς που παρέχουν φροντίδα και έτσι δεν θεραπεύεται, με αποτέλεσμα την απώλεια της καθημερινής ικανότητας και λειτουργίας. Ο χρόνιος πόνος που δεν θεραπεύεται ή δεν θεραπεύεται σωστά θα έχει ως

συνέπεια την ανεπιθύμητη «δοκιμασία» του ασθενούς, τη διατάραξη της καθημερινότητας της οικογένειας και τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων του παιδιού, ως εκ τούτου αυξανόμενη μακροχρόνια ανικανότητα (Chambliss και συν. 2002).

Οι έννοιες ότι «ο πόνος κάνει το παιδί ευάλωτο» και «ο πόνος συσχετίζεται με την ανικανότητα» που αναπτύχθηκαν από τον Zeltzer και τους συνεργάτες του (1998), είναι πολύ χρήσιμες στην προσέγγιση των παιδιών με χρόνιο πόνο. Στην έννοια «ο πόνος κάνει το παιδί ευάλωτο» αλληλεπιδρούν «ενδογενής» (π. χ. ουδός πόνου, φύλο, ιδιοσυγκρασία, έλεγχος πόνου και στρατηγικές αντιμετώπισης) και «εξωγενής» (π. χ. προηγούμενες εμπειρίες πόνου, κοινωνική απομόνωση, οικογενειακό ιστορικό πόνου) παράγοντες για να προδιαθέσουν το παιδί να αναπτύξει περισσότερο πόνο από ότι οι συνομήλικοί του κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Στην έννοια «ο πόνος συσχετίζεται με την ανικανότητα», φαίνεται ο πόνος να παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή λειτουργία, όπως τη σχολική παρακολούθηση, και να επηρεάζεται από έναν αριθμό παραγόντων περιλαμβάνοντας την συμπεριφορά της οικογένειας και τις πολιτισμικές προσδοκίες (Mallison και συν. 2001).

Ο πόνος είναι ένα σημαντικός δείκτης πρόβλεψης ευημερίας στα παιδιά με ΝΙΑ γι' αυτό και η μείωση του πόνου θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο στην φροντίδα τους (Sallfors και συν. 2004). Ο Sawyer και οι συνεργάτες του (2004) παρατήρησαν σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ των επιπέδων πόνου και της σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής λειτουργίας των παιδιών με ΝΙΑ. Παρόμοια βρέθηκε σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής των παιδιών με ΝΙΑ και του πόνου που βιώνουν (Sawyer και συν. 2005).

Ο πόνος και η δυσφορία στα παιδιά με αρθρίτιδα μπορεί να εξασθενήσει την λειτουργία περιορίζοντας τις ασχολίες τους και τις σωματικές δραστηριότητες, διαταράσσοντας τη σχολική παρακολούθηση και την συμμετοχή σε αθλήματα, και εμποδίζοντας την ανεξάρτητη καθημερινή υγιεινή και δραστηριότητες αυτό-φροντίδας (Schanberg και συν. 2003). Τα παιδιά με αρθρίτιδα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων περιλαμβάνοντας κατάθλιψη, μειωμένη αυτοεκτίμηση,

μειωμένη σχολική και κοινωνική ικανότητα και δυσκολία στις σχέσεις με συνομηλίκους (Wallander και Varni 1998, Huygen και συν. 2000)

Σε έρευνα που έγινε σε παιδιά και εφήβους γενικού πληθυσμού, ο πόνος είχε σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων όπως τη σχολική παρακολούθηση, τη συμμετοχή σε χόμπι, τη διατήρηση των κοινωνικών επαφών, την όρεξη και τον ύπνο, καθώς και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω του πόνου τους (Roth-Isigkeit και συν. 2005). Παρόμοια παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά με ανεξήγητο χρόνιο πόνο είχαν σημαντική εξασθένηση στη λειτουργικότητα και σε πολλαπλούς τομείς της καθημερινής ζωής όπως στις αθλητικές δραστηριότητες, απουσία από το σχολείο, κοινωνική απομόνωση και αϋπνία (Konijnenberg και συν. 2005). Ο Kashikar-Zuck και οι συνεργάτες του (2001) παρατήρησαν ότι ο χρόνιος πόνος είχε σημαντική επίπτωση στη ζωή των παιδιών και η κατάθλιψη συσχετίστηκε έντονα με τη λειτουργική ανικανότητα.

1. 6. 1 Εργαλεία αξιολόγησης της υγείας του παιδιού

Υπάρχουν λίγα αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης της σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής των παιδιών. Τα «ειδικά» εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για την ΝΙΑ είναι το “Childhood Health Assessment Questionnaire” (CHAQ) ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της παιδικής υγείας (Singh και συν. 1994), η “Juvenile Arthritis Functional Assessment Report” (JAFAR) αναφορά λειτουργικής αξιολόγησης της νεανικής αρθρίτιδας (Howe και συν. 1991), ο “Juvenile Arthritis Self-Report Index” (JASI) δείκτης αυτοαναφοράς της νεανικής αρθρίτιδας που επικεντρώνεται στη σωματική λειτουργία (Wright και συν. 1994). Επίσης υπάρχει το “Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire” (JAQQ) ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής της νεανικής αρθρίτιδας το οποίο μετράει και την σωματική και την ψυχοκοινωνική λειτουργία (Duffy και συν. 1997).

Τα «γενικά» εργαλεία, τα οποία μετρούν την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ασθένεια του ασθενή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες ασθένειες επιτρέποντας την απευθείας σύγκριση διαφορετικών παθήσεων (Ruperto και συν. 2001).

Ένα τέτοιο «γενικό» εργαλείο είναι το ερωτηματολόγιο υγείας του παιδιού “Child Health Questionnaire” (CHQ) (Landgraf και συν. 1996), που έχει σχεδιαστεί να μετράει την σωματική και ψυχοκοινωνική ευημερία σε παιδιά ηλικίας τουλάχιστον 5 ετών και συμπληρώνεται από τον γονέα ή από το παιδί αν είναι άνω των 12 ετών (Ruperto και συν. 2001). Ο Raat και οι συνεργάτες του (2002) διαπίστωσαν ότι το CHQ έχει κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες για να εφαρμοστεί σε παιδιατρικές μελέτες έκβασης επιπρόσθετα με τις κλινικές μετρήσεις.

Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το «γενικό» εργαλείο CHQ ερωτηματολόγιο υγείας του παιδιού για να συγκριθεί ομάδα παιδιών με NIA με ομάδα υγιών παιδιών. Σε σχετική έρευνα το CHQ φάνηκε να έχει καλύτερη ικανότητα αντίληψης σε σχέση με το «ειδικό» εργαλείο CHAQ στην αξιολόγηση της κατάστασης υγείας στα παιδιά με NIA (Moretti και συν. 2005). Το CHQ έχει μεταφραστεί, προσαρμοστεί δια-πολιτισμικά και επικυρωθεί για χρήση σε 32 χώρες, περιλαμβάνοντας και την Ελλάδα (Ruperto και συν. 2001). Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του CHQ - έντυπο γονέα, που έχει θεωρηθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο στην αξιολόγηση της λειτουργικής, της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής κατάστασης παιδιών με NIA με άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες (Pratsidou-Gertsis και συν. 2001), για να αξιολογηθεί ο πόνος, η σωματική και η ψυχοκοινωνική λειτουργία παιδιών με NIA σε σύγκριση με υγιή.

2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2. 1 Γενικός σκοπός

Ο χρόνιος πόνος επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των παιδιών. Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο πόνος, η σωματική και η ψυχοκοινωνική λειτουργία παιδιών με ΝΙΑ σε σύγκριση με υγιή.

2. 1. 1 Ειδικοί στόχοι

Πιο συγκεκριμένα στόχος ήταν να μελετηθούν όλες οι διαστάσεις του CHQ και να παρατηρηθούν οι διαφορές μεταξύ παιδιών με ΝΙΑ και υγιών, καθώς και να γίνει παλινδρόμηση όλων των διαστάσεων του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές που περιλαμβάνουν κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και κατάσταση υγείας των γονέων.

2. 2 Μεθοδολογία μελέτης

2. 2. 1 Γενική περιγραφή και χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν 8 παιδιά (n=8) (6 κορίτσια και 2 αγόρια) με ΝΙΑ (7 με ολιγοαρθρικό τύπο και 1 με συστηματικό τύπο) ηλικίας 6 έως 12 ετών. Τα παιδιά αυτά επισκέφτηκαν την παιδιατρική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από 21/03/06 ως 26/06/06. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από το γονέα που συνόδευε το παιδί, στις 5 περιπτώσεις από τη μητέρα και στις άλλες 3 από τον πατέρα. Όλοι οι γονείς δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια με προθυμία και χρειάστηκε να δοθούν κάποιες διευκρινιστικές απαντήσεις. Σε μια περίπτωση, λόγω δυσκολίας στην ανάγνωση των ερωτηματολογίων, οι ερωτήσεις έγιναν προφορικά από εμάς.

Η ηλικία των γονέων των παιδιών με ΝΙΑ ήταν κατά μέσο όρο για τις μητέρες τα 34 έτη, για τους πατέρες τα 42 έτη και στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν παντρεμένοι (85.71%). Οι περισσότερες μητέρες εργαζόταν στον

ιδιωτικό τομέα ή ήταν οικοκυρές (28.57% και 28.57% αντίστοιχα), ενώ οι πατέρες ήταν κυρίως αυτοαπασχολούμενοι (42.86%).

Επίσης στην έρευνα συμμετείχαν 185 υγιή παιδιά (n=185) (94 αγόρια και 91 κορίτσια) ηλικίας 6 έως 12 ετών, τα οποία φοιτούσαν στο 7^ο και 17^ο Δημοτικό σχολείο Ιωαννίνων. Στα δύο αυτά σχολεία φοιτούσαν συνολικά 278 παιδιά. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στα παιδιά μέσα σε φακέλους στις 22/05/06 με διορία επιστροφής τις 26/05/06 και ζητήθηκε να συμπληρωθούν μόνο από τη μητέρα για να βγουν πιο ομοιογενή αποτελέσματα. Από το σύνολο των παιδιών τα 93 δεν συμμετείχαν στην έρευνα είτε επειδή έλειπαν από το σχολείο την ημέρα παράδοσης των ερωτηματολογίων, ή επειδή ζητήθηκε να συμπληρωθούν μόνο από τη μητέρα και όχι από τον πατέρα ή άλλο πρόσωπο που φροντίζει το παιδί, ή επειδή δεν θέλησαν να συμμετάσχουν οι μητέρες. Κάποιες ερωτήσεις σε κάποιες κλίμακες του CHQ δεν συμπληρώθηκαν επειδή ίσως δεν ήταν κατανοητές και δεν ήταν δυνατόν να δοθούν διευκρινιστικές απαντήσεις.

Στον Πίνακα 1 (σελίδα 58) περιγράφονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των γονέων και η κατάσταση υγείας της μητέρας το τελευταίο διάστημα στα υγιή παιδιά. Η ηλικία των γονέων ήταν κατά μέσο όρο για τις μητέρες τα 38 έτη, για τους πατέρες τα 43 έτη και σχεδόν το 93% των μητέρων ήταν παντρεμένες. Σε ότι αφορά την εκπαίδευση το 17.13% ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, το 37.57% ήταν απόφοιτες λυκείου και το 39.78% απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι μητέρες στο μεγαλύτερο ποσοστό εργάζονταν στο δημόσιο τομέα (27.62%) ενώ οι πατέρες στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενοι (33.15% και 32.58% αντίστοιχα). Οι περισσότερες μητέρες δήλωσαν ότι έχουν τουλάχιστον καλή σωματική και ψυχική υγεία το τελευταίο διάστημα (93.92% και 90.06% αντίστοιχα).

2. 2. 2 Εργαλεία μέτρησης και μεταβλητές

Το CHQ (Parent Form 50) που συμπληρώνει ο γονέας αποτελείται από 50 ερωτήσεις στις οποίες περιλαμβάνονται οι παρακάτω κλίμακες: η Γενική Υγεία (ΓΥ) (global health) με 1 ερώτηση, η Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ) (physical functioning) με 6 ερωτήσεις, ο Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω

Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (ΡΣΣ) (role/social, emotional/behavioral limitations) με 3 ερωτήσεις, ο Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (ΡΣ) (role/social, physical limitations) με 2 ερωτήσεις, ο Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα (ΣΠ) (bodily pain/discomfort) με 2 ερωτήσεις, η Συμπεριφορά (ΣΜ) (behaviour) με 5 ερωτήσεις, η Γενική Συμπεριφορά (ΓΣΜ) (global behaviour) με 1 ερώτηση, η Ευεξία (ΕΞ) (mental health) με 5 ερωτήσεις, η Αυτοεκτίμηση (ΑΕ) (self-esteem) με 6 ερωτήσεις, η Γενική Αντίληψη Υγείας (ΓΑΥ) (general health perception) με 5 ερωτήσεις, η Αλλαγή Υγείας (ΑΥ) (change in health) με 1 ερώτηση, η Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (ΣΓ) (emotional impact on the parent) με 3 ερωτήσεις, ο περιορισμός του προσωπικού Χρόνου του Γονέα (ΧΓ) (impact on the parent's personal time) με 3 ερωτήσεις, η περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (ΟΔ) (limitations in family activities) με 6 ερωτήσεις και Οικογενειακή Συνοχή (ΟΣ) (family cohesion) με 1 ερώτηση. Οι ερωτήσεις αφορούν το διάστημα των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων εκτός τις γενικές κλίμακες (ΓΥ, ΓΣΜ, ΓΑΥ, ΑΥ, ΟΣ) (Παράρτημα 2) (σελ. 77).

Επίσης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις υγείας που αφορούν το γονέα, το οποίο περιλάμβανε: την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένος/η, διαζευγμένος/η - σε διάσταση, χήρος/α, άλλο), το μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτος/η δημοτικού γυμνασίου, λυκείου, τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος, πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, άλλων μεταπτυχιακών σπουδών), την απασχόληση (μισθωτός/η στο δημόσιο τομέα, μισθωτός/η στον ιδιωτικό τομέα, αυτοαπασχολούμενος/η, άνεργος/η - δεν δουλεύει αλλά ψάχνει για δουλειά, συνταξιούχος, οικοκυρικά, άλλο), το κάπνισμα και τη σωματική - ψυχική υγεία το τελευταίο διάστημα. Στα παιδιά με ΝΙΑ τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από το γονέα που συνόδευε το παιδί (πατέρα ή μητέρα γιατί ερχόταν και από περιοχές εκτός νομού και δεν ήταν δυνατό να βρεθεί μόνο η μητέρα, ενώ στα υγιή παιδιά ζητήθηκε να συμπληρωθούν μόνο από τη μητέρα για να βγουν πιο ομοιογενή αποτελέσματα (Παράρτημα 1) (σελ.75).

2. 2. 3 Ανάλυση

Για τη βαθμολόγηση κάθε κλίμακας του CHQ ακολουθήθηκε ο παρακάτω αλγόριθμος: η πραγματική βαθμολογία (πρόσθεση των βαθμολογιών των απαντήσεων δια τον αριθμό των συμπληρωμένων ερωτήσεων) μείον τη χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία δια την πιθανή υψηλότερη βαθμολογία. Οι βαθμολογίες μπαίνουν σε μια κλίμακα από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει καλύτερη λειτουργία και ευημερία. Πιο συγκεκριμένα υπολογίστηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου. Για τις μονομεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιήσαμε t-test για τον έλεγχο των διαφορών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων.

Επίσης έγινε παλινδρόμηση όλων των διαστάσεων του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των γονέων και κατάσταση υγείας της μητέρας), για να παρατηρηθεί κατά πόσο αυτές οι μεταβλητές επηρεάζουν την υγεία του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα στην πολυμεταβλητή αυτή ανάλυση χρησιμοποιήσαμε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή την υπό μελέτη διάσταση και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υπόλοιπες. Λόγω του μικρού αριθμού των παιδιών με ΝΙΑ δεν έγινε παλινδρόμηση σε αυτή την περίπτωση. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα Stata 9.0. Επειδή το δείγμα των υγιών παιδιών είναι μικρό θα αναφερθούν όλες οι τιμές που είναι κάτω από $p=0.10$ (p -value) ως ένδειξη ότι πλησιάζουν τη στατιστική σημαντικότητα.

3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

3. 1 Βαθμολογίες στο CHQ

Στον Πίνακα 2 (σελ. 59) φαίνονται όλες οι βαθμολογίες (μέση τιμή και τυπική απόκλιση) στις κλίμακες του CHQ στα παιδιά με ΝΙΑ και στα υγιή. Η βαθμολογίες μπαίνουν σε μια κλίμακα από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει καλύτερη λειτουργία και ευημερία. Τα παιδιά με ΝΙΑ είχαν χειρότερη σωματική υγεία (ΣΛ, ΣΠ, ΡΣ, ΓΥ) σε σχέση με τα υγιή παιδιά. Πιο αναλυτικά οι μέσες τιμές στα παιδιά με ΝΙΑ και στα υγιή είναι: ΣΛ 66.7 και 96.3 αντίστοιχα, ΣΠ 62.5 και 89.1 αντίστοιχα, ΡΣ 72.9 και 96.4 αντίστοιχα και ΓΥ 53.1 και 87.3 αντίστοιχα.

Όσον αφορά την ψυχοκοινωνική λειτουργία (ΕΞ, ΣΜ, ΓΣΜ, ΑΕ) δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ παιδιών με ΝΙΑ και υγιή, εκτός από την κλίμακα ΡΣΣ. Πιο αναλυτικά οι μέσες τιμές στα παιδιά με ΝΙΑ και στα υγιή είναι: ΕΞ 78.7 και 83.3 αντίστοιχα, ΣΜ 87.5 και 87.4 αντίστοιχα ΓΣΜ 78.1 και 80.9 αντίστοιχα, ΑΕ 86.4 και 90.6 αντίστοιχα και ο ΡΣΣ 83.3 και 96.8 αντίστοιχα.

Μεγάλες αποκλίσεις παρατηρήθηκαν στις κλίμακες της ΓΑΥ και της ΑΥ με μέσες τιμές στα παιδιά με ΝΙΑ 46.9 και στις δύο κλίμακες, ενώ στα υγιή 73.8 και 71.2 αντίστοιχα.

Η επίπτωση της υγείας των παιδιών στους γονείς ήταν μεγαλύτερη σε αυτούς των παιδιών με ΝΙΑ με μέσες τιμές στην κλίμακα της ΣΓ και ΧΓ να είναι 56.2 και 70.8 αντίστοιχα σε σχέση με αυτούς των υγιών παιδιών με αντίστοιχες μέσες τιμές 80.2 και 91.7.

Ο περιορισμός των ΟΔ δεν φάνηκε να έχει σημαντική διαφορά μεταξύ παιδιών με ΝΙΑ και υγιών με μέσες τιμές 86.4 και 91.6 αντίστοιχα. Στα παιδιά με ΝΙΑ παρατηρήθηκε καλύτερη ΟΣ σε σχέση με τα υγιή, με μέσες τιμές 78.1 και 76.1 αντίστοιχα.

3. 2 Συσχέτιση του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης όλων των διαστάσεων του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

(κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των γονέων και κατάσταση υγείας της μητέρας) στα υγιή παιδιά. Λόγω του ότι το δείγμα των υγιών παιδιών ήταν μικρό θα αναφερθούν όλες οι τιμές που είναι κάτω από $p=0.10$ (p -value) ως ένδειξη ότι πλησιάζουν τη στατιστική σημαντικότητα.

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Γενική υγεία» (ΓΥ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 3) (σελ. 60), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι πατέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 7 βαθμούς λιγότερο στο σκορ της ΓΥ ($p=0.056$). Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες που αξιολογούν την ψυχική τους υγεία άσχημα είναι πιο πιθανόν να δηλώνουν ότι τα παιδιά τους έχουν χειρότερη ΓΥ. Τα παιδιά αυτά είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 10 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.048$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Σωματική λειτουργία» (ΣΛ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 4) (σελ. 61), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν απόφοιτες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης/μεταπτυχιακών σπουδών, σε σχέση με τις μητέρες που ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 6 βαθμούς πιο πάνω στο σκορ της ΣΛ ($p=0.092$). Επίσης παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες που ήταν αυτοαπασχολούμενες, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 6 βαθμούς πιο πάνω στο σκορ της ΣΛ ($p=0.085$), ενώ αντίθετα τα παιδιά που οι πατέρες τους ήταν άνεργοι/άλλο, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 14 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ της ΣΛ ($p=0.09$). Επιπλέον οι μητέρες που αξιολογούν την ψυχική τους υγεία άσχημα είναι πιο πιθανόν να δηλώνουν ότι τα παιδιά τους έχουν χειρότερη ΣΛ. Τα παιδιά αυτά είχαν κατά μέσο όρο 9 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.019$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων συμπεριφοράς» (ΡΣΣ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 5) (σελ. 62), στατιστικά

σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν διαζευγμένες/σε διάσταση/χήρες/άλλο, σε σχέση με αυτές που ήταν παντρεμένες, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 8 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ του ΡΣΣ ($p=0.040$). Επίσης τα παιδιά που οι πατέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 5 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ του ΡΣΣ ($p=0.019$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας» (ΡΣ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 6) (σελ. 63), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν απόφοιτες τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης/μεταπτυχιακών σπουδών, σε σχέση με τις μητέρες που ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, είχαν κατά μέσο όρο 6 και σχεδόν 9 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ του ΡΣ ($p=0.068$, $p=0.004$). Επίσης τα παιδιά που οι μητέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενες, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 6 και 6 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ του ΡΣ ($p=0.038$, $p=0.042$). Αντίθετα τα παιδιά που οι πατέρες τους ήταν αυτοαπασχολούμενοι ή άνεργοι/άλλο, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 4 και σχεδόν 17 βαθμούς αντίστοιχα πιο κάτω στο σκορ του ΡΣ ($p=0.080$, $p=0.001$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Σωματικός πόνος/ενοχλήματα» (ΣΠ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 7) (σελ. 64), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενες, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 10 και 8 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ του ΣΠ ($p=0.008$, $p=0.063$). Αντίθετα τα παιδιά που οι πατέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενοι, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 6 και 9 αντίστοιχα βαθμούς πιο κάτω στο σκορ του ΣΠ ($p=0.065$, $p=0.005$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Συμπεριφορά» (ΣΜ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 8) (σελ. 65), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν αυτοαπασχολούμενες ή συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 6 και σχεδόν 5 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ της ΣΜ ($p=0.025$, $p=0.052$). Αντίθετα τα παιδιά που οι πατέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 3 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ της ΣΜ ($p=0.091$). Επιπλέον τα παιδιά που οι μητέρες τους αξιολογούν τη σωματική τους υγεία άσχημα είναι πιο πιθανόν να δηλώνουν ότι τα παιδιά τους έχουν χειρότερη ΣΜ. Τα παιδιά αυτά είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 10 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.009$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Γενική συμπεριφορά» (ΓΣΜ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 9) (σελ. 66), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι πατέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 8 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ της ΓΣΜ ($p=0.042$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Ευεξία» (ΕΞ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 10) (σελ. 67), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν αυτοαπασχολούμενες, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 9 βαθμούς πιο πάνω στο σκορ της ΕΞ ($p=0.022$). Επίσης τα παιδιά που οι μητέρες τους αξιολογούν τη σωματική τους υγεία άσχημα είναι πιο πιθανόν να δηλώνουν ότι τα παιδιά τους έχουν χειρότερη ΕΞ. Τα παιδιά αυτά είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 14 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.006$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Αυτοεκτίμηση» (ΑΕ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 11) (σελ. 68), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν αυτοαπασχολούμενες ή συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο

δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 8 και σχεδόν 9 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ της ΑΕ ($p=0.012$, $p=0.006$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Γενική αντίληψη υγείας» (ΓΑΥ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 12) (σελ. 69), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν απόφοιτες λυκείου ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης/μεταπτυχιακών σπουδών, σε σχέση με τις μητέρες που ήταν απόφοιτες δημοτικού/ γυμνασίου, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 9 και σχεδόν 8 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ της ΓΑΥ ($p=0.024$, $p=0.077$). Αντίθετα τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν διαζευγμένες/σε διάσταση/χήρες/άλλο, σε σχέση με αυτές που ήταν παντρεμένες, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 15 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ της ΓΑΥ ($p=0.020$). Επιπλέον τα παιδιά που οι μητέρες τους αξιολογούν τη σωματική τους υγεία άσχημα είναι πιο πιθανόν να δηλώνουν χειρότερη ΓΑΥ για τα παιδιά τους. Τα παιδιά αυτά είχαν κατά μέσο όρο 13 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.024$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Αλλαγή υγείας» (ΑΥ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 13) (σελ. 70), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν απόφοιτες λυκείου ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης/μεταπτυχιακών σπουδών, σε σχέση με τις μητέρες που ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, είχαν κατά μέσο όρο σχεδόν 11 και 20 βαθμούς αντίστοιχα πιο κάτω στο σκορ της ΑΥ ($p=0.054$, $p=0.001$). Επίσης τα παιδιά που οι μητέρες τους ήταν συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 11 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ της ΑΥ ($p=0.053$). Αντίθετα τα παιδιά που οι πατέρες τους ήταν αυτοαπασχολούμενοι, σε σχέση με τους πατέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν κατά μέσο όρο 8 βαθμούς πιο πάνω στο σκορ της ΑΥ ($p=0.089$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Συναισθηματική επίπτωση γονέα» (ΣΓ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 14) (σελ. 71), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι οι μητέρες που ήταν αυτοαπασχολούμενες ή άνεργες, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι

ανησύχησαν λιγότερο για την υγεία του παιδιού τους. Έδωσαν κατά μέσο όρο σχεδόν 12 και σχεδόν 16 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ της ΣΓ ($p=0.072$, $p=0.027$). Αντίθετα οι μητέρες που οι σύζυγοί τους ήταν αυτοαπασχολούμενοι, σε σχέση με τις μητέρες που οι σύζυγοί τους εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι ανησύχησαν περισσότερο για την υγεία του παιδιού τους καθώς έδωσαν κατά μέσο όρο σχεδόν 10 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ της ΣΓ ($p=0.057$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Περιορισμός χρόνου του γονέα» (ΧΓ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 15) (σελ. 72), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι οι μητέρες που ήταν απόφοιτες λυκείου ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης/μεταπτυχιακών σπουδών, σε σχέση με τις μητέρες που ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, δήλωσαν ότι περιορίστηκε λιγότερο ο προσωπικός τους χρόνος. Έδωσαν κατά μέσο όρο 6 και σχεδόν 11 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ του ΧΓ ($p=0.081$, $p=0.009$). Παρόμοια οι μητέρες που ήταν συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι περιορίστηκε λιγότερο ο προσωπικός τους χρόνος, καθώς έδωσαν κατά μέσο όρο 7 βαθμούς πιο πάνω στο σκορ του ΧΓ ($p=0.056$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Οικογενειακές δραστηριότητες» (ΟΔ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 16) (σελ. 73), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι οι μητέρες που εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενες ή άνεργες ή συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι η υγεία ή συμπεριφορά του παιδιού τους περιόρισε λιγότερο τις ΟΔ. Έδωσαν κατά μέσο όρο 4, 6, 7 και 9 βαθμούς αντίστοιχα πιο πάνω στο σκορ των ΟΔ ($p=0.056$, $p=0.015$, $p=0.011$, $p=0.000$). Αντίθετα οι μητέρες που οι σύζυγοί τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενοι ή άνεργοι/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που οι σύζυγοί τους εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν ότι η υγεία ή συμπεριφορά του παιδιού τους περιόρισε περισσότερο τις ΟΔ, καθώς έδωσαν κατά μέσο όρο 7, σχεδόν 4 και 7 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ των ΟΔ ($p=0.000$, 0.069 , 0.067). Επιπλέον οι μητέρες που αξιολογούν τη σωματική τους υγεία άσχημα, είναι πιο πιθανόν να

δηλώνουν ότι περιορίστηκαν περισσότερο οι ΟΔ λόγω της υγείας ή συμπεριφοράς του παιδιού τους. Έδωσαν κατά μέσο όρο σχεδόν 7 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ των ΟΔ ($p=0.045$).

Στην παλινδρόμηση της διάστασης «Οικογενειακή συνοχή» (ΟΣ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές (Πίνακας 17) (σελ. 74), στατιστικά σημαντικό φάνηκε ότι οι μητέρες που ήταν απόφοιτες λυκείου ή τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης/μεταπτυχιακών σπουδών, σε σχέση με τις μητέρες που ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, έδωσαν κατά μέσο όρο σχεδόν 12, 14 και 9 βαθμούς αντίστοιχα πιο κάτω στο σκορ της ΟΣ ($p=0.009$, $p=0.009$, $p=0.062$). Επίσης οι μητέρες που αξιολογούν τη ψυχολογική τους υγεία άσχημα είναι πιο πιθανόν να δηλώνουν και χειρότερη ΟΣ. Έδωσαν κατά μέσο όρο 11 βαθμούς πιο κάτω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.036$). Αντίθετα οι μητέρες που ήταν συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, δήλωσαν καλύτερη ΟΣ καθώς έδωσαν κατά μέσο όρο σχεδόν 9 βαθμούς πιο πάνω στο σκορ σε αυτή τη μεταβλητή ($p=0.063$).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4. 1 Περίληψη κυρίων ευρημάτων

Το ερωτηματολόγιο υγείας του παιδιού CHQ και το ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και την κατάσταση υγείας των γονέων έγιναν καλώς αποδεκτά από τους γονείς, όπως φάνηκε από το υψηλό ποσοστό απαντήσεων, με λίγες απαντήσεις να λείπουν σε αυτά των υγιών παιδιών και αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα επιπλέον διευκρινίσεων στις μητέρες.

Στη σύγκριση που έγινε μεταξύ των διαστάσεων του CHQ παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά με ΝΙΑ είχαν χειρότερη σωματική λειτουργία (ΣΛ, ΣΠ, ΡΣ, ΓΥ) σε σύγκριση με τα υγιή. Στην ψυχοκοινωνική λειτουργία (ΕΞ, ΑΕ, ΣΜ, ΓΣΜ) οι διαφορές μεταξύ παιδιών με ΝΙΑ και υγιών ήταν πολύ μικρές χωρίς να θεωρούνται σημαντικές, εκτός από την κλίμακα ΡΣΣ.

Σε παλινδρόμηση που έγινε μεταξύ όλων των διαστάσεων του CHQ και ανεξάρτητων μεταβλητών στα υγιή παιδιά, παρατηρήθηκε το γεγονός ότι οι μητέρες που αξιολόγησαν τη σωματική τους υγεία άσχημα δήλωσαν για τα παιδιά τους χειρότερη ΣΜ και ΕΞ. Επιπλέον αξιολόγησαν πιο χαμηλά τη ΓΑΥ για το παιδί τους και δήλωσαν ότι περιορίστηκαν περισσότερο οι ΟΔ λόγω της υγείας ή της συμπεριφοράς του παιδιού τους. Οι μητέρες που αξιολόγησαν την ψυχολογική τους υγεία άσχημα δήλωσαν για τα παιδιά τους χειρότερη ΓΥ, ΣΛ καθώς και μεγαλύτερο περιορισμό των ΟΣ.

Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που οι πατέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με αυτών που οι πατέρες τους εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν χειρότερη ΓΥ και ΓΣΜ.

Στις κλίμακες που αφορούν τη σωματική υγεία (ΣΛ, ΡΣ, ΣΠ), παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που οι πατέρες τους δεν ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και ιδιαίτερα αυτοί που ήταν άνεργοι/άλλο, είχαν χειρότερη σωματική υγεία. Αντίθετα, τα παιδιά που οι μητέρες τους εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα ή ήταν αυτοαπασχολούμενες, σε σχέση με αυτές που ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και οι μητέρες που ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας

εκπαίδευσης, σε σχέση με αυτές που ήταν απόφοιτες δημοτικού/γυμνασίου, είχαν καλύτερη σωματική υγεία.

Στις κλίμακες που αφορούν την ψυχοκοινωνική υγεία (ΡΣΣ, ΕΞ, ΣΜ, ΑΕ), παρατηρήθηκε ότι καλύτερη ψυχοκοινωνική υγεία είχαν τα παιδιά των οποίων οι μητέρες ήταν αυτοαπασχολούμενες ή συνταξιούχοι/οικοκυρές/άλλο, σε σχέση με αυτά που οι μητέρες τους εργαζόταν στο δημόσιο τομέα. Αντίθετα τα παιδιά των οποίων οι πατέρες εργαζόταν στον ιδιωτικό τομέα, σε σχέση με τους πατέρες αυτών που εργαζόταν στο δημόσιο τομέα, είχαν χειρότερη ψυχοκοινωνική υγεία.

Τέλος παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες που ήταν διαζευγμένες/σε διάσταση/χήρες/άλλο εκτίμησαν χειρότερα το ΡΣΣ του παιδιού τους ενώ παράλληλα είχαν και χειρότερη ΓΑΥ γι' αυτό.

4. 2 Περιορισμοί μελέτης

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης αφορούν το μικρό δείγμα των παιδιών που χρησιμοποιήθηκε τόσο στα υγιή αλλά περισσότερο σε αυτά με ΝΙΑ. Ωστόσο τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με άλλες μελέτες που χρησιμοποιήθηκε μεγαλύτερο δείγμα.

Τα παιδιά με ΝΙΑ επισκεφτήκαν την παιδιατρική κλινική είτε στα πλαίσια τυπικής παρακολούθησης της ασθένειας ή θεραπείας της οξείας φάσης αυτής. Έτσι κάποια παιδιά βίωναν πόνο λόγω της οξείας φάσης και κάποια άλλα όχι.

Οι ειδικές κλίμακες του CHQ αφορούσαν το διάστημα των τεσσάρων τελευταίων εβδομάδων, οπότε η συμπλήρωσή του κάποια άλλη χρονική στιγμή μπορεί να μας έδειχνε και διαφορετικά αποτελέσματα.

4. 3 Συζήτηση κυρίων ευρημάτων

Η σωματική υγεία όπως ήταν αναμενόμενο βρέθηκε να είναι χειρότερη στα παιδιά με ΝΙΑ σε σύγκριση με τα υγιή, λαμβάνοντας υπόψη ότι η ΝΙΑ είναι μια ασθένεια που προκαλεί σωματική αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα ο πόνος ήταν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα στα παιδιά με ΝΙΑ από ότι στα υγιή,

συντελώντας στον περιορισμό των σωματικών δραστηριοτήτων και της σχολικής παρακολούθησης. Η ψυχοκοινωνική λειτουργία των παιδιών με ΝΙΑ δε βρέθηκε να διαφέρει πολύ από αυτή των υγιών, με εξαίρεση τη διάσταση ΡΣΣ, όπου η συναισθηματική τους κατάσταση επηρέασε τις δραστηριότητες με φίλους και τη σχολική απόδοση και παρακολούθηση.

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε άλλες μελέτες όπου παιδιά με ΝΙΑ είχαν χειρότερη σωματική υγεία και κάπως πιο κακή ψυχοκοινωνική υγεία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Selvaag και συν. 2003). Επίσης παιδιά με ΝΙΑ είχαν παρεμφερής αξιολογήσεις με υγιή στις μετρήσεις κοινωνικής λειτουργίας, συναισθηματικής ευημερίας και συμπεριφοράς (Huygen και συν. 2000, Noll και συν. 2000). Ο Peterson και οι συνεργάτες του (1997) βρήκαν ότι οι ενήλικες ασθενείς με ΝΙΑ δήλωσαν να έχουν, σε σχέση με τους υγιείς, παρόμοια ευεξία, συμπεριφορά και κοινωνική λειτουργία αλλά υψηλότερες ταξινομήσεις ανεργίας.

Σε μια μελέτη που έγινε σε τρεις γεωγραφικές περιοχές βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΝΙΑ (κάτω των 18 ετών) είχαν σημαντική εξασθένηση της σχετικής με την ασθένεια ποιότητας ζωής σε σύγκριση με υγιείς συνομηλίκους τους, κυρίως στο σωματικό τομέα. Η ανικανότητα και ο πόνος ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής ευημερίας ανεξάρτητα από τη γεωγραφική περιοχή (Gutierrez-Suarez και συν. 2006).

Αντίθετα κάποιες μελέτες ανέφεραν μειωμένη ψυχοκοινωνική ευημερία μεταξύ ασθενών με ΝΙΑ, αλλά δεν περιλάμβαναν ομάδες ελέγχου. Ο Vandvik (1990) παρατήρησε ότι το 51% των παιδιών με ΝΙΑ εκπλήρωναν τα κριτήρια για ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία, αλλά σε αυτά τα παιδιά η διάγνωση είχε γίνει πρόσφατα και πέρασαν από συνέντευξη κατά την πρώτη τους νοσηλεία για την ασθένεια. Σε μια μελέτη εννιά χρόνων παρακολούθησης βρέθηκε ότι το 17% των παιδιών εκπλήρωναν τα κριτήρια για ψυχιατρική διάγνωση και 15% είχαν ήπια έως μέτρια εξασθένηση της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας που όμως αυτή επηρεαζόταν από οικογενειακές δυσκολίες και όχι από τη σοβαρότητα της ασθένειας (Aasland και συν. 1997)

Από τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης φάνηκε ότι η άσχημη σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας επηρεάζει αρνητικά την αξιολόγηση υγείας του παιδιού της. Σε αυτή την παρατήρηση θα πρέπει να αναρωτηθούμε

κατά πόσο η γενική υγεία της μητέρας επηρεάζει και την υγεία του παιδιού της ή η κακή υγεία του παιδιού μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία της μητέρας. Ο Waters και οι συνεργάτες του (2000) χρησιμοποιώντας το CHQ, παρατήρησαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μητέρων που αυτοανέφεραν κακή γενική υγεία και χαμηλά σκορ υγείας του παιδιού τους σε διάφορους τομείς λειτουργίας, κοινωνικού ρόλου και σωματικής και συναισθηματικής υγείας, αλλά αυτό δεν παρατηρήθηκε από τους πατέρες. Οπότε σε παρόμοιες μελέτες θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το φύλο του γονέα που αξιολογεί το παιδί γιατί τα αποτελέσματα θα είναι διαφορετικά.

Παρατηρήθηκε ότι η εργασία του πατέρα στον ιδιωτικό τομέα επηρεάζει αρνητικά τη γενική υγεία και συμπεριφορά του παιδιού του. Αυτό ίσως να εξηγείται στο ότι όταν ο πατέρας αναγκάζεται από τη δουλειά του να μην έχει πολύ χρόνο να ασχοληθεί με το παιδί του, αυτό να έχει αρνητική επίπτωση στην υγεία και συμπεριφορά του παιδιού.

Η ψυχοκοινωνική υγεία του παιδιού φάνηκε να επηρεάζεται από το χρόνο που διαθέτουν οι γονείς του σε αυτό, όσο περισσότερο χρόνο μπορούν να διαθέσουν τόσο καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργία έχει.

Τέλος ο χωρισμός των γονιών και η απώλεια του πατέρα μπορεί να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία και συμπεριφορά του παιδιού, με συνέπεια αρνητική επίπτωση στη σχολική του απόδοση και παρακολούθηση και στις σχέσεις του με τους συνομηλίκους του. Επιπλέον αυτή η άσχημη ψυχοκοινωνική λειτουργία του παιδιού μπορεί να κάνει τη μητέρα του να έχει κακή γενική αντίληψη υγείας για αυτό.

Συμπερασματικά η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου υγείας του παιδιού CHQ είχε καλό επίπεδο αποδοχής και κατανόησης από τους γονείς. Η NIA φαίνεται να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των παιδιών καθώς σε σύγκριση με υγιή είχαν χειρότερη σωματική υγεία με πολύ υψηλότερα επίπεδα πόνου, χωρίς όμως η ψυχοκοινωνική τους λειτουργία να έχει μεγάλη διαφορά. Επίσης φάνηκε ότι η άσχημη γενική υγεία της μητέρας επηρεάζει αρνητικά την αξιολόγηση της υγείας του παιδιού της. Για την επικύρωση των αποτελεσμάτων απαιτείται επανάληψη παρόμοιας διαδικασίας με σαφώς μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. AASLAND A, FLATO B, VANDVIC IH. Psychosocial outcome in juvenile chronic arthritis: a nine - year follow up. Clin Exp Rheumatol 1997, 15:561-568.
2. ABU-SAAD HH, UITERWIJK M. Pain in children with juvenile rheumatoid arthritis: A descriptive study. Pediatr Res 1995, 38:194-197.
3. ANAND KJS. Fetal pain? IASP Pain: Clinical Updates 2006, XIV (2). Accessed 21/06/06.
4. ANAND KJS, CARR DB. The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. Pediatr Clin North Am 1989, 36:795-822.
5. ANAND KJS, CRAIG KD. New prospective on the definition of pain. Pain 1996, 67:3-6.
6. ANAND KJ, SCALZO FM. "Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behaviour?" Biol. Neonate 2000, 77:69-82.
7. ANTHONY KK, SCHANBERG LE. Pain in children with arthritis: a review of the current literature. Arthritis Rheum 2003, 49:272-279.
8. BENESTAD B, VEIEROD MB, VANDVIK IH. Quantitative and qualitative assessments of pain in children with juvenile chronic arthritis based on the Norwegian version of the Pediatric Pain Questionnaire. Scand J Rheumatol 1996, 25:293-299.
9. BEYER JE, JONES L, YOUNG L, ONIKUL R, BOBATY B. The alternative forms reliability of the Oucher pain scale. Pain Manage Nurs 2005, 6:10-17.
10. BEYER JE, MCGRATH PJ, BERDE CB. Discordance between self-report and behavioral pain measures in children aged 3-7 years after surgery. J Pain Symptom Manage 1990, 5:350-356.
11. BIERI D, REEVE RA, CHAMPION GD, ADDICOAT L, ZIEGLER JB. The face pain scale for the self assessment of the severity of pain experienced by children: Development initial validation and preliminary investigation for the ratio scale properties. Pain 1990, 41:139-150.

12. BLAUER T, GERSTMANN D. A simultaneous comparison of three neonatal pain scales during common NICU procedures. *Clin J Pain* 1998, 14:39-47.
13. BROOME ME, REHWALDT M, FOGG L. Relationship between cognitive behavioral techniques, temperament, observed distress, and pain reports in children and adolescents during lumbar puncture. *J Pediatr Nurs* 1998, 13:48-54.
14. CHAMBERS TC, GIESBRECHT K, CRAIG KD, BENNETT SM, HUNTSMAN E. A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: children's and parent's ratings. *Pain* 1999, 83:25-35.
15. CHAMBLISS CR, HEGGEN J, COPELAN DN, PETTIGNANO R. The assessment and management of chronic pain in children. *Pediatr Drugs* 2002, 4:737-746.
16. COLWELL C, CLARK L, PERKINS R. Postoperative use of pediatric pain scale: Children's self report vs. nurse assessment of pain intensity and affect. *J Pediatr Nurs* 1996, 11:275-282.
17. CUNLIFFE M, ROBERTS SA. Pain management in children. *Cur Anesth Crit Care* 2004, 15:272-283.
18. DAVIS M, EMORY E. Sex differences in neonatal stress reactivity. *Child Dev* 1994, 66:14-27.
19. DICKENSON A. Spinal cord pharmacology of pain. *Br J Anaesth* 1995, 75:193-200.
20. DUFFY CM, ARSENAULT L, DUFFY KNW, PAQUIN JD, STRAWCZYNSKI H. The juvenile arthritis quality of life questionnaire development of a new responsive index for juvenile rheumatoid arthritis and juvenile spondyloarthritides. *J Rheumatol* 1997, 24:738-746.
21. FANURIK D, ZELTZER L, ROBERTS M, BLOUNT RL. The relationship between children's coping styles and psychological interventions for cold pressor pain. *Pain* 1993, 53:213-222.
22. FAUCETT J, GORDON N, LEVINE J. Differences in postoperative pain severity among four ethnic groups. *J Pain Symptom Manage* 1994, 9:383-389.

23. FAULDS S, MOORE J. Pediatric pain assessment tools. Institute of Child Health. UCLA Pain assessment tools 2002. Accessed 23/01/05. (www.anes.ucla.edu/pain/assessment_tool.htm)
24. FAVALORO R, TOULEZ B. A comparison of adolescents' and nurses' postoperative pain ratings and perceptions. *J Pediatr Nurs* 1990, 16:414-416, 424.
25. FITZGERALD M. Developmental biology of inflammatory pain. *Br J Anaesth* 1995, 75:177-185.
26. FRADET C, MCGRATH PJ, KAY J, ADAMS S, LUKE B. A prospective survey of reactions to blood tests by children and adolescents. *Pain* 1990, 40:53-60.
27. FRANCK LS, GREENBERG CS, STEVENS B. Pain assessment in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 2000, 47:487-512.
28. GAFFNEY A, DUNNE E. Developmental aspects of children's definitions of pain. *Pain* 1986, 26:105-117.
29. GARCIA J, ALTMAN RD. Chronic pain states: pathophysiology and medical therapy. *Semin Arthritis Rheum* 1997, 27:1-16.
30. GIANNAKOPOULOS X, GLOVER V, SEPULVEDA W, KOURTIS P, FISK NM. Fetal plasma cortisol and b-endorphin response to intrauterine needling. *Lancet* 1994, 344:77-81.
31. GOODENOUGH B, KAMPEL L, CHAMPION GD, LAUBREAUX L, NICHOLAS MK, ZIEGLER JB, MCINERNEY M. An investigation of the placebo effect and age-related factors in the report of needle pain from venipuncture in children. *Pain* 1997, 72:383-391.
32. GOODENOUGH B, THOMAS W, CHAMPION GD, PERROTT D, TAPLIN JE, VON BAEYER CL, ZIEGLER JB. Unraveling age effects and sex differences in needle pain: Rating of sensory intensity and unpleasantness of venipuncture in children. *Pain* 1999, 80:179-190.
33. GRUNAU R. Early pain in preterm infants. A model of long term effects. *Clin Perinatol* 2002, 29:373-394.
34. GRUNAU RE, OBERLANDER T, HOLSTI L, WHITFIELD MF. Bedside application of the Neonatal Coding System in pain assessment of premature neonates. *Pain* 1998, 76:277-286.

35. GRUNAU RVE, CRAIG KD. Pain expression in neonates: Facial action and cry. *Pain* 1987, 28:395-410.
36. GUTIERREZ-SUAREZ R, PISTORIO A, CESPEDES CRUZ A, NORAMBUENA X, FLATO B, RUMBA I, HARJACEK M, NIELSEN S, SUSIC G, MIHAYLOVA D, HUEMER C, MELO-GOMES J, ANDERSSON-GARE B, BALOGH Z, DE CUNTO C, VESELY R, PAGAVA K, ROMICKA AM, BURGOS – VARGAS R, MARTINI A, RUPERTO N. Health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas. *Rheumatology* 2006, 28: (epub ahead of print).
37. HAGGLUND KJ, SCHOPP LM, ALBERTS KR, CASSIDY JT, FRANK RG. Predicting pain among children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1995, 8:36-42.
38. HARBECK C, PETERSON L. Elephants dancing in my head: A developmental approach to children's concept of specific pains. *Child Dev* 1992, 63:138-149.
39. HESTER NO. The preoperational child's reaction to immunizations. *Nurs Res* 1979, 28:250-255.
40. HICKS CL, VON BAEYER CL, SPAFFORD PA, VAN KORLARR I, GOODENOUGH B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001, 93:173-183.
41. HOGEWEG JA, KUIS W, HUYGEN ACJ, JONG-DE VOS VAN STEENWIJK C, BERNANDS ATM, OOSTENDORP RAB, HELDERS PJM. The pain threshold in juvenile chronic arthritis. *Br J Rheumatol* 1995a, 34:61-67.
42. HOGEWEG JA, KUIS W, OOSTENDORP RAB, HELDERS PJM. General and segmental reduced pain thresholds in juvenile chronic arthritis. *Pain* 1995b, 62:11-17.
43. HOWE S, LEVINSON J, SHEAR E, HARTNER S, MCGIRR G, SCHULTE M, LOVELL D. Development of a disability measurement tool for juvenile rheumatoid arthritis. The juvenile arthritis functional assessment report for children with juvenile arthritis. *Arthritis Rheum* 1991, 34:873-880.

44. HUMPHREY GB, BOON CMJ, VAN LINDEN VAN DEN HEUVELL GF, VAN DE WIEL HB. The occurrence of high levels of acute behavioral distress in children and adolescents undergoing routine venipunctures. *Pediatrics* 1992, 90:87-91.
45. HUYGEN ACJ, KUIS W, SINNEMA G. Psychological, behavioral, and social adjustment in children and adolescents with juvenile chronic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000, 59:276-282.
46. ILOWITE NT, WALCO GW, POCHACZEWSKY R. Assessment of pain in patients with juvenile rheumatoid arthritis: relation between pain intensity and degree of joint inflammation. *J Pediatr Psychol* 1993, 18:561-573.
47. JAMES A. Juvenile Rheumatoid Arthritis 2004. Accessed 04/10/05. (www.aboutkindshealth.ca/PNHome.asp)
48. JAWORSKI TM, BRADLEY LA, HECK LW, ROCA A, ALARCON GS. Development of an observation method for assessing pain behaviors in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995, 38:1142-1151.
49. JOHNSTON, C.C. Pain in children. IASP Refresher Course Syllabus. *Pain Is Rel Nurs* 1993, 185-190.
50. KASHIKAR-ZUCK S, GOLDSCHNEIDER KR, POWERS SW, VAUGHT SW, HERSHEY AD. Depression and functional disability in chronic pediatric pain. *Clin J Pain* 2001, 17:341-349.
51. KONIJNENBERG AY, UITERWAAL CSPM, KIMPEN JLL, VAN DER HOEVEN J, BUITELAAR JK, DE GRAEFF-MEEDER ER. Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life. *Arch Dis Child* 2005, 90:680-686.
52. LANDGRAF JM, ABETZ L, WARE JE. The Child Health Questionnaire (CHQ): a user's manual. 1st ed., Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center 1996.
53. LIEBELT EL. Assessing Children's Pain in the Emergency Department. *Clin Ped Emerg Med* 2000, 1:260-269.
54. MAHAN KT, STRELECKY DC. Recent concepts in understanding a child's pain. *J Am Pediatr Med Assoc* 1991, 81:231-242.

55. MALLESON PN, CONNELL H, ECCLESTON C. Chronic musculoskeletal and other idiopathic syndromes. *Arch Dis Child* 2001, 84:189-192.
56. MALLESON PN, OEN K, CABRAL DA, PETTY RE, ROSENBERG AM, CHEANG M. Predictors of pain in children with established juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004, 51:222-227.
57. MARKENSON JA. Mechanisms of chronic pain. *Am J Med* 1996, 101:6S-18S.
58. MATHEW PJ, MATHEW JL. Assessment and management of pain in infants. *Postgrad Med J* 2003, 79:438-443.
59. MCGRATH PA, SEIFERT CE, SPEECHLEY KN, BOOTH JC, STITT L, GIBSON MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain* 1996, 64:435-443.
60. MCGRATH PJ, CRAIG K. Developmental and psychological factors in children's pain. *Pediatr Clin North Am* 1989, 36:823-836.
61. MCGRATH PJ, UNRUH AM. Measurement and assessment of pediatric pain. *Textbook of Pain* 1993, 303-313.
62. MCGRATH PJ, UNRUH AM, FINLEY GA. Pain measurement in children. *IASP Pain 1995: Clinical Updates, Volume III, Issue 2*. Accessed 12/06/04.
63. MELZACK R. The McGill Pain Questionnaire. *Anesthesiology* 2005, 103:199-202.
64. MILLER D. Comparisons of pain ratings from postoperative children, their mothers, and their nurses. *J Pediatr Nurs* 1996, 22:145-149.
65. MORETTI C, VIOLA S, PISTORIO A, MAGNI-MANZONI S, RUPERTO N, MARTINI A, RAVELLI A. Relative responsiveness of condition specific and generic health status measures in juvenile idiopathic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005, 64:257-261.
66. NOLL RB, KOZLOWSKI K, GERHARDT C, VANNATTA K, TAYLOR J, PASSO M. Social, emotional, and behavioral functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000, 43:1387-1396.
67. PETERSON LS, MASON T, NELSON AM, O'FALLON WM, GABRIEL SE. Psychological outcomes and health status of adults who have had

- juvenile rheumatoid arthritis: a controlled, population-based study. *Arthritis Rheum* 1997, 40:2235-2240.
68. PETTY RE, SOYTHWOOD TR, BAUM J, BHETTAY E, GLASS DN, MANNERS P, MALDONADO-COCCO J, SUAREZ-ALMAZOR M, OROZCO-ALCALA J, PRIEUR AM. Revision of proposed classification criteria for Juvenile Idiopathic Arthritis, Durban, 1997. *J Rheumatol* 1998, 25:1991-1994.
 69. PORTER FL, WOLF CM, MILLER JP. The effect of handling and immobilization on the response to acute pain in newborn infants. *Pediatrics* 1998, 102:1383-1389.
 70. PRATSIDOU-GERTSI P, VOUGIOUKA O, TSITSAMI E, RUPERTO N, SIAMOPOULOU-MAVRIDOU A, DRACOU C, DASKAS I, TRACHANA M, ALALEOU V, KANAKOUDI-TSAKALIDOU F. The Greek version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol* 2001, 19:S76-S80.
 71. RAAT H, BONSEL GJ, ESSINK-BOT ML, LANDGRAF JM, GEMKE RBBJ. Reliability and validity of comprehensive health status in children: the Child Health Questionnaire in relation to the Health Utilities Index. *J Clin Epidemiol* 2002, 55:67-76.
 72. ROMSING J, MOELLER-SONNERGAARD J, HERTEL S, RASMUSSEN M. Postoperative pain in children: comparison between ratings of children and nurses. *J Pain Symptom Manage* 1996, 11:42-46.
 73. ROSS CK, LAVIGNE JV, HAYFORD JR, BERRY SL, SINACORE JM, PACHMAN LM. Psychological factors affecting reported pain in juvenile rheumatoid arthritis. *J Pediatr Psychol* 1993, 18:561-573.
 74. ROTH-ISIGKEIT A, THYEN U, STOVEN H, SCHWARZENBERGER J, SCHMUCKER P. Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005, 115:e152-e162.
 75. RUPERTO N, RAVELLI A, PISTORIO A, MALATTIA C, CAVUTO S, GADO-WEST L, TORTORELLI A, LANDGRAF JM, SINGH G, MARTINI A. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child

- Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. Clin Exp Rheumatol 2001, 19:S1-S9.
76. SALLFORS C, HALLBERG M, FASTH A. Gender and age differences in pain, coping and health status among children with chronic arthritis. Clin Exp Rheumatol 2003, 21:785-793.
 77. SALLFORS C, HALLBERG M, FASTH A. Well-being in children with juvenile idiopathic arthritis. Clin Exp Rheumatol 2004, 22:125-130.
 78. SAVEDRA MC, HOLZEMER WL, TESLER MD, WILKIE DJ. Assessment of postoperative pain in children and adolescents using the Adolescent Pediatric Pain Tool. Nurs Res 1993, 42:5-9.
 79. SAWYER MG, CARBONE JA, WHITHAM JN, ROBERTON DM, TAPLIN JE, VARNI JW, BAGHURST PA. The relationship between health-related quality of life, pain, and coping strategies in juvenile arthritis-a one year prospective study. Qual Life Res 2005, 14:1585-1598.
 80. SAWYER MG, WHITHAM JN, ROBERTON DM, TAPLIN JE, VARNI JW, BAGHURST PA. The relationship between health-related quality of life, pain and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology 2004, 43:325-330.
 81. SCHAIBLE HG, GRUBB DB. Afferent and spinal mechanisms of joint pain. Pain 1993, 55:5-45.
 82. SCHANBERG LE, ANTHONY KK, GIL KM, LEFEBVRE JC, KREDICH DW, MACHARONI L. Parental pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. Pediatrics (article on line) 2001, 108. Accessed 21/06/06. (www.pediatrics.org)
 83. SCHANBERG LE, ANTHONY KK, GIL KM, MAURIN EC. Daily pain and symptoms in children with polyarticular arthritis. Arthritis Rheum 2003, 48:1390-1397.
 84. SCHANBERG LE, LEFEBVRE JC, KEEFE FJ, KREDICH DW, GIL KM. Pain coping and the pain experience in children with juvenile chronic arthritis. Pain 1997, 73:181-189.
 85. SCHANBERG LE, SANDSTROM MJ. Causes of pain in children with arthritis. Rheum Dis Clin North Am 1999, 25:31-53.

86. SCHANBERG LE, SANDSTROM MJ, STARR K, GIL KM, LEFEBVRE JC, KEEFE FJ, AFFLECK G, TENNEN H. The relationship of daily mood and stressful events to symptoms in juvenile rheumatic disease. *Arthritis Care Res* 2000, 13:33-41.
87. SELVAAG AM, FLATO B, LIEN G, SORSKAAR D, VINJE O, FORRE O. Measuring health status in early juvenile idiopathic arthritis: determinants and responsiveness of the Child Health Questionnaire. *J Rheumatol* 2003, 30:1602-1610.
88. SHAPIRO BS. Treatment of chronic pain in children and adolescents. *Pediatr Ann* 1995, 24:148-156.
89. SIDDALL PJ, COUSINS MJ. Pain mechanisms and management: an update. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1995, 22:679-688.
90. SIMONS JM, MACDONALD LM. Pain assessment tools: children's nurses' views. *J Child Health Care* 2004, 8: 264-276.
91. SINGH G, ATHREYA B, FRIES JF, GOLDSMITH DP. Measurement of health status in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994, 37:1761-1769.
92. STEVENS B, JOHNSTON CC, FRANK LS, PETRYSHEN P, JACK A, FOSTER G. The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates. *Nurs Res* 1999, 48:35-43.
93. STEVENS B, JOHNSTON CC, HORTON L. Factors that influence the behavioral response of premature infants. *Pain* 1994, 59:101-109.
94. STEVENS B, JOHNSTON CC, PETRYSHEN P, TADDIO A. Premature Infant Pain Profile: Developmental and initial validation. *Clin J Pain* 1996, 12:13-22.
95. STRAND CV, RUSELL AS. WHO/ILAR task-force on quality of life. *J Rheumatol* 1997, 24:1630-1633.
96. TADDIO A, KATZ J, ILERSICH AL, KOREN G. Effect of neonatal circumcision on pain responses during subsequent routine vaccination. *Lancet* 1997, 349:599-603.
97. TESLER MD, SAVEDRA MC, HOLZEMER WL, WILKIE DJ, WARD JA, PAUL SM. The word-graphic rating scale as a measure of children's and adolescent's pain intensity. *Res Nurs Health* 1991, 14:361-371.

98. TROUSSIER B, DAVOINE P, GAUDEMARIS R, FAUCONNIER J, PHELIP X. Back pain in school children: a study among 1178 pupils. *Scand J Rehab Med* 1994, 26:143-146.
99. TRUCKENBRODT H. Pain in juvenile chronic arthritis: consequences for the musculo-system. *Clin Exp Rheumatol* 1993, 11:S59-S63.
100. URBAN MO, GEBHART GF. Central mechanisms of pain. *Med Clin North Am* 1999, 83:585-596.
101. VAN CLEVE LJ, SAVEDRA MC. Pain location: Validity and reliability of body outline markings by 4 to 7 year old children who are hospitalized. *J Pediatr Nurs* 19:217-220.
102. VAN DIJK M, BOER JB, KOOT HM, TIBBOEL D, PASSCHIER J, DUIVENVOORDEN HJ. The reliability and validity of the COMFORT scale as a postoperative pain instrument in 0 to 3-year-old infant. *Pain* 2000, 84:367-377.
103. VANDVICK IH, ECKBLAD G. Relationship between pain, disease severity and psychosocial function in patients with juvenile chronic arthritis. *Scand J Rheumatol* 1990, 19:295-302.
104. VARNI JW, THOMPSON KL, HANSON V. The Varni-Thompson Pediatric Pain Questionnaire. I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain* 1987, 28:27-38.
105. VILLARRUEL AM, DENYES MJ. Pain assessment in children: Theoretical and empirical validity. *Adv Nurs Science* 1991, 14:32-41.
106. WALLACE M. Temperament: A variable in children's pain management. *J Pediatr Nurs* 1989, 15:118-121.
107. WALLANDER JL, VARNI JW. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *J Child Psychol Psych* 1998, 39:29-46.
108. WEISSMAN SJ, BERNSTEIN B, SCHECHTER NL. Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Dis Pediatr Adoles Med* 1998, 152:147-149.
109. WATERS E, DOYLE J, WOLFE R, WRIGHT M, WAKE M, SALMON L. Influence of parental gender and self-reported health and illness on parent-reported child health. *Pediatrics* 2000, 106:1422-1428.

110. WONG D. CRIES: Neonatal Postoperative Pain Scale. Wong on Web, Elsevier 2005. Accessed 24/05/05.
111. WRIGHT FV, LAW M, CROMBIE V, GOLD-SMITH CH, DENT P. Development of a self-report functional status index for juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1994, 21:536-544.
112. ZELTZER LK, BARR RG, MCGRATH PA, SCHECHETER NL. Pediatric pain: Behavioral and physical factors. *Pediatrics* 1992, 90:816-821.
113. ZELTZER LK, BURSCH B, WALCO GA. Pain responsiveness and chronic pain: a psychological perspective. *J Dev Behav Pediatr* 1998, 18:413-422.
114. ZONNEVELD LNL, MCGRATH PJ, REID GJ, SORBI JS. Accuracy of children's pain memories. *Pain* 1997, 71:297-302.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και κατάσταση υγείας των γονέων στα υγιή παιδιά

Αναφορά μητέρας	%
Οικογενειακή κατάσταση	
Παντρεμένη	92.82
Διαζευγμένη/ σε διάσταση	6.08
Χήρα	1.10
Μορφωτικό επίπεδο	
Δημοτικό/ γυμνάσιο	17.13
Λύκειο	37.57
Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα	17.13
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση	22.65
Άλλες μεταπτυχιακές σπουδές	5.52
Απασχόληση μητέρας	
Δημόσιος τομέας	27.62
Ιδιωτικός τομέας	21.55
Αυτοαπασχολούμενη	14.92
Άνεργη/ ψάχνει για δουλειά	16.02
Συνταξιούχος	0.55
Οικιακά	16.02
Άλλο	3.31
Απασχόληση πατέρα	
Δημόσιος τομέας	27.53
Ιδιωτικός τομέας	33.15
Αυτοαπασχολούμενος	32.58
Άνεργος/ ψάχνει για δουλειά	2.81
Συνταξιούχος	0.56
Άλλο	3.37
Κάπνισμα	
Ναι	37.2
Όχι	62.98
Σωματική υγεία	
Τουλάχιστον καλή	93.92
Μέτρια/ κακή	6.08
Ψυχολογική υγεία	
Τουλάχιστον καλή	90.06
Μέτρια/ κακή	9.94

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των 15 κλιμάκων του ερωτηματολογίου υγείας του παιδιού CHQ

	Παιδιά με ΝΙΑ n=8		Υγιή παιδιά n=185	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Γενική υγεία (ΓΥ)	53.1	31.2	87.3	16.5
Σωματική λειτουργικότητα (ΣΛ)	66.7	32.8	96.3	14.0
Ρόλος/ κοινωνικός, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων συμπεριφοράς (ΡΣΣ)	83.3	27.8	96.8	9.6
Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας (ΡΣ)	72.9	37.7	96.4	12.7
Σωματικός πόνος/ ενοχλήματα (ΣΠ)	62.5	34.5	89.1	14.9
Συμπεριφορά (ΣΜ)	87.5	15.1	87.4	9.3
Γενική συμπεριφορά (ΓΣΜ)	78.1	16.0	80.9	18.2
Ευεξία (ΕΞ)	78.7	17.7	83.3	13.7
Αυτοεκτίμηση (ΑΕ)	86.4	12.5	90.6	11.9
Γενική αντίληψη υγείας (ΓΑΥ)	46.9	24.6	73.8	15.7
Αλλαγή υγείας (ΑΥ)	46.9	41.0	71.2	23.9
Συναισθηματική επίπτωση γονέα (ΣΓ)	56.2	32.6	80.2	23.7
Περιορισμός χρόνου του γονέα (ΧΓ)	70.8	36.6	91.7	15.4
Οικογενειακές δραστηριότητες (ΟΔ)	86.4	19.4	91.6	10.1
Οικογενειακή συνοχή (ΟΣ)	78.1	16.0	76.1	19.4

Πίνακας 3. Παλινδρόμηση της διάστασης «Γενικής υγείας» (ΓΥ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.0310	0.930
Ηλικία πατέρα	.0251	0.945
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-.8844	0.896
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	-2.1274	0.615
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	-3.6310	0.471
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	-.4556	0.921
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-.6615	0.872
Αυτοαπασχολούμενη	4.8521	0.296
Άνεργη	-.1811	0.971
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	-1.1239	0.797
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-7.0063	0.056
Αυτοαπασχολούμενος	-5.7181	0.123
Άνεργος/ Άλλο	-4.0270	0.577
Κάπνισμα	2.4586	0.415
Σωματική υγεία	-9.4107	0.135
Ψυχολογική υγεία	-9.8871	0.048

Πίνακας 4. Παλινδρόμηση της διάστασης «Σωματικής λειτουργίας» (ΣΛ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.1185	0.656
Ηλικία πατέρα	.1834	0.501
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	.9358	0.854
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	2.1907	0.489
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	5.9132	0.121
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	5.8712	0.092
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	1.2135	0.703
Αυτοαπασχολούμενη	6.0299	0.085
Άνεργη	4.5670	0.227
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	4.2314	0.198
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-3.6352	0.190
Αυτοαπασχολούμενος	-1.4580	0.599
Άνεργος/ Άλλο	-14.1737	0.009
Κάπνισμα	3.2048	0.163
Σωματική υγεία	4.2885	0.362
Ψυχολογική υγεία	-9.0321	0.019

Πίνακας 5. Παλινδρόμηση της διάστασης «Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων συμπεριφοράς» (ΡΣΣ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.2504	0.204
Ηλικία πατέρα	.1880	0.347
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-7.7269	0.040
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	3.3729	0.157
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	1.5845	0.574
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	3.3443	0.202
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	1.1159	0.627
Αυτοαπασχολούμενη	3.4124	0.181
Άνεργη	-.6730	0.810
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	3.6787	0.130
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-4.7771	0.019
Αυτοαπασχολούμενος	-1.9840	0.330
Άνεργος/ Άλλο	-4.2309	0.379
Κάπνισμα	-1.3389	0.430
Σωματική υγεία	1.4917	0.664
Ψυχολογική υγεία	3.7205	0.186

Πίνακας 6. Παλινδρόμηση της διάστασης «Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας» (ΡΣ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.3613	0.125
Ηλικία πατέρα	.3772	0.117
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	2.0471	0.647
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	3.5685	0.203
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	6.0911	0.068
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	8.8968	0.004
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	5.7252	0.038
Αυτοαπασχολούμενη	6.2418	0.042
Άνεργη	4.6775	0.158
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	3.0990	0.282
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-1.2768	0.596
Αυτοαπασχολούμενος	-4.2889	0.080
Άνεργος/ Άλλο	-16.7634	0.001
Κάπνισμα	3.4408	0.089
Σωματική υγεία	.4220	0.919
Ψυχολογική υγεία	-4.7673	0.158

Πίνακας 7. Παλινδρόμηση της διάστασης «Σωματικός πόνος/ενοχλήματα» (ΣΠ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	.3696	0.238
Ηλικία πατέρα	.5568	0.083
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	6.7911	0.259
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	.6946	0.853
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	5.9821	0.180
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	4.6983	0.250
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	9.6713	0.008
Αυτοαπασχολούμενη	7.6587	0.063
Άνεργη	7.0012	0.113
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	2.4543	0.525
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-5.9696	0.065
Αυτοαπασχολούμενος	-9.3648	0.005
Άνεργος/ Άλλο	-.3028	0.962
Κάπνισμα	-3.2038	0.231
Σωματική υγεία	-7.6660	0.169
Ψυχολογική υγεία	-4.2997	0.327

Πίνακας 8. Παλινδρόμηση της διάστασης «Συμπεριφορά» (ΣΜ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.1927	0.343
Ηλικία πατέρα	.4752	0.019
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-2.0299	0.588
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	.1948	0.934
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	.5790	0.835
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	1.3986	0.588
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	1.8068	0.425
Αυτοαπασχολούμενη	5.7785	0.025
Άνεργη	4.1345	0.148
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	4.8347	0.052
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-3.4855	0.091
Αυτοαπασχολούμενος	-2.0064	0.330
Άνεργος/ Άλλο	-3.3539	0.517
Κάπνισμα	-3.8080	0.029
Σωματική υγεία	-9.7037	0.009
Ψυχολογική υγεία	.1556	0.957

**Πίνακας 9. Παλινδρόμηση της διάστασης «Γενική συμπεριφορά» (ΓΣΜ)
του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές**

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.4520	0.244
Ηλικία πατέρα	.5870	0.139
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-5.5119	0.459
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	.9583	0.836
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	2.6646	0.629
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	3.9010	0.440
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	1.9767	0.660
Αυτοαπασχολούμενη	6.1871	0.224
Άνεργη	-4.8736	0.371
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	1.6748	0.726
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-8.1795	0.042
Αυτοαπασχολούμενος	-4.5454	0.262
Άνεργος/ Άλλο	-6.1382	0.438
Κάπνισμα	-4.9845	0.133
Σωματική υγεία	5.7045	0.407
Ψυχολογική υγεία	-7.2548	0.183

**Πίνακας 10. Παλινδρόμηση της διάστασης «Ευεξία» (ΕΞ)
του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές**

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.2981	0.313
Ηλικία πατέρα	.3907	0.193
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	2.6303	0.636
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	1.5079	0.675
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	4.0676	0.342
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	2.6698	0.491
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	1.1587	0.739
Αυτοαπασχολούμενη	8.9291	0.022
Άνεργη	6.4035	0.127
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	5.2539	0.144
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-.8888	0.769
Αυτοαπασχολούμενος	1.6800	0.583
Άνεργος/ Άλλο	3.4760	0.604
Κάπνισμα	-2.8556	0.262
Σωματική υγεία	-14.3208	0.006
Ψυχολογική υγεία	.6823	0.871

**Πίνακας 11. Παλινδρόμηση της διάστασης «Αυτοεκτίμηση» (ΑΕ)
του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές**

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.1962	0.439
Ηλικία πατέρα	.2037	0.429
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-2.3705	0.621
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	-.4217	0.888
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	-5.2366	0.141
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	.0637	0.985
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-.6098	0.834
Αυτοαπασχολούμενη	8.2500	0.012
Άνεργη	2.7688	0.437
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	8.5882	0.006
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-1.9125	0.456
Αυτοαπασχολούμενος	-1.5798	0.544
Άνεργος/ Άλλο	-3.8317	0.506
Κάπνισμα	-4.1718	0.055
Σωματική υγεία	-7.1906	0.106
Ψυχολογική υγεία	1.2351	0.732

Πίνακας 12. Παλινδρόμηση της διάστασης «Γενική αντίληψη υγείας» (ΓΑΥ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.0754	0.822
Ηλικία πατέρα	.2677	0.427
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-14.7966	0.020
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	8.9823	0.024
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	6.7785	0.147
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	7.6718	0.077
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	1.6266	0.670
Αυτοαπασχολούμενη	1.7657	0.688
Άνεργη	2.3976	0.609
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	-.3550	0.930
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-3.8424	0.258
Αυτοαπασχολούμενος	-2.6748	0.442
Άνεργος/ Άλλο	-6.5999	0.384
Κάπνισμα	-4.4723	0.117
Σωματική υγεία	-13.2488	0.024
Ψυχολογική υγεία	1.1051	0.816

**Πίνακας 13. Παλινδρόμηση της διάστασης «Αλλαγή υγείας» (AY)
του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές**

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-1.1239	0.018
Ηλικία πατέρα	.2799	0.559
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-.8193	0.928
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	-10.8897	0.054
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	-1.2797	0.848
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	-20.2185	0.001
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	3.8967	0.475
Αυτοαπασχολούμενη	-1.4687	0.811
Άνεργη	-2.6829	0.684
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	-11.2871	0.053
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-7.7980	0.108
Αυτοαπασχολούμενος	8.3739	0.089
Άνεργος/ Άλλο	7.5566	0.430
Κάπνισμα	-13.0290	0.001
Σωματική υγεία	-.7240	0.931
Ψυχολογική υγεία	-4.9035	0.456

Πίνακας 14. Παλινδρόμηση της διάστασης «Συναισθηματική επίπτωση γονέα» (ΣΓ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	.2479	0.624
Ηλικία πατέρα	.9087	0.080
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	5.5341	0.562
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	-1.5673	0.792
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	-6.7984	0.338
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	5.8079	0.375
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-.4102	0.943
Αυτοαπασχολούμενη	11.7498	0.072
Άνεργη	15.7979	0.027
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	9.7419	0.114
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-3.3166	0.521
Αυτοαπασχολούμενος	-9.9456	0.057
Άνεργος/ Άλλο	-10.8139	0.288
Κάπνισμα	-1.2404	0.773
Σωματική υγεία	-7.5936	0.410
Ψυχολογική υγεία	-.9574	0.896

Πίνακας 15. Παλινδρόμηση της διάστασης «Περιορισμός χρόνου του γονέα» (ΧΓ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.3744	0.227
Ηλικία πατέρα	.4526	0.153
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	-3.5685	0.545
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	6.4519	0.081
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	5.1801	0.242
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	10.6528	0.009
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	3.6486	0.309
Αυτοαπασχολούμενη	3.2037	0.433
Άνεργη	6.5459	0.134
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	7.2885	0.056
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-3.2189	0.311
Αυτοαπασχολούμενος	-1.3578	0.672
Άνεργος/ Άλλο	-6.5407	0.297
Κάπνισμα	.6249	0.814
Σωματική υγεία	-4.8204	0.378
Ψυχολογική υγεία	-4.8534	0.274

Πίνακας 16. Παλινδρόμηση της διάστασης «Οικογενειακές δραστηριότητες» (ΟΔ) του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-.4189	0.031
Ηλικία πατέρα	.8043	0.000
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	3.9064	0.289
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	-1.3369	0.561
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	-2.7608	0.312
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	.2605	0.917
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	4.3173	0.056
Αυτοαπασχολούμενη	6.1718	0.015
Άνεργη	7.0284	0.011
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	9.0358	0.000
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-7.2531	0.000
Αυτοαπασχολούμενος	-3.6686	0.069
Άνεργος/ Άλλο	-7.1769	0.067
Κάπνισμα	-4.1177	0.014
Σωματική υγεία	-6.8683	0.045
Ψυχολογική υγεία	.0646	0.981

**Πίνακας 17. Παλινδρόμηση της διάστασης «Οικογενειακή συνοχή» (ΟΣ)
του CHQ με ανεξάρτητες μεταβλητές**

	Συντελεστής beta	Τιμή P
Ηλικία μητέρας	-1.0180	0.007
Ηλικία πατέρα	.1524	0.690
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένη	Κατηγορία αναφοράς	
Διαζευγμένη/ Σε διάσταση/ Χήρα/ Άλλο	5.4854	0.445
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό/ Γυμνάσιο	Κατηγορία αναφοράς	
Λύκειο	-11.7313	0.009
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	-14.0659	0.009
Πανεπιστημιακή εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακές σπουδές	-9.1550	0.062
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	6.8083	0.116
Αυτοαπασχολούμενη	5.8817	0.228
Άνεργη	7.4890	0.158
Συνταξιούχος/ Οικιακά/ Άλλο	8.6221	0.063
Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος τομέας	Κατηγορία αναφοράς	
Ιδιωτικός τομέας	-1.9299	0.614
Αυτοαπασχολούμενος	-4.4505	0.253
Άνεργος/ Άλλο	-7.9670	0.356
Κάπνισμα	-6.9493	0.030
Σωματική υγεία	5.6454	0.393
Ψυχολογική υγεία	-11.0653	0.036

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Αύξων Αριθμός Ερωτηματολογίου

100

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Οδηγίες: Οι ερωτήσεις αυτές πρέπει να συμπληρωθούν από τη μητέρα και αφορούν την ίδια. Αν έχετε ήδη συμπληρώσει το έντυπο αυτό για άλλο (ή άλλα) παιδιά παρακαλούμε να σημειώσετε τον αύξοντα αριθμό που υπήρχε στο κουτί πάνω δεξιά στο πρώτο έντυπο που συμπληρώσατε και να προχωρήσετε στο επόμενο τμήμα (κίτρινο φύλλο) που αφορά την υγεία του παιδιού σας.

Ο Αύξων Αριθμός του εντύπου που συμπλήρωσα για το πρώτο παιδί ήταν:

(Σημείωση: Ο αύξων αριθμός κάθε ερωτηματολογίου είναι τυχαίος και δεν μπορεί να γίνει ταυτοποίηση του γονιού από αυτόν, είναι δηλαδή απόλυτα ανώνυμος!)

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις μόνο εάν είναι η πρώτη φορά που συμπληρώνετε αυτό το έντυπο

EP1. Πόσα αγόρια έχετε σε αυτό το σχολείο

EP2. Πόσα κορίτσια έχετε σε αυτό το σχολείο

EP3. Πόσα παιδιά έχετε συνολικά

(συμπεριλάβετε όλα τα παιδιά ανεξαρτήτως σχολείου)

EP4. Γεννήθηκαν το έτος

EP5. Η ηλικία του πατέρα του παιδιού: (μην συμπληρώνετε εάν ο πατέρας έχει πεθάνει)

EP6. Η οικογενειακή σας κατάσταση:

(σημειώστε ένα κουτί)

- Είμαι παντρεμένη ☐₁
Είμαι διαζευγμένη / σε διάσταση ☐₂
Είμαι χήρα ☐₃
Άλλο ☐₄

EP7. Το μορφωτικό σας επίπεδο:

(σημειώστε ένα κουτί)

- Είμαι απόφοιτη δημοτικού / γυμνασίου ☐₁
Είμαι απόφοιτη λυκείου ☐₂
Είμαι απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού
Ιδρύματος ☐₃
Είμαι απόφοιτη Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης ☐₄
Είμαι απόφοιτη άλλων μεταπτυχιακών σπουδών ☐₅

EP8. Απασχόληση της μητέρας (σημειώστε ένα κουτί) Είμαι μισθωτή στο δημόσιο τομέα ☐₁ Είμαι μισθωτή στον ιδιωτικό τομέα ☐₂ Είμαι αυτοαπασχολούμενη ☐₃ Είμαι άνεργη – δεν δουλεύω αλλά ψάχνω για δουλειά ☐₄ Είμαι συνταξιούχος ☐₅ Οικοκυρικά ☐₆ Άλλο ☐₇	EP9. Απασχόληση του πατέρα (σημειώστε ένα κουτί) Είναι μισθωτός στο δημόσιο τομέα ☐₁ Είναι μισθωτός στον ιδιωτικό τομέα ☐₂ Είναι αυτοαπασχολούμενος ☐₃ Είναι άνεργος – δεν δουλεύει αλλά ψάχνει για δουλειά ☐₄ Είναι συνταξιούχος ☐₅ Οικοκυρικά ☐₆ Άλλο ☐₇
EP10. Καπνίζετε;	(σημειώστε ένα κουτί) Ναι ☐₁ Όχι ☐₂
EP11. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας το τελευταίο διάστημα είναι:	(σημειώστε ένα κουτί) Άριστη ☐₁ Πολύ καλή ☐₂ Καλή ☐₃ Μέτρια ☐₄ Κακή ☐₅
EP12. Πως νιώθετε ψυχολογικά το τελευταίο διάστημα;	(σημειώστε ένα κουτί) Εξαιρετικά ☐₁ Πολύ καλά ☐₂ Καλά ☐₃ Μέτρια ☐₄ Κακά ☐₅

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ

EP1. Το έντυπο αυτό το συμπληρώνω για το παιδί μου που είναι:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i> Αγόρι ☐₁ Κορίτσι ☐₂
EP2. Παρακολουθεί την τάξη του δημοτικού:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i> A' ☐₁ B' ☐₂ Γ' ☐₃ Δ' ☐₄ Ε' ☐₅ ΣΤ' ☐₆

Η υγεία του παιδιού σας συνολικά

EP3. Γενικά, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία του παιδιού σας:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i> Άριστη ☐₁ Πολύ καλή ☐₂ Καλή ☐₃ Μέτρια ☐₄ Κακή ☐₅
--	--

Οι σωματικές δραστηριότητες του παιδιού σας

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις σωματικές δραστηριότητες που μπορεί να κάνει το παιδί σας στη διάρκεια μιας ημέρας.

EP4. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων είχε περιοριστεί κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες του παιδιού σας λόγω προβλημάτων υγείας;

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Όχι, δεν περιορίστηκε	Ναι, περιορίστηκε λιγάκι	Ναι, περιορίστηκε αρκετά	Ναι, περιορίστηκε πολύ
A. Να κάνει πράγματα που απαιτούν πολύ ενέργεια, όπως να παίζει ποδόσφαιρο ή να τρέχει;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
B. Να κάνει πράγματα που απαιτούν σχετική ενέργεια, όπως να κάνει ποδήλατο ή πατίνια;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Γ. Είχε ικανότητα (σωματική) να κάνει μια βόλτα στη γειτονιά, στο χώρο που παίζει ή στο σχολείο;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

	Όχι, δεν περιορίστηκε	Ναι, περιορίστηκε λιγάκι	Ναι, περιορίστηκε αρκετά	Ναι, περιορίστηκε πολύ
Δ. Μπορούσε να περπατά ένα οικοδομικό τετράγωνο ή να ανέβει ένα πάτωμα σκάλες;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Ε. Μπορούσε να σκύβει, να σηκώνεται όρθιο, να υποκλίνεται;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Στ. Μπορούσε να φροντίζει τον εαυτό του /της, δηλαδή να τρώει, να ντύνεται, να κάνει μπάνιο ή να πηγαίνει στην τουαλέτα μόνο του /της;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

Οι καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού σας

ΕΡ5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, περιορίστηκαν οι δραστηριότητες που κάνει το παιδί σας στο σχολείο ή οι δραστηριότητές του με τους φίλους του /της με κάποιον από τους παρακάτω τρόπους λόγω ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ δυσκολιών ή προβλημάτων της ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ του;

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Όχι, δεν περιορίστηκε	Ναι, περιορίστηκε λιγάκι	Ναι, περιορίστηκε αρκετά	Ναι, περιορίστηκε πολύ
Α. Το είδος ή το περιεχόμενο των δραστηριοτήτων που κάνει στο σχολείο ή των δραστηριοτήτων που κάνει με τους φίλους του /της;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Β. Ο χρόνος που αφιερώνει στις δραστηριότητες που κάνει στο σχολείο ή στις δραστηριότητες που κάνει με τους φίλους του /της;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Γ. Η απόδοσή του στις δραστηριότητες που κάνει στο σχολείο ή στις δραστηριότητες που κάνει με τους φίλους του /της (μήπως χρειάστηκε επιπλέον προσπάθεια για την ίδια απόδοση);	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

ΕΡ6. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, περιορίστηκαν οι δραστηριότητες που κάνει το παιδί σας στο σχολείο ή οι δραστηριότητές του με τους φίλους του /της με κάποιον από τους παρακάτω τρόπους λόγω προβλημάτων της ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ του;

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Όχι, δεν περιορίστηκε	Ναι, περιορίστηκε λιγάκι	Ναι, περιορίστηκε αρκετά	Ναι, περιορίστηκε πολύ
Α. Το είδος ή το περιεχόμενο των δραστηριοτήτων που κάνει στο σχολείο ή των δραστηριοτήτων που κάνει με τους φίλους του /της;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Β. Ο χρόνος που αφιερώνει στις δραστηριότητες που κάνει στο σχολείο ή στις δραστηριότητες που κάνει με τους φίλους του /της;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

Πόνος

EP7. Κατά τη διάρκεια των <u>τελευταίων 4 εβδομάδων</u>, πόσο σωματικό πόνο ή πόσα σωματικά ενοχλήματα ένιωσε το παιδί σας;	(σημειώστε ένα κουτί) Καθόλου ☐₁ Πολύ ήπιο /α ☐₂ Ήπιο /α ☐₃ Μέτριο /α ☐₄ Δυνατό /ά ☐₅ Πολύ δυνατό /ά ☐₆
EP8. Κατά τη διάρκεια των <u>τελευταίων 4 εβδομάδων</u>, πόσο συχνά είχε το παιδί σας σωματικό πόνο ή ενοχλήματα;	(σημειώστε ένα κουτί) Ποτέ ☐₁ Μια ή δυο φορές ☐₂ Μερικές φορές ☐₃ Αρκετά συχνά ☐₄ Πολύ συχνά ☐₅ Κάθε/σχεδόν κάθε μέρα ☐₆

Συμπεριφορά

Παρακάτω είναι μια λίστα πραγμάτων που περιγράφει τη συμπεριφορά του παιδιού ή τα προβλήματα που μερικές φορές έχει:

EP9. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων καθένα ή όλα από τα παρακάτω γεγονότα χαρακτηρίζει το παιδί σας;

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Ποτέ	Λίγες φορές	Αρκετές φορές	Πολύ συχνά	Πάρα πολύ συχνά
A. Μάλωνε πολύ;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
B. Είχε δυσκολία να συγκεντρωθεί ή ήταν αφηρημένος /η;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Γ. Είπε ψέματα ή έκλεψε σε διαγωνισμό;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Δ. Έκλεψε πράγματα μέσα ή έξω από το σπίτι;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Ε. Είχε ξεσπάσματα νεύρων ή ήταν σε ένταση;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

EP10. Συγκρίνοντας το παιδί σας με άλλα συνομήλικά του, θα λέγατε γενικά ότι η συμπεριφορά του /της είναι:	(σημειώστε ένα κουτί) Άριστη ☐₁ Πολύ καλή ☐₂ Καλή ☐₃ Μέτρια ☐₄ Κακή ☐₅
--	--

Ευεξία

Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη διάθεση του παιδιού σας.

EP11. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσο καιρό το παιδί σας:

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετές φορές	Πολλές φορές	Σχεδόν πάντα
A. Του ερχόταν να κλάψει;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
B. Αισθανόταν μοναξιά;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Γ. Ήταν εκνευρισμένο;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Δ. Έδειχνε ενοχλημένο ή αναστατωμένο;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Ε. Έδειχνε χαρούμενο;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Αυτοεκτίμηση

Τα παρακάτω ρωτούν για την ευχαρίστηση του παιδιού σας από τον εαυτό του, το σχολείο και τους άλλους. Θα σας βοηθούσε αν θυμάστε πως αισθάνονταν γι' αυτά τα θέματα συνομήλικά του παιδιά.

EP12. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσο ευχαριστημένο νομίζετε ότι αισθάνθηκε το παιδί σας για:

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Πολύ ευχαριστημένο	Κάπως ευχαριστημένο	Ούτε ευχαριστημένο ούτε δυσαρεστημένο	Κάπως δυσαρεστημένο	Πολύ δυσαρεστημένο
A. Την απόδοσή του στο σχολείο;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
B. Την απόδοσή του στις αθλητικές δραστηριότητες;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Γ. Τις σχέσεις του /της με τους φίλους του /της;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Δ. Την εξωτερική του /της εμφάνιση;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Ε. Τις οικογενειακές του /της σχέσεις;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Στ. Τη ζωή του /της γενικά;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Η υγεία του παιδιού σας

Τα παρακάτω στοιχεία είναι γενικά για την υγεία.

EP13. Πόσο αληθινά ή λανθασμένα είναι για το παιδί σας τα παρακάτω στοιχεία:

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Σίγουρα αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Ούτε αλήθεια ούτε λάθος	Μάλλον λάθος	Σίγουρα λάθος
A. Το παιδί μου μοιάζει να είναι λιγότερο υγιές από τα άλλα παιδιά που ξέρω.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
B. Το παιδί μου δεν αρρώστησε σοβαρά ποτέ.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

	Σίγουρα αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Ούτε αλήθεια ούτε λάθος	Μάλλον λάθος	Σίγουρα λάθος
Γ. Όταν κυκλοφορούν αρρώστιες το παιδί μου συνήθως τις κολλάει.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Δ. Πιστεύω ότι το παιδί μου θα έχει μελλοντικά πολύ καλή υγεία.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Ε. Ανησυχώ για την υγεία του παιδιού μου περισσότερο από ότι οι άλλοι άνθρωποι για την υγεία των παιδιών τους.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
EP14. Σε σύγκριση με 1 χρόνο πριν, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία του παιδιού σας τώρα;	(σημειώστε ένα κουτί)				
Πολύ καλύτερη τώρα από 1 χρόνο πριν					☐ ₁
Κάπως καλύτερη τώρα από 1 χρόνο πριν					☐ ₂
Περίπου το ίδιο τώρα από 1 χρόνο πριν					☐ ₃
Κάπως χειρότερη τώρα από 1 χρόνο πριν					☐ ₄
Πολύ χειρότερη τώρα από 1 χρόνο πριν					☐ ₅

Εσείς και η οικογένειά σας

EP15. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόση έννοια ή ανησυχία ΣΑΣ προκάλεσε καθένα από τα παρακάτω:

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
A. Η σωματική υγεία του παιδιού σας;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
B. Η συναισθηματική κατάσταση και η συμπεριφορά του παιδιού σας;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Γ. Η ικανότητα συγκέντρωσης ή οι μαθησιακές δυνατότητες του παιδιού σας;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

EP16. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΗΚΕ ο χρόνος που είχατε στη διάθεσή σας για τις προσωπικές σας ανάγκες εξαιτίας:

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Όχι, δεν περιορίστηκε	Ναι, περιορίστηκε λιγάκι	Ναι, περιορίστηκε αρκετά	Ναι, περιορίστηκε πολύ
A. Της σωματικής υγείας του παιδιού σας;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
B. Της συναισθηματικής κατάστασης ή της συμπεριφοράς του παιδιού σας;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄
Γ. Της ικανότητας συγκέντρωσης ή των μαθησιακών δυνατοτήτων του παιδιού σας;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄

EP17. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσο συχνά η υγεία ή η συμπεριφορά του παιδιού σας:

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Ποτέ	Λίγες φορές	Αρκετές φορές	Πολύ συχνά	Πάρα πολύ συχνά
A. Περιορίσε το είδος των δραστηριοτήτων που μπορούσατε να κάνετε σαν οικογένεια;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
B. Διέκοψε διάφορες καθημερινές οικογενειακές δραστηριότητες (όπως γεύματα, παρακολούθηση τηλεόρασης);	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Γ. Περιορίσε την ικανότητα της οικογένειας να πάρει μια απόφαση της στιγμής και να ενεργήσει αυθόρμητα;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Δ. Ήταν η αιτία έντασης ή διαμάχης στο σπίτι;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Ε. Αποτέλεσε πηγή διαφωνίας ή λογομαχίας στην οικογένεια;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
Στ. Προκάλεσε την αναβολή ή την αλλαγή σχεδίων (προσωπικών ή επαγγελματικών) την τελευταία στιγμή;	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

EP18. Μερικές φορές όλες οι οικογένειες έχουν δυσκολίες στο να τα πηγαίνουν καλά μεταξύ τους. Δεν συμφωνούν πάντα και μερικές φορές θυμώνουν. Γενικά πως θα βαθμολογούσατε την ικανότητα της οικογένειάς σας να τα πηγαίνετε καλά μεταξύ σας;

(σημειώστε ένα κουτί)

Άριστη	☐ ₁
Πολύ καλή	☐ ₂
Καλή	☐ ₃
Μέτρια	☐ ₄
Κακή	☐ ₅