



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

Η χρόνια κόπωση σε εφήβους έλληνες μαθητές και η συσχέτισή της με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και τη ψυχιατρική νοσηρότητα

Σπουδαστής:

Προκόπη Ακριβούλα, Ψυχολόγος (Α.Μ. 84)

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, 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τα δεδομένα της παρούσας διπλωματικής εργασίας αντλήθηκαν από το ερευνητικό έργο «Σχολική μελέτη της Ηπείρου», το οποίο συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση- Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) & Εθνικούς Πόρους, στα πλαίσια του προγράμματος με τίτλο «ΠΥΘΑΓΟΡΑΣ ΙΙ», το οποίο εντάσσεται στο ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ του 3ου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης του ΥΠ.Ε.Π.Θ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 5 |
| 1.1. Θεωρητικές έννοιες της κόπωσης..... | 6 |
| 1.1.1. Η έννοια της κόπωσης, της χρόνιας κόπωσης και υπο-ουδικό ΣΧΚ (CFS-like illness)..... | 6 |
| 1.1.2. Ορισμός Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης (ΣΧΚ)..... | 8 |
| 1.2. Ιστορική αναδρομή του ορισμού, της φυσικής πορείας και της αιτιολογίας των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης..... | 12 |
| 1.3. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αιτιολογία του ΣΧΚ..... | 14 |
| 1.3.1. Βιολογικοί παράγοντες..... | 15 |
| 1.3.2. Ψυχικοί παράγοντες..... | 16 |
| 1.3.3. Κοινωνικοί παράγοντες..... | 18 |
| 1.4. Επιδημιολογία των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης: ο επιπολασμός και οι συσχετίσεις της..... | 19 |
| 1.4.1. Επιπολασμός των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης..... | 19 |
| 1.4.2. Κοινωνικοδημογραφικές και ψυχοκοινωνικές συσχετίσεις των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης..... | 20 |
| Α. Φύλο και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 20 |
| Β. Ηλικία και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 22 |
| Γ. Κοινωνικοοικονομική τάξη και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 22 |
| 1.4.3. Ψυχιατρική νοσηρότητα και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 22 |
| Α. Κατάθλιψη και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 23 |
| Β. Αγχώδεις διαταραχές και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 25 |
| 1.4.4. Συμπτώματα και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης..... | 25 |
| 1.5. Ο αντίκτυπος των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους..... | 27 |
| 2. ΣΚΟΠΟΣ- ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ..... | 29 |
| 2.1. 2.1 Σκοπός-στόχοι..... | 29 |
| 2.2 Ερευνητικές υποθέσεις..... | 29 |
| 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 30 |
| 3.1. Σχέδιο της μελέτης και δείγμα..... | 30 |
| 3.1.1. Η σχολική μελέτη της Ηπείρου: Ερευνητική Διαδικασία..... | 31 |
| 3.2. Ψυχομετρικά εργαλεία πρώτης φάσης..... | 32 |
| 3.2.1. Ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (CIS-R Screener)..... | 32 |
| 3.2.2. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ)..... | 33 |
| 3.2.3. Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές..... | 34 |
| 3.2.4. Άλλες μεταβλητές..... | 35 |
| 3.3. Ψυχομετρικά εργαλεία δεύτερης φάσης..... | 36 |
| 3.3.1. Ψυχιατρική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule–Revised (CIS-R)»..... | 36 |
| 3.3.2 Κλίμακα κόπωσης / ατονίας..... | 37 |
| 3.4. Στατιστική Ανάλυση..... | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 39 |
| 4.1. Περιγραφή του δείγματος..... | 39 |
| 4.2. Συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (+2) και (+3) με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές..... | 43 |
| 4.3. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης..... | 46 |
| 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ..... | 52 |
| 5.1. Βασικά ευρήματα..... | 52 |
| 5.2. Περιορισμοί της μελέτης..... | 53 |
| 5.3. Συμπεράσματα - Σύγκριση με άλλες έρευνες..... | 55 |
| 5.3.1. Χρόνια κόπωση και φύλο..... | 56 |
| 5.3.2. Χρόνια κόπωση και ηλικία..... | 56 |
| 5.3.3. Χρόνια κόπωση και ψυχιατρική νοσηρότητα..... | 57 |
| 5.4. Σημασία αποτελεσμάτων- προτάσεις..... | 58 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 60 |
| A. Ελληνική..... | 60 |
| B. Ξενόγλωσση..... | 60 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 66 |

1. Εισαγωγή

Η κόπωση συνιστά μια γενική κατάσταση μειωμένης ζωτικότητας και αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια στην οποία εμπλέκονται ψυχολογικοί, βιοχημικοί και οργανικοί μηχανισμοί (Wessely et al., 1998). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τα νεαρά άτομα παραπονιούνται συχνά ότι βιώνουν κόπωση, γεγονός που θεωρείται φυσιολογικό καθώς η εφηβεία συνοδεύεται από πλήθος ορμονικών αλλαγών, ψυχικών συγκρούσεων και αυξημένων πρωτόγνωρων εκπαιδευτικών και κοινωνικών απαιτήσεων (ter Wolbeek et al., 2006). Δεν έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες που να επικεντρώνονται στην κόπωση που βιώνουν οι έφηβοι, ωστόσο στη μελέτη των ter Wolbeek et al. (2006) στη σχολική κοινότητα βρέθηκε ότι 16,4 % των κοριτσιών και 4% των αγοριών βιώνουν σοβαρή κόπωση διάρκειας > 1 μήνα. Χαμηλότερο ποσοστό κόπωσης (8%) αναδεικνύεται από την έρευνα των Mears et al. (2004) σε εφήβους στις ΗΠΑ.

Την ερευνητική κοινότητα έχει απασχολήσει το σύνδρομο χρόνια κόπωσης (ΣΧΚ), το οποίο συνιστά ένα σύνολο συμπτωμάτων, όπου κυριαρχεί η κόπωση, με καθορισμένο χρονικό σημείο έναρξης που ακολουθεί συνήθως μια γριπώδη συνδρομή ή λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Ο ασθενής βιώνει κόπωση που δεν περιορίζεται με τη ξεκούραση και προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία στην καθημερινότητά του. Εμφανίζει συνοδά συμπτώματα υπνηλίας, ζάλης, ιλίγγου, πονοκεφάλου, δυσκολίας στη συγκέντρωση, πόνου στο λαιμό, μυϊκής αδυναμίας και μυαλγίας. Η πλειονότητα των ασθενών δύναται να παρουσιάσει διαταραχές του συναισθήματος όπως: ευερεθιστότητα, ανησυχία, κατάθλιψη και ευσυγκινησία (Vereker, 1992). Η διαθέσιμη βιβλιογραφία για την αιτιολογία, την φυσική πορεία και την πρόγνωση του ΣΧΚ στους ενήλικες είναι αμφιλεγόμενη κυρίως μέχρι το 1988 λόγω διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων και ορισμών. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία για την διερεύνηση του ΣΧΚ στα παιδιά και στους εφήβους εμφανίζεται περισσότερο ελλιπής (Bell et al., 2001). Από μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες προκύπτει ότι ο επιπολασμός του ΣΧΚ στα παιδιά και στους εφήβους κυμαίνεται από 0,05%-0,19% (Jones et al., 2004; Chalder et al., 2003), ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιείται, τη μεθοδολογία και τον τόπο διεξαγωγής της έρευνας. Συγκρινόμενο με τον επιπολασμό του ΣΧΚ στους ενήλικες διαπιστώνεται ότι το σύνδρομο στα παιδιά και στους εφήβους απαντάται σπανιότερα με σημαντικό

όμως αντίκτυπο στην συναισθηματική, κοινωνική και σχολική τους ανάπτυξη (Chalder et al., 2003). Είναι χαρακτηριστικό ότι έχουν γίνει προσπάθειες διερεύνησης της σχέσης του ΣΧΚ με τις ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, σωματόμορφες διαταραχές και διαταραχές της διατροφής) με αντικρουόμενα όμως αποτελέσματα (Richards, 2000; Skapinakis et al., 2000).

Κατά συνέπεια, είναι συχνή η διαμάχη που προκαλείται στους επαγγελματίες υγείας όταν πρόκειται να διαπραγματευτούν την αιτιολογία, την πορεία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση μιας τόσο περίπλοκης ασθένειας όπως το ΣΧΚ. Οι ειδικοί αντιμετωπίζουν τους εφήβους με ΣΧΚ και την οικογένεια τους με σκεπτικισμό σε σχέση με τα συμπτώματά τους και συχνά ενθαρρύνουν τις γνώσεις που διατηρούν την ασθένεια, μειώνοντας τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων. Είναι χαρακτηριστικό ότι μερικοί από τους επαγγελματίες υγείας υιοθετούν ακραίες θέσεις σε σχέση με τους ασθενείς με ΣΧΚ που είτε τους ιατροκοποιούν, είτε ελαχιστοποιούν τη σημασία των συμπτωμάτων τους, μη παρέχοντας τους συστηματική θεραπευτική αντιμετώπιση προωθώντας έτσι τη λειτουργική αναπηρία (Smith et al., 2003).

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία επιδιώκει την ανεύρεση του επιπολασμού της χρόνιας κόπωσης (σοβαρή κόπωση διάρκειας > 6 μηνών) σε δείγμα μαθητών Λυκείου της Βορειοδυτικής Ελλάδας και τη διερεύνηση της συσχέτισης της με βασικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η απασχόληση των γονέων, η παρουσία οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια και η προσωπική κοινωνική θέση των μαθητών στο σχολείο, όπως αυτή αντανακλάται στην επίδοση, χρησιμοποιώντας δεδομένα που αντλήθηκαν από τη σχολική μελέτη της Ηπείρου. Ταυτόχρονα, θα ελεγχθεί η υπόθεση ότι η ψυχιατρική νοσηρότητα επηρεάζει την εμφάνιση της χρόνιας κόπωσης.

1.1. Θεωρητικές έννοιες της κόπωσης

1.1.1. Η έννοια της κόπωσης, της χρόνιας κόπωσης και του υπο-ουδικού ΣΧΚ (CFS-like illness)

Προκειμένου να διερευνηθούν οι διάφορες καταστάσεις κόπωσης μπορεί να φανταστεί κανείς ότι παρουσιάζονται διαβαθμίσεις που επεκτείνονται από τη φυσιολογική κόπωση μέχρι την παθολογική, η οποία προκαλεί σημαντική

δυσλειτουργία στη ζωή του ατόμου που πάσχει. Είναι χαρακτηριστικό όπως αναφέραμε ήδη ότι η κόπωση συνιστά ένα σύνθετες παράπονο για τους εφήβους καθώς διανύουν μια περίοδο στη ζωή τους που χαρακτηρίζεται από πλήθος ορμονικών αλλαγών, ψυχικών συγκρούσεων και αυξημένων εκπαιδευτικών και κοινωνικών απαιτήσεων (ter Wolbeek et al., 2006). Ωστόσο, πέρα από την φυσιολογική κόπωση που βιώνουν οι νέοι εξετάζοντας την στο αναπτυξιακό φάσμα, συχνά η κόπωση αποτελεί σύμπτωμα διαφόρων οργανικών και ψυχιατρικών νόσων (Richards, 2000; Garralda & Rangel, 2002; Wright & Beverly, 1998). Υπάρχει όμως περίπτωση η κόπωση να μην επεξηγείται από γνωστές οργανικές ή ψυχικές αιτίες. Η εν λόγω κόπωση συνιστά ένα ιατρικώς ανεξήγητο σύμπτωμα, που αφορά γενικά στα σωματικά συμπτώματα εκείνα στα οποία δεν αναδεικνύεται συγκεκριμένη ιατρική διάγνωση από την κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση (Sharpe & Carson, 2001). Από μεγάλες διεθνείς έρευνες προκύπτει ότι οι έφηβοι υποφέρουν συχνά από ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα, καθώς 8% των εφήβων υποφέρει καθημερινά από πονοκεφάλους, 10% από πόνους στη μέση, 16% από υπνηλία κατά τη διάρκεια των πρωινών και κόπωση, η οποία εμφανίζεται ακόμη συχνότερα, καθώς 1/3 των εφήβων εμφανίζει σημαντική κόπωση 2 με 3 φορές την εβδομάδα (Viner & Christie, 2005).

Οι πιο συχνοί όροι που χρησιμοποιούνται στις έρευνες για τη μελέτη της κόπωσης των παιδιών και των εφήβων είναι: η χρόνια κόπωση, σοβαρή κόπωση, υπο-ουδικό ΣΧΚ και το ΣΧΚ. Η ποικιλία των διαφορετικών ορισμών προέρχεται από τη προσπάθεια των ερευνητών να περιγράψουν την κόπωση που επιδιώκουν να μετρήσουν με άξονες κυρίως τη χρονική διάρκεια και τη 'βαρύτητα' της κόπωσης. Έτσι από τις διάφορες μελέτες προκύπτει ότι: η χρόνια κόπωση αναφέρεται είτε ως κόπωση ≥ 1 μήνα (Mears et al., 2004 Chalder et al., 2003; ter Wolbeek et al., 2006), είτε ως κόπωση διάρκειας 1-5 μηνών (Jones et al., 2004). Ο όρος υπο-ουδικό ΣΧΚ χρησιμοποιείται από τους ερευνητές υποδηλώνοντας σοβαρή κόπωση που δεν αντιμετωπίζεται με ξεκούραση, δεν επεξηγείται από οργανική ή ψυχιατρική νόσο και πληροί τουλάχιστον 4 από τα 8 κριτήρια του ορισμού του ΣΧΚ των Fukuda et al. (1994) (Jones et al., 2004; Lloyd et al., 1990; Jordan et al. 2000). Ακόμη, σε έρευνες έχει χρησιμοποιηθεί ο όρος σοβαρή κόπωση από τους ter Wolbeek et al. (2006) που ανιχνεύεται ο βαθμός δυσλειτουργίας που προκαλείται από την κόπωση διάρκειας ≥ 3 μηνών (Farmer et al., 2004). Για τον ορισμό του ΣΧΚ θα αναφερθούμε αναλυτικά περαιτέρω.

1.1.2. Ορισμός Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης

Το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης ορίστηκε αρχικά από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (Centers for Disease Control and Prevention «CDC») το 1988 (Wright & Beverley, 1998). Για τον σκοπό της μελέτης θα αναφερθούμε στα διαγνωστικά κριτήρια της αναθεωρημένης μορφής του CDC όπως διαμορφώθηκαν περί το 1994 από τους Fukuda et al. (πίνακας 1).

Πίνακας 1: Τα αναθεωρημένα κριτήρια από το CDC για τα σύνδρομα χρόνιας κόπωσης (πηγή: Fukuda et al., 1994)

| | |
|---------------------|--|
| Κριτήριο Α | Παρουσία χρόνιας κόπωσης (όχι ιατρικά καθορισμένη, προσωπική αναφορά επίμονης ή υποτροπιάζουσας κόπωσης κατά τους τελευταίους 6 ή περισσότερους συνεχόμενους μήνες) Υποσημείωση: παρατεινόμενη (prolonged) κόπωση καλείται η κόπωση διάρκειας > 1 μήνα, αλλά < 6 μηνών |
| Κριτήριο Β | 4 από τα κάτωθι κριτήρια είναι παρόντα για περισσότερους από 6 μήνες: 1. Απώλεια ικανότητας μνήμης ή συγκέντρωσης 2. Πόνος στο λαιμό 3. Ευαισθησία σε αυχενικούς ή μασχαλιαίους λεμφαδένες 4. Πόνοι στους μυς 5. Πόνοι στις αρθρώσεις 6. Πονοκέφαλοι 7. Μη αναζωογονητικός ύπνος 8. Εξουθένωση μετά από άσκηση |
| Κριτήριο Γ | Ο ασθενής δεν έχει: <ul style="list-style-type: none">• Καμία διαγνωσμένη νόσο ενεργή ή μη που να επεξηγεί την κόπωση (π.χ μη ρυθμισμένος θυρεοειδής, άπνοια κατά τον ύπνο ή ναρκοληψία, φαρμακευτική αγωγή, ηπατίτιδα Β ή C)• Καμία ενεργό ή μη ψυχιατρική διάγνωση όπως: μείζων κατάθλιψη με μελαγχολικά ή ψυχωσικά στοιχεία, άνοια, διαταραχές της πρόσληψης τροφής, κατάχρηση ουσιών |
| Κατηγοριοποίηση ως: | <ul style="list-style-type: none">• Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης εφόσον πληρούνται τα κριτήρια Α, Β και Γ• Ιδιοπαθής χρόνια κόπωση εφόσον πληρούνται τα κριτήρια Α και Γ |

Επίσης, αρκετά διαδεδομένα είναι τα κριτήρια της Οξφόρδης που παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες με αυτά των Fukuda et al. με τη διαφορά ότι τα

πρώτα επικεντρώνονται στη ψυχική κόπωση, ενώ τα δεύτερα εστιάζονται στα σωματικά συμπτώματα (Garralda & Rangel, 2002).

Υπάρχει γενικότερη διαφωνία αναφορικά με το αν ο ορισμός που έχει δοθεί για το ΣΧΚ ισχύει και στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων. Ωστόσο η επικρατούσα άποψη προέρχεται από το UK Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practice (Joint Working Group, 1996) που υποστηρίζει ότι τόσο τα κριτήρια της Οξφόρδης όσο και των Fukuda et al. μπορούν να εφαρμοστούν και στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων με τη διαφορά ότι η διάγνωση πρέπει να τίθεται στους 3 και όχι στους 6 μήνες. Αιτία αυτής της διαφοροποίησης είναι η δυσμενής επίπτωση που επιφέρει η χρόνια κόπωση στην ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων (Wright & Beverley, 1998).

Σε μια πιο πρόσφατη διαπραγμάτευση του ορισμού του ΣΧΚ για τα παιδιά και τους εφήβους οι Jason et al (2006) επιχειρούν τον επανακαθορισμό των κριτηρίων του ΣΧΚ βασισμένοι τόσο στα κριτήρια των Fukuda et al. (1994) όσο και στις συστάσεις των Reeves et al., (2003), καθώς και στον ορισμό που έχει αναπτυχθεί από τους κλινικούς στον Καναδά (Carruthers et al., 2003). Ο πίνακας 2 συνοψίζει τα κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση του ΣΧΚ στα παιδιά και στους εφήβους. Οι κυριότερες διαφοροποιήσεις προκύπτουν αρχικά από την προϋπόθεση ότι το ΣΧΚ τίθεται για τους ενήλικες εφόσον η κόπωση έχει καθορισμένο και εντοπισμένο σημείο έναρξης και δεν διαρκεί μια ζωή. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων γιατί έχει διαπιστωθεί ότι στο 25% των περιπτώσεων η έναρξη του ΣΧΚ είναι σταδιακή και όχι οξεία (Bell, 1992). Τα παιδιά δεν μπορούν να συγκρίνουν το επίπεδο λειτουργικότητας τους κατά την ασθένεια με προηγούμενο στο οποίο ήταν υγιή καθώς στην παιδική και εφηβική ηλικία διενεργούνται πληθώρα αναπτυξιακών αλλαγών. Από την άλλη η παρατήρηση παραπόνων κατά την διεξαγωγή κοινωνικών συναλλαγών και δραστηριοτήτων αναψυχής μπορεί να είναι ενδεικτικές για τον εντοπισμό της έναρξης του συνδρόμου, καθώς οι κλινικοί αναφέρουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι εγκαταλείπουν τις εν λόγω δραστηριότητες με σκοπό να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου (Jason et al., 2006).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι αντίθετα με αυτό που συμβαίνει στους ενήλικες, συμπτώματα όπως η φαρυγγίτιδα και η διαταραχή μνήμης μπορεί να προηγούνται της κόπωσης. Πολλές φορές τα παιδιά δείχνουν περισσότερο ευερέθιστα παρά κουρασμένα, κάτι που δυσχεραίνει περαιτέρω τον εντοπισμό του ΣΧΚ.

Όπως προαναφέρθηκε μια επιπρόσθετη διαφοροποίηση εντοπίζεται στη χρονική διάρκεια που απαιτείται για να τεθεί η διάγνωση του ΣΧΚ, καθώς για τους ενήλικες είναι 6 μήνες, ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους 3 μήνες. Όσον αφορά στα 4 συμπτώματα που απαιτούνται για τη διάγνωση του ΣΧΚ στους ενήλικες, οι συγγραφείς προτείνουν 5 κύριες κατηγορίες συμπτωμάτων για τους παιδιατρικούς ασθενείς, οι οποίες αναφέρονται αναλυτικά στον κάτωθι πίνακα. Η εισαγωγή των εν λόγω κατηγοριών συμπτωμάτων υποστηρίζεται από τα ευρήματα πολλών ερευνών (Rowe & Rowe, 2002; Carruthers et al., 2003), ειδικά η ρηχή αναπνοή συνιστά μια κλινική εκδήλωση του συνδρόμου που δεν παρουσιάζεται στους ενήλικες (Jason et al., 2006). Επίσης, μια άλλη διάσταση που δεν συμπεριλαμβάνεται στον επικρατούν ορισμό είναι η σοβαρότητα εκδήλωσης των συμπτωμάτων, όπου για να τεθεί διάγνωση απαιτείται τα συμπτώματα να είναι μετρίου ή σοβαρού βαθμού (Jason et al., 2006).

Πίνακας 2: Ορισμός της ΜΕ/ΣΧΚ για τα παιδιά (πηγή: Jason et al., 2006)

| | |
|---|---|
| <p>Ι) Κλινικά διαγνωσμένη ανεξήγητη, επίμονη ή υποτροπιάζουσα χρόνια κόπωση για περισσότερο από 3 μήνες</p> | <p>A. Δεν είναι αποτέλεσμα συνεχούς άσκησης B. Δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς από τη ξεκούραση Γ. Επιφέρει σημαντική μείωση στις εκπαιδευτικές, κοινωνικές και προσωπικές δραστηριότητες Δ. Πρέπει να επιμένει ή να επανεμφανίζεται για τουλάχιστον 3 μήνες</p> |
| <p>ΙΙ) Εμφάνιση των συνοδών συμπτωμάτων, τα οποία εμμένουν ή υποτροπιάζουν κατά τους 3 τελευταίους μήνες της ασθένειας (τα συμπτώματα μπορεί να προηγούνται της κόπωσης)</p> | <p>A. Εξουθένωση μετά από άσκηση ή/και κόπωση μετά από άσκηση Η δραστηριότητα (μπορεί να μην απαιτεί πολύ κόπο και μπορεί να συμπεριλαμβάνει: περπάτημα, ανέβασμα σκαλιών, χρήση υπολογιστή, ανάγνωση βιβλίου) προκαλεί απώλεια φυσικής ή πνευματικής/ψυχικής αντοχής, γρήγορη/ξαφνική μυϊκή ή γνωστική καταπόνηση και/ή κόπωση και εμφάνιση των συνοδών συμπτωμάτων καθώς και επιδείνωση τους. Η ανάρρωση είναι αργή και απαιτούνται 24 ώρες ή παραπάνω. B. Μη αναζωογονητικός ύπνος ή διαταραχή στην ποιότητα ή στο ρυθμό του ύπνου Μπορεί να περιλαμβάνει ύπνο μεγαλύτερης διάρκειας (όπως συχνούς ύπνους κατά τη διάρκεια της ημέρας), διαταραχές ύπνου (π.χ δυσκολία στην επέλευση του ύπνου ή πρόωμη αφύπνιση) ή/και αναστροφή ύπνου. Γ. Διάχυτος πόνος (ή ενόχληση). Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα από τα ακόλουθα: Μυοπεριτοναϊκός και/ή πόνος στις αρθρώσεις (Ο μυοπεριτοναϊκός πόνος μπορεί να περιλαμβάνει εν τω βάθει πόνο, μυϊκές κράμπες ή επώδυνους μύες. Πόνο, δυσκαμψία ή ευαισθησία σε οποιαδήποτε άρθρωση, αλλά πρέπει να υπάρχουν σε περισσότερες από μια και να μην υπάρχει οίδημα ή οποιαδήποτε άλλη φλεγμονή)</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Πόνος στην κοιλιακή χώρα ή/και κεφαλαλγία (Μπορεί να συνοδεύεται από πόνο στον οφθαλμό/ φωτοευαισθησία, πόνο στο στομάχι, ναυτία, έμετο ή πόνο στο στήθος. Οι πονοκέφαλοι συχνά περιγράφονται να είναι οπισθοβολβικοί ή της κεφαλής. Μπορεί να περιλαμβάνει πονοκεφάλους εντοπισμένους σε οποιαδήποτε περιοχή, καθώς και ημικρανίες).</p> <p>Δ. Δύο ή τρεις νευρογνωστικές εκδηλώσεις: Διαταραχές μνήμης (προσωπική αναφορά ή εμφανής δυσκολία στην ανάκληση βραχυπρόθεσμων πληροφοριών ή γεγονότων) Δυσκολία συγκέντρωσης (η διαταραχή συγκέντρωσης να προκαλεί δυσκολία στην επικέντρωση σε συγκεκριμένο έργο ή αδυναμία συγκέντρωσης κατά την ανάγνωση/ υπολογιστή/τη δουλειά ή την παρακολούθηση τηλεόρασης) Δυσκολία στην ανεύρεση κατάλληλης λέξης Απώλεια των λεγομένων που επιθυμεί να εκφράσει Απουσία συγκέντρωσης Βραδύτητα σκέψης Δυσκολία στην ανάκληση πληροφοριών Ανάγκη επικέντρωσης αποκλειστικά σε ένα έργο Δυσκολία στην έκφραση σκέψεων Δυσκολία στην κατανόηση πληροφοριών Συχνή απώλεια του ειρμού των σκέψεων Νέο αποκτηθέν πρόβλημα στα μαθηματικά ή σε άλλα εκπαιδευτικά αντικείμενα</p> <p>Ε. Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα από τις ακόλουθες δύο από τις τρεις κατηγορίες: 1. Εκδηλώσεις από το αυτόνομο σύστημα: Νευρογενής υπόταση, ορθοστατική ταχυκαρδία θέσεως, καθυστερημένη υπόταση θέσεως, ταχυσφυγμία με ή χωρίς αρρυθμίες, ζαλάδα, αστάθεια, δυσκολία στην ισορροπία, δύσπνοια. 2. Εκδηλώσεις από το νευροενδοκρινικό σύστημα: Υποτροπιάζοντα συμπτώματα πύρετου και κρύων άκρων, μη κανονική θερμοκρασία σώματος με ημερήσιες διακυμάνσεις, επεισόδια εφίδρωσης, μη ανοχή σε ακραίες θερμοκρασίες ζέστης ή ψυχρού, αλλαγή βάρους, απώλεια όρεξης ή μη φυσιολογική όρεξη, επιδείνωση των συμπτωμάτων παρουσία στρες 3. Ανοσολογικές εκδηλώσεις: Υποτροπιάζοντα συμπτώματα που ομοιάζουν με γρίπη, πόνο στο λαιμό χωρίς εξιδρωματικά στοιχεία, επαναλαμβανόμενα εμπύρετα επεισόδια και εφίδρωση, λεμφαδένες ευαίσθητοι στην ψηλάφηση με ήπια αύξηση του μεγέθους τους, ανάπτυξη ευαισθησίας σε τρόφιμα, οσμές ή χημικά.</p> |
| <p>III. Εξαιρούνται καταστάσεις:</p> | <p>A. Οποιαδήποτε ενεργή ιατρική κατάσταση που μπορεί να επεξηγεί την παρουσία της χρόνιας κόπωσης όπως:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Μη ρυθμισμένος υποθυρεοειδισμός 2. Υπνική άπνοια 3. Ναρκοληγία 4. Κακοήθειες 5. Λευχαιμία 6. Μη εξελίξιμη ηπατίτιδα 7. Σκλήρυνση κατά πλάκας 8. Νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα |

| | |
|--|---|
| | <p>9. Ερυθματώδης λύκος 10. Σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας 11. Κλινικά σημαντική παχυσαρκία (ΔΜΣ> 40) 12. Κοιλιακή νόσος 13. Νοσος του Lyme B. Οποιαδήποτε ενεργή ψυχιατρική κατάσταση που μπορεί να επεξηγεί την παρουσία της χρόνιας κόπωσης, όπως: 1. Παιδική σχιζοφρένεια ή ψυχώσεις 2. Διπολική διαταραχή 3. Ενεργή κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών – εκτός των κάτωθι: α) Η κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών που έχει θεραπευτεί επιτυχώς δεν πρέπει να θεωρείται αποκλεισθείσα. 4. Ενεργή νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία- εκτός των κάτωθι: α) Διαταραχές της διατροφής που έχουν θεραπευτεί επιτυχώς δεν πρέπει να θεωρούνται αποκλεισθείσες. 5. Κατάθλιψη</p> |
| <p>IV. Μπορεί να υφίσταται παρουσία συννοσηρών διαταραχών που δεν επεξηγούν επαρκώς την κόπωση και ως εκ τούτου δεν είναι απαραίτητα αποκλεισθείσες</p> | <p>1. Ψυχιατρικές διαγνώσεις όπως: α) Σχολική φοβία β) Άγχος αποχωρισμού γ) Αγχώδεις διαταραχές δ) Σωματόμορφες διαταραχές ε) Διαταραχές του συναισθήματος 2. Άλλες συνθήκες που δεν μπορούν να οριστούν πρωτογενώς από συμπτώματα που δεν δύνανται να διαγνωστούν με εργαστηριακούς ελέγχους, όπως: α) Ευαισθησία σε τρόφιμα και χημικά β) Ινομυαλγία 3. Οποιαδήποτε νόσο υπό αγωγή ικανή να ανακουφίζει τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη νόσο αυτή, της οποίας έχει τεκμηριωθεί η θεραπευτική της αποτελεσματικότητα. 4. Οποιαδήποτε ασθένεια είχε αντιμετωπιστεί με την κατάλληλη θεραπεία και μετέπεσε σε χρονιότητα. 5. Οποιοδήποτε μεμονωμένο εύρημα από σωματική εξέταση, εργαστηριακό έλεγχο ή απεικονιστική εξέταση που δεν μπορεί να είναι ενδεικτικό της παρουσίας άλλων νόσων</p> |

1.2. Ιστορική αναδρομή του ορισμού, της φυσικής πορείας και της αιτιολογίας των καταστάσεων κόπωσης

Πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί προκειμένου να περιγραφούν οι ασθένειες που έχουν σαν κύριο σύμπτωμά τους την κόπωση σοβαρής και μεγάλης διάρκειας. Ο Beard (1986) εισήγαγε τον όρο νευρασθένεια ή νευρική κόπωση με τον οποίο υποδήλωνε κόπωση διαφορετικού βαθμού και διάφορες καταστάσεις νευρωτικού τύπου. Η νευρασθένεια θεωρούταν ότι προκαλείται από τραυματισμό του νευρικού συστήματος (Wright & Beverly, 1998).

Επίσης, άτομα που υπέφεραν από σοβαρή κόπωση έχουν διαγνωστεί με εγκεφαλομυελική μυαλγία. Ο Compston (1978) αναφέρει ότι ο όρος αυτός προέκυψε από την εμφάνιση μιας μυστηριώδους ασθένειας που προσέβαλε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Royal Free Hospital, η οποία συμπεριλάμβανε πληθώρα ανεξήγητων νευρολογικών συμπτωμάτων και σημείων (Richards, 2000). Παρόμοιες επιδημίες εμφανίστηκαν και σε άλλες περιοχές. Στην επεξήγηση του φαινομένου, οι ειδικοί διαφωνούσαν αναφορικά με το αν η διαταραχή οφειλόταν σε λοιμώδεις παράγοντες ή σε μαζική υστερία (Dawson, 1987). Παρόλ' αυτά, στο τέλος της δεκαετίας του 1980, η σοβαρή κόπωση αποτελούσε το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της εγκεφαλομυελικής μυαλγίας, ενώ τα υπόλοιπα νευρολογικά συμπτώματα και σημεία εμφανίζονταν σπανιότερα. Η ασθένεια εκ τότε δεν εμφάνισε διαστάσεις επιδημίας. Ένας άλλος ορισμός που δόθηκε για την περιγραφή των διαφόρων σταδίων κόπωσης ήταν η μετα-ική χρόνια κόπωση, όπου απέδιδε την κόπωση αποκλειστικά σε συγκεκριμένη αιτιολογία γεγονός που δεν ίσχυε στην περίπτωση πολλών ασθενών (David et al., 1988).

Επιπρόσθετοι ορισμοί που έχουν δοθεί για την περιγραφή της χρόνιας κόπωσης αφορούν: ινομυαλγία, μυασθένεια, σύνδρομο μυαλγίας, ιδιοπαθής χρόνια κόπωση, νόσος Iceland, νόσος Royal Free, χρόνια λοίμωξη από τον ιό του Epstein-Barr (EBV), χρόνια λοιμώδης μονοπυρήνωση, επιδημική μετα-ική νευρομυασθένεια (Wright & Beverly, 1998). Η πληθώρα των ορισμών αντανακλά τη δυσκολία διερεύνησης της ασθένειας τόσο ως προς την αιτιολογία, τη φυσική πορεία και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Λόγω του ότι η διάγνωση που τίθεται στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών είναι εγκεφαλομυελική μυαλγία και μετα-ική χρόνια κόπωση παρόλο που η αιτιολογία παραμένει αδιευκρίνιστη, οι ερευνητές του Royal Colleges πρότειναν τον όρο ΣΧΚ για να περιγράψουν τους ασθενείς που εμφανίζουν κόπωση μεγάλης διάρκειας, η οποία προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία, έχοντας αποκλείσει περιπτώσεις που πάσχουν από οργανική νόσο (Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists, & General Practitioners, 1996).

Ο Wessely (1989), (1995) περίγραψε τις διαφορετικές αιτιολογίες που αποδόθηκαν για την νευρασθένεια από τον 19^ο στον 20^ο αιώνα. Η προσπάθεια εξεύρεσης αιτιολογίας επικεντρώθηκε αρχικά στο νευρομυϊκό σύστημα, κατόπιν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και τελικά δόθηκε έμφαση στις ψυχολογικές συνιστώσες. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι παρόμοια πορεία ακολουθήθηκε αναφορικά με την

αιτιολογία και στην περίπτωση της εγκεφαλομυελικής μυαλγίας/μετα-ικκής χρόνιας κόπωσης και ΣΧΚ. Κατά συνέπεια, η ορολογία, η αιτιολογία και η θεραπευτική αντιμετώπιση των καταστάσεων κόπωσης καθορίζονται από τις εξελίξεις στο επιστημονικό και κοινωνικό πλαίσιο (Richards, 2000).

Πρέπει να επισημανθεί, ωστόσο, ότι το ΣΧΚ δεν συνιστά μια νέα ασθένεια, αλλά οι διάφορες καταστάσεις κόπωσης έχουν καταγραφεί από τους κλινικούς τα τελευταία 100 χρόνια. Μερικοί συγγραφείς τείνουν λαθεμένα να τη θεωρούν ως νέα ασθένεια γεγονός που την αποπλαισιώνει από το ιστορικό και κοινωνικό της περιεχόμενο (Dowsett & Colby, 1997).

Ο Dillon (1978) επισημαίνει ότι τα δοκίμια που αναφέρονταν σε διάφορες καταστάσεις κόπωσης στα παιδιά άρχισαν να εμφανίζονται στο ΗΒ περί την δεκαετία του 1970 και εκ τότε είναι σύνηθες να καταγράφονται ασθενείς που εμφανίζονται στις παιδιατρικές κλινικές, κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα κλινικά χαρακτηριστικά που εμφανίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι είναι παρόμοια με αυτά των ενηλίκων περιλαμβάνοντας σημαντική ψυχική και σωματική κόπωση μη προσδιοριζόμενη από άλλη οργανική ή ψυχιατρική νόσο. Στα συνοδά συμπτώματα περιλαμβάνονται οι κεφαλαλγίες, μυαλγίες, διαταραχές ύπνου και της διάθεσης, πόνο στο λαιμό, φαρυγγίτιδα και λοιπά οργανικά συμπτώματα (Garralda & Rangel, 2002).

1.3. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αιτιολογία του Συνδρόμου Χρόνιας Κόπωσης

Έχουν προταθεί πλείστες πιθανές αιτιολογίες για την ανάπτυξη του ΣΧΚ, όμως τα ερευνητικά ευρήματα τις περισσότερες φορές έρχονται σε αντιπαράθεση. Το ΣΧΚ συνιστά ένα σύνθετο φαινόμενο και όπως ορίζεται από την τάση της σύγχρονης ιατρικής θα διερευνηθεί υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, σύμφωνα με το οποίο μια ασθένεια είναι αποτέλεσμα τόσο βιολογικών όσο και ψυχικών και κοινωνικών συνιστωσών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Επίσης, θα εξεταστούν οι προδιαθεσικοί και εκλυτικοί παράγοντες καθώς και οι παράγοντες διατήρησης, καθώς φαίνεται ότι αυτή η περαιτέρω διάκριση είναι βοηθητική για την πληρέστερη κατανόηση της αιτιολογίας του ΣΧΚ (Garralda & Rangel, 2002).

1.3.1. Βιολογικοί παράγοντες

Είναι χαρακτηριστικό ότι δεν έχει βρεθεί ένας παθοφυσιολογικός μηχανισμός που να επεξηγεί την αιτιολογία του ΣΧΚ (Richards, 2000). Ωστόσο, θα συνοψίσουμε τα ευρήματα που σχετίζονται με το ζήτημα, χωρίς να παρουσιαστούν αναλυτικά όλες οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί καθώς αυτό δεν εμπίπτει στους σκοπούς της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής εργασίας.

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν τη γονιδιακή βάση του ΣΧΚ. Σε μια μεγάλη μελέτη διδύμων του Buchward (2001) βρέθηκε ότι το ποσοστό συμφωνίας εμφάνισης ΣΧΚ για τους μονοζυγωτικούς διδύμους ήταν 0,55, ενώ για τους διζυγωτικούς 0,19. Επίσης, σε μια άλλη μελέτη για την κληρονομικότητα του ΣΧΚ βρέθηκε ότι οι α΄ βαθμού συγγενείς ασθενών με ΣΧΚ εμφανίζουν ΣΧΚ σε υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συγγενείς των ασθενών που πάσχουν από κάποια άλλη χρόνια ασθένεια (Walsh et al., 2001).

Εκλυτικοί παράγοντες

Έχει βρεθεί ότι το ΣΧΚ αναπτύσσεται στα παιδιά μετά από μια ιογενή νόσο. Συχνότερα ανιχνεύεται η λοίμωξη από τον ιό EBV, όπου σε έρευνες έχει βρεθεί ότι 10-15% των παιδιών με ΣΧΚ έχει παραπεμθεί σε παιδιατρική κλινική πάσχοντας από τον εν λόγω ιό, αλλά από μόνος του δεν αποτελεί επαρκή ερμηνεία του συνδρόμου (Garralda & Chalder, 2005; Wright & Beverley, 1998). Επιπρόσθετα, η πρόκληση του ΣΧΚ μετά από την εμφάνιση παραγόντων όπως: ερυθρά, εντεροϊί, ερπητοϊί (όπως HHV6), και ρετροϊί (όπως HTLV-II) δεν επιβεβαιώνεται από την πλειοψηφία των ερευνών, καθώς η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται είναι διαφορετική και τα αποτελέσματα δεν αναπαράγονται (Wessely et al., 1995). Ακόμη, ιδιαίτερη προσοχή είχε λάβει η υπόθεση περί ύπαρξης διαταραχής, η οποία όμως δεν φαίνεται να επεξηγεί το σύνδρομο (Joint Working Group, 1996). Σύγχρονες μελέτες διερευνούν το ρόλο της δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού και του ενδοκρινικού συστήματος (χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης και μη φυσιολογική αδρενεργική δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια ως απάντηση στο

στρες), παρόλ' αυτά οι έρευνες παρουσιάζουν αντιφάσεις και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση (Garralda & Rangel, 2002).

Παράγοντες διαιώνισης

Οι διαταραχές του ύπνου εμπλέκονται στη διαιώνιση του ΣΧΚ στα παιδιά και στους εφήβους. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρη η φύση της σχέσης μεταξύ των διαταραχών του ύπνου και του ΣΧΚ. Η έρευνα των Stores et al. (1997) δείχνει ότι υπάρχει διακριτή διαφορά στο υπνογράφημα των εφήβων με ΣΧΚ (συχνές αφυπνίσεις διαφορετικής διάρκειας μέσα στη νύχτα) σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Οι ασθενείς που εμφανίζουν κακή ποιότητα ύπνου τείνουν να ξεκουράζονται περισσότερο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ωστόσο, η μακράς διάρκειας ανάπαυση και η μη άσκηση διαιωνίζει το ΣΧΚ μέσω της επίδρασής της σε πλείστα συστήματα της παθοφυσιολογίας (απώλεια μυϊκής δύναμης, νευρικές τροποποιήσεις, μείωση της τοπικής ηλεκτρικής δραστηριότητας των μυών και κεντρική ενεργοποίηση, δυσλειτουργία των T- λεμφοκυττάρων και μείωση του βασικού ρυθμού μεταβολισμού) (Wright & Beverley, 1998).

1.3.2. Ψυχικοί Παράγοντες

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Οι Garralda & Rangel (2002) στην ανασκόπησή τους αναφέρουν ότι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προ νόσου μπορεί να θεωρηθούν προδιαθεσικοί παράγοντες όπως: υπερβολική ευσυνειδησία, ευαισθησία, αίσθημα αναξιοσύνης και συναισθηματική μεταβλητότητα. Όταν αυτά τα χαρακτηριστικά συνυπάρχουν σε υπερβολικό βαθμό, μειώνεται η ικανότητα των παιδιών να διαχειριστούν ψυχοπιεστικά γεγονότα που δύνανται να συμβούν στη ζωή τους.

Εκλυτικοί παράγοντες

Έχει βρεθεί ότι το ΣΧΚ στα παιδιά και στους εφήβους εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με διαταραχές του συναισθήματος (κυρίως κατάθλιψη) και αγχώδεις διαταραχές (Viner & Christie, 2005). Χαρακτηριστικά, η κατάθλιψη ανιχνεύεται στα

παιδιά με ΣΧΚ σε ποσοστό 60-80% (Bell, 1995). Οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να θεωρηθεί ότι λειτουργούν είτε ως εκλυτικοί παράγοντες, είτε ως παράγοντες διαίωσισης του ΣΧΚ (Smith et al., 2003).

Παράγοντες διαίωσισης

Στους παράγοντες διαίωσισης συμπεριλαμβάνονται οι γνωσιακοί χάρτες των παιδιών και των οικογενειών τους που ενθαρρύνουν την ανάπαυση, την υιοθέτηση του ρόλου του ασθενούς και την κοινωνική απόσυρση (Wright & Beverley, 1998). Οι David et al. (1991) ανέπτυξαν ένα γνωστικο-συμπεριφερικό μοντέλο ερμηνείας του ΣΧΚ που ως βασικό θεραπευτικό στόχο έχει την τροποποίηση των διαστρεβλωμένων γνωσιών των ασθενών αναφορικά με τα συμπτώματα και την ασθένεια. Ακόμη, έχει βρεθεί ότι η κεντρική γνωσία είναι ότι η κόπωση θα οδηγήσει σε ολοκληρωτική καταστροφή κινητοποιώντας συναισθήματα φόβου και εγκλωβίζοντας τον ασθενή σε κατάσταση πλήρους ακινησίας και ανάπαυσης (Garralda & Chalder, 2005). Ένα άλλο μοντέλο που ενεργοποιείται στους ασθενείς με ΣΧΚ είναι αυτό της «μαθημένης αβοηθητότητας» σύμφωνα με το οποίο οι ασθενείς αποδίδουν τα συμβάντα της ζωής τους αποκλειστικά σε εξωγενείς παράγοντες χωρίς οι ίδιοι να έχουν την ικανότητα να τα επηρεάσουν. Αυτό τους κάνει να αισθάνονται αδύναμοι και ανίκανοι να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε κατάσταση (Butler et al., 1991).

Επίσης, οι αποδόσεις που δίνονται από τα παιδιά και τους εφήβους για τα αίτια της ασθένειας επηρεάζουν την εξέλιξη της, καθώς τείνουν να αρνούνται τους ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της νόσου και επικεντρώνονται στους οργανικούς (Smith et al., 2003). Στην έρευνα τους οι Fry & Martin (1996) για τη γνωστική διεργασία παιδιών και εφήβων με ΣΧΚ διαπίστωσαν ότι τόσο οι έφηβοι, όσο και οι γονείς τους θεωρούσαν ότι οι έφηβοι σημείωναν μικρότερη δραστηριότητα από αυτή που εκτελούσαν στην πραγματικότητα σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Ακόμη, οι έφηβοι με ΣΧΚ είχαν αυξημένες προσδοκίες για το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας που ήθελαν να επιτύχουν. Οι συγγραφείς σχολιάζουν ότι όταν οι προσδοκίες απέχουν σε μεγάλο βαθμό από αυτό που ισχύει στην πραγματικότητα, αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εγκατάλειψη των προσπαθειών.

1.3.3. Κοινωνικοί παράγοντες

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Μελέτες ανέδειξαν ότι στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα εντοπίζεται μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών με χρόνια κόπωση (Walford et al, 1993; Carter et al., 1995; Rangel et al., 2000a), κάτι τέτοιο όμως δεν επιβεβαιώνεται από την πλειονότητα των ερευνών, καθώς η χρόνια κόπωση ακολουθεί κανονική κατανομή στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Dale et al, 1992). Αυτό συνεπάγεται ότι δεν μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα ότι η κοινωνικοοικονομική τάξη μπορεί να θεωρηθεί ότι συνιστά έναν κατά κάποιο τρόπο προδιαθεσικό παράγοντα.

Εκλυτικοί Παράγοντες

Έρευνες δείχνουν ότι στους κοινωνικούς προδιαθεσικούς παράγοντες για το ΣΧΚ μπορεί να συμπεριληφθούν σημαντικά γεγονότα ζωής. Συγκεκριμένα, ο μέσος χρόνος έναρξης του ΣΧΚ (12-14 έτη) σηματοδοτεί το τέλος του Δημοτικού σχολείου και το πέρασμα στο Γυμνάσιο. Αυτό συνεπάγεται την έκθεση των νεαρών ατόμων σε νέες λοιμώξεις (EBV) και σε περισσότερες σχολικές απαιτήσεις (Viner & Christie, 2005).

Παράγοντες διαιώνισης

Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με ΣΧΚ που απουσιάζουν συχνά από το σχολείο εμφανίζουν χειρότερη πρόγνωση. Πιθανόν η έλλειψη κοινωνικής επαφής με τους συνομηλίκους και αίσθησης του «ανήκειν» σε μια ομάδα διαιωνίζει το ΣΧΚ (Wright & Beverley, 1998). Επίσης, ιατρογενείς παράγοντες συμβάλουν στη διατήρηση του ΣΧΚ, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι έφηβοι έχουν επισκεφθεί μεγάλο αριθμό επαγγελματιών υγείας στην τριτοβάθμια περίθαλψη, γεγονός που οδηγεί στην απώλεια εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες και στην καθυστέρηση έναρξης συστηματικής θεραπείας (Rangel et al., 2000a).

1.4. Επιδημιολογία των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης: ο επιπολασμός και οι συσχετίσεις της

1.4.1. Επιπολασμός των καταστάσεων κόπωσης

Δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές επιδημιολογικές μελέτες για τον επιπολασμό και την επίπτωση των διαφόρων καταστάσεων χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους. Όπως διαπιστώνεται από τις υπάρχουσες μελέτες τα ποσοστά που προκύπτουν ποικίλλουν ανάλογα με τον ορισμό, τη μεθοδολογία και τον τόπο διεξαγωγής της έρευνας. Στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά καταστάσεων κόπωσης σε παιδιά και εφήβους μεγάλων επιδημιολογικών μελετών. Συνοψίζοντας τα δεδομένα αναδεικνύεται ότι:

- **σοβαρή κόπωση** (κόπωση > 1 μήνες): 2,3%-20,4% (Jones et al, 2004; Mears et al., 2004; ter Wolbeek et al., 2006)
- **σοβαρή κόπωση** (κόπωση > 3 μήνες): 2,34%-11,9% (Farmer et al., 2004; ter Wolbeek et al., 2006)
- **υπο-ουδικό ΣΧΚ** (χρόνια κόπωση + 4 από τα 8 συμπτώματα των Fukuda et. al., 1994): 0,39%-4,4% (Jones et al, 2004; Chalder et al., 2003; Mears et al., 2004)
- **ΣΧΚ** (όπως ορίζεται από τους Fukuda et. al., 1994): 0,05%-0,19% (Chalder et al., 2003; Jones et al, 2004)

Πίνακας 3: Επιπολασμός των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης σε παιδιά και εφήβους

| Συγγραφέας | Μέρος | Υποκείμενα | Ορισμός | Επιπολασμός/ ΔΕ |
|-------------------------------|-----------|---|---|--------------------|
| Chalder et al., 2003 (H.B) | Κοινότητα | 8 / 4240 ΣΧΚ 24/ 4240 (χρόνια κόπωση, σοβαρή κόπωση >6 μηνών που προκαλεί δυσλειτουργία) (5-15 ετών) | ΣΧΚ | 0,19 % (0,06-0,32) |
| | | | χρόνια κόπωση (σοβαρή κόπωση >6 μηνών που προκαλεί δυσλειτουργία) | 0,57% (0,34-0,80) |
| Farmer et al., 2004 H.B | Κοινότητα | 99 με κόπωση (8-17 ετών) | σοβαρή κόπωση (κόπωση > 3 μήνες) | 2,34% (1,75-2,94) |

| | | | | |
|---|---|--|---|-------|
| Mears et al., 2004 (ΗΠΑ) | Παιδιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη | 109 (χρόνια κόπωση n=70/ CFS-like illness n=39 (11-18 ετών) | χρόνια κόπωση (κόπωση ≥ 1 μήνα) | 8% |
| | | | υπο-ουδικό ΣΧΚ (χρόνια κόπωση+4 από τα 8 συμπτώματα των Fukuda et. al., 1994) | 4,4% |
| ter Wolbeek et al., 2006 (Ολλανδία) | Κοινότητα (σχολεία) | 3454 MO=14,7 έτη (1,4) | σοβαρή χρόνια κόπωση (κόπωση > 1 μήνες) | 20,4% |
| | | | σοβαρή χρόνια κόπωση (κόπωση > 3 μήνες) | 11,9% |

1.4.2. Κοινωνικοδημογραφικές και ψυχοκοινωνικές συσχετίσεις των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης

Α. Φύλο και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Σε πολλές μελέτες έχει διερευνηθεί η συσχέτιση του φύλου με τη χρόνια κόπωση στα παιδιά και στους εφήβους. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν πολλές φορές είναι αντιφατικά όπως διαφαίνεται στον πίνακα 4. Στις έρευνες που εντοπίζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, τα κορίτσια εμφανίζουν 2-3 φορές συχνότερα είτε χρόνια κόπωση είτε ΣΧΚ σε σύγκριση με τα αγόρια (Farmer et al., 2004; Bell et al., 2001 Vereker et al, 1992; Smith et al., 2003; Garralda & Rangel, 2004; ter Wolbeek et al., 2006). Στις υπόλοιπες μελέτες οι ερευνητές βρήκαν παρόμοιο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών που πάσχουν από χρόνια κόπωση (Jones et al, 2004; Chalder et al., 2003; Mears et al., 2004). Αυτό όπως έχει επισημανθεί και παραπάνω πιθανόν να οφείλεται στη διαφορετική μεθοδολογική προσέγγιση και ορισμό που υιοθετείται στις διάφορες μελέτες.

Πίνακας 4: Συσχέτιση του φύλου και της χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους

| Συγγραφέας | Μέρος | Υποκείμενα | Ομάδα σύγκρισης | Ομάδα σύγκρισης | Ορισμός | Φύλο - αγόρια (A)/κορίτσια (K)- Σχετικός κίνδυνος- ποσοστό (%) ΔΕ/ |
|------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|---|---|
| Vereker et al, 1992 (H.B) | Νοσοκομείο | 10 ΣΧΚ (10,5-16,6 ετών) | - | - | ΣΧΚ | 1:4 (A:K) |
| Bell et al., 2001 (H.Π.A) | Ιδιωτικός φορέας | 35 ΣΧΚ (5-18 ετών) | - | - | ΣΧΚ | A:31,4% K:68,6% |
| Chalder et al., 2003 (H.B) | Κοινότητα | ΣΧΚ 8 / 4240 24/ 4240 (χρόνια κόπωση, σοβαρή κόπωση >6 μηνών που προκαλεί δυσλειτουργία) (5-15 ετών) | - | - | ΣΧΚ χρόνια κόπωση (σοβαρή κόπωση >6 μηνών που προκαλεί δυσλειτουργία) | 0,8 (0,2-3,4), p=0.8 (κατηγορία αναφοράς A) 1,4 (0,6-3,3) p=0.4 (κατηγορία αναφοράς A) |
| Smith et al., 2003 (ΗΠΑ) | Νοσοκομείο & Κέντρο Υγείας | 46 ΣΧΚ 51 Ιδιοπαθής Χρόνια Κόπωση (ΙΧΚ) (11-18 ετών) | Ημικρανία 179 | Υγιείς Μάρτυρες 32 | ΣΧΚ 46 ΙΧΚ 51 | A: 30% K: 70% |
| Farmer et al., 2004 H.B | Κοινότητα | 99 με κόπωση (8-17 ετών) | - | - | σοβαρή κόπωση (κόπωση > 3 μήνες) | A: 1/3 K: 2/3 |
| Garralda & Rangel, 2004 (HB) | Νοσοκομείο | 28 ΣΧΚ (10-18 ετών) | 30 Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα | 27 Συναισθηματικές διαταραχές | ΣΧΚ | A: 22% K: 78% |
| Mears et al., 2004 (ΗΠΑ) | Παιδιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη | 109 (χρόνια κόπωση n=70/ CFS-like illness n=39 (11-18 ετών) | - | - | Χρόνια κόπωση (κόπωση ≥ 1 μήνα) CFS-like illness (χρόνια κόπωση + τουλάχιστον 4 από τα 8 κριτήρια του Fukuda et al.) | A: 39% K: 61% (μη στατιστικώς σημαντική διαφορά) |

B. Ηλικία και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Ο πίνακας 5 συνοψίζει τα δεδομένα των ερευνών που ανασκοπήθηκαν στην παρούσα εργασία σε σχέση με την ηλικία εμφάνισης, τη διάρκεια και τον τύπο έναρξης (οξεία/σταδιακή) της χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους. Οι περισσότερες από αυτές δεν διερευνούν τη φύση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας και της χρόνιας κόπωσης. Ωστόσο, οι Mears et al. (2004) στην μελέτη που διεξήγαγαν βρήκαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που εμφάνιζαν χρόνια κόπωση είχαν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ηλικία (14,6 έτη) σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες (13,7) σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($t [1, 870]=8.56, p<0.01$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η χρόνια κόπωση σχετίζεται με την ηλικία. Επίσης, στην έρευνα των Smith et al. (2003) διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι που έπασχαν από ΣΧΚ ήταν μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες και με τους νεαρούς ασθενείς που υπέφεραν από ημικρανία σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($F=21,75; P<0.001$). Ακόμη, στη μελέτη των Chalder et al. (2003) βρέθηκε ότι τόσο για τη χρόνια κόπωση (σοβαρή κόπωση >6 μηνών που προκαλεί δυσλειτουργία), όσο και για το ΣΧΚ υπάρχει στατιστική σημαντική συσχέτιση με την ηλικία. Οι Marshall et al. (1999) χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η χρόνια κόπωση σε παιδιά κάτω των 10 ετών είναι σπάνια.

Πίνακας 5: Περιγραφή της ηλικίας έναρξης, της διάρκειας και του τύπου έναρξης της χρόνιας κόπωσης των παιδιών και των εφήβων

| Συγγραφέας | Μέρος | Υποκείμενα | Ομάδα σύγκρισης | Ομάδα σύγκρισης | Ορισμός | Ηλικία έναρξης (τυπική απόκλιση ή ΔΕ) | Διάρκεια (τυπική απόκλιση ή ΔΕ)/ Τύπος έναρξης |
|---------------------------|----------------------------|--|-----------------|--------------------|------------------|---|--|
| Vereker et al, 1992 (H.B) | Νοσοκομείο | 10 ΣΧΚ (10,5-16,6 ετών) | - | - | ΣΧΚ | 12,6 (1,3) | 1,6 (1,4) έτη |
| Bell et al., 2001 (H.Π.Α) | Ιδιωτικός φορέας | 35 ΣΧΚ (5-18 ετών) | - | - | ΣΧΚ | 5-9 ετών: 22,9% 10-14 ετών: 45,7% 15-18 ετών: 31,4% | Οξεία: 22,9% Σταδιακή: 77,1% |
| Smith et al., 2003 (ΗΠΑ) | Νοσοκομείο & Κέντρο Υγείας | 46 ΣΧΚ 51 Ιδιοπαθής Χρόνια Κόπωση (ΙΧΚ) | Ημικρανία 179 | Υγιείς Μάρτυρες 32 | ΣΧΚ 46 ΙΧΚ 51 | Δεν αναφέρεται | 18,8 (13,2) μήνες |

| | | | | | | | |
|------------------------------|------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|---|
| | | (11-18 ετών) | | | | | |
| Farmer et al., 2004 H.B | Κοινότητα | 99 με κόπωση (8-17 ετών) | - | - | σοβαρή κόπωση (κόπωση > 3 μήνες) | A:149,21 μήνες (8,75) K:134,78 (9,09) | A: 9,18 μήνες (5,15) K: 13,84 μήνες (3,51) |
| Garralda & Rangel, 2004 (HB) | Νοσοκομείο | 28 ΣΧΚ (10-18 ετών) | 30 Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα | 27 Συναισθηματικές διαταραχές | ΣΧΚ | 11,4 έτη (2,1) | Δεν αναφέρεται |
| Jones et al., 2004 (ΗΠΑ) | Κοινότητα | 8586 138 με κόπωση (12-18 ετών) | - | - | χρόνια κόπωση (κόπωση 1-5 μήνες) | Δεν αναφέρεται | 12 μήνες (6-139) |
| | | | | | υπο-ουδικό ΣΧΚ | | 17 μήνες (6-186) |
| | | | | | ΣΧΚ | | 4 μήνες (1-4) |

Γ. Κοινωνικοοικονομική τάξη και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Μια μελέτη ανέδειξε ότι στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και στη λευκή φυλή εντοπίζεται μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών με χρόνια κόπωση (Walford et al, 1993; Carter et al., 1995; Rangel et al., 2000a), κάτι τέτοιο όμως δεν επιβεβαιώνεται από την πλειονότητα των ερευνών, καθώς η χρόνια κόπωση ακολουθεί κανονική κατανομή στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Dale et al, 1992).

1.4.3. Ψυχιατρική νοσηρότητα και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Α. Κατάθλιψη και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Από την πλειονότητα των μελετών προκύπτει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από ΣΧΚ και από άλλες καταστάσεις χρόνιας κόπωσης εμφανίζουν συχνά καταθλιπτική σημειολογία (Farmer et al., 2004; Smith et al., 2001 ter Wolbeek et al., 2006; Vereker, 1992). Πιο συγκεκριμένα, από τη μελέτη των Farmer et al. (2004) αναδεικνύεται ότι 39% των κοριτσιών και 38% των αγοριών με χρόνια κόπωση

εμφάνιζαν κατάθλιψη μικρού, μετρίου και μεγάλου βαθμού χωρίς να παρατηρείται διαφοροποίηση ως προς το φύλο. Επίσης, οι Smith et al. (2001) μέτρησαν την κατάθλιψη, με τη χρήση της κλίμακας Children's Depression Inventory (CDI) εφήβων ασθενών με ΣΧΚ, ΙΧΚ, ημικρανία και υγιείς μάρτυρες και βρήκαν ότι οι ασθενείς με ΣΧΚ είχαν υψηλότερο σκορ. Επιπρόσθετα, οι έφηβοι με σοβαρή κόπωση (κόπωση >1 μήνα και κόπωση >3 μήνες) παρουσίαζαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης (BDI), με τα κορίτσια να εμφανίζουν μεγαλύτερη βαθμολογία συγκρινόμενα με τα αγόρια (ter Wolbeek et al., 2006). Σε μια ακόμη μελέτη της Vereker (1992) το 60% των ασθενών που έπασχαν από ΣΧΚ εμφάνιζαν καταθλιπτικό συναίσθημα, χωρίς ωστόσο να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής συνδρομής.

Η αιτιολογία της συννοσηρότητας θα μπορούσε να ερμηνευτεί με διάφορους τρόπους. Αρχικά, μπορεί να υποτεθεί ότι το ΣΧΚ και η κατάθλιψη οφείλονται σε παρόμοιους αιτιολογικούς παράγοντες και κατά συνέπεια συνιστούν την ίδια διαταραχή με διαφορετική κλινική εικόνα. Μια άλλη ερμηνεία αφορά στο ότι η χρόνια κόπωση έπεται της κατάθλιψης. Ωστόσο, οι Cartel et al. (1995) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με ΣΧΚ παρουσίαζαν αυξημένα σωματικά συμπτώματα και εισέπρατταν μικρότερη ευχαρίστηση από τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ενώ εμφάνιζαν σε χαμηλότερο βαθμό καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικό ιδεασμό, αντικοινωνική συμπεριφορά, καθώς είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας σε σύγκριση με παιδιά που έπασχαν από διαταραχές του συναισθήματος.

Άλλοι ερευνητές προτείνουν ότι η κατάθλιψη συνιστά δευτερογενές φαινόμενο στο ΣΧΚ προκαλούμενο από την δυσλειτουργία που επιφέρει το ΣΧΚ στα παιδιά και στους εφήβους (Richards, 2000). Είναι χαρακτηριστικό ότι οι έφηβοι με ΣΧΚ σε σύγκριση με εφήβους που πάσχουν από κάποια καταληκτική νόσο (πχ καρκίνος) έχουν μικρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Franklin, 1997). Κατά συνέπεια, αυτοί και οι οικογένειες τους συχνά βιώνουν την απορριπτική και μη υποστηρικτική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Οι εν λόγω ασθενείς και οι οικογένειες τους συχνά νιώθουν απομόνωση, αίσθημα αβοηθητότητας και απελπισία, γεγονός που δεν πρέπει να παραβέπεται, καθώς προσφέρει μια επαρκή ερμηνεία για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε πολλές περιπτώσεις (Richards, 2000).

B. Αγχώδεις διαταραχές και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Ένα θέμα που δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς είναι αυτό της συννοσηρότητας του ΣΧΚ και των αγχωδών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους. Έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι με ΣΧΚ και όσοι έχουν ημικρανία έχουν υψηλό σκορ άγχους στην κλίμακα του Spielberger STAI (State-Trait Anxiety Inventory) σε σύγκριση με όσους πάσχουν από ΙΧΚ και με τους υγιείς μάρτυρες (Smith et al., 2001). Ακόμη, οι έφηβοι με σοβαρή κόπωση (κόπωση>1 μήνα και κόπωση>3 μήνες) παρουσίαζαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης άγχους (STAI), με τα κορίτσια να εμφανίζουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τα αγόρια (ter Wolbeek et al., 2006). Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Chalder et al. (2003) βρέθηκε ότι τόσο για τη χρόνια κόπωση (σοβαρή κόπωση >6 μηνών που προκαλεί δυσλειτουργία), όσο για το ΣΧΚ υπάρχει στατιστική σημαντική συσχέτιση με τις αγχώδεις διαταραχές [8,8 (1,8-43,5) $p=0.008$ και 3,7 (1,2-12,0, $p=0.03$)]. Όπως στην περίπτωση της συννοσηρότητας του ΣΧΚ με την κατάθλιψη, έτσι και με τις αγχώδεις διαταραχές δεν έχει κατανοηθεί επαρκώς η φύση της σχέσης.

1.4.4. Συμπτώματα και καταστάσεις χρόνιας κόπωσης

Είναι χαρακτηριστικό ότι παρατηρείται μερική διαφοροποίηση μεταξύ των συνοδών συμπτωμάτων που εμφανίζονται στα παιδιά και στους εφήβους με χρόνια κόπωση σε σχέση με αυτά των ενηλίκων (Jason et al., 2006). Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα συχνότερα σωματικά συμπτώματα που βιώνουν τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από χρόνια κόπωση. Όπως είναι αναμενόμενο η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων δεν είναι παρόμοια στο σύνολο των μελετών καθώς οι ερευνητές υιοθετούν διαφορετικό λειτουργικό ορισμό για τη χρόνια κόπωση και η μεθοδολογία που χρησιμοποιούν τροποποιείται. Ωστόσο, όπως διαφαίνεται από τον πίνακα, ο πονοκέφαλος είναι ένα σύμπτωμα το οποίο έχει ανιχνευτεί στο σύνολο των μελετών που ανασκοπήθηκαν κατά την παρούσα εργασία. Οι Carter & Marsall (1995) στην ανασκόπηση των συνοδών συμπτωμάτων των παιδιών και εφήβων με ΣΧΚ και διάφορες καταστάσεις χρόνιας κόπωσης βρήκαν ότι το συχνότερο εμφανιζόμενο σύμπτωμα ήταν η κεφαλαλγία (70%), ακολουθούν οι νευροψυχιατρικές διαταραχές (56%), ζάλη (54%), πόνος στο λαιμό (53%), καταθλιπτική διάθεση (51%), ναυτία/

έμετος (51%), μυϊκή αδυναμία (50%), μυαλγία (47%), κοιλιακά άλγη (43%), διαταραχές ύπνου (41%), πόνος στις αρθρώσεις (38%), πυρετός (36%).

Πίνακας 6: Συχνότερα εμφανιζόμενα συμπτώματα στις καταστάσεις χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους

| Συγγραφέας | Μέρος | Υποκείμενα | Ορισμός | Συχνότερα Συμπτώματα |
|------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|
| Bell et al., 2001 (Η.Π.Α) | Ιδιωτικός φορέας | 35 με ΣΧΚ (5-18 ετών) | ΣΧΚ | <ul style="list-style-type: none"> Υποτροπιάζων πόνος στο λαιμό: 91,4% Μυαλγία: 91,4% Πονοκέφαλοι: 85,7% Ευαίσθητοι λεμφαδένες: 82,9% |
| Jones et al., 2004 (ΗΠΑ) | Κοινότητα | 8586 138 με κόπωση (12-18 ετών) | χρόνια κόπωση (κόπωση 1-5 μήνες) ΣΧΚ υπο-ουδικό ΣΧΚ (χρόνια κόπωση + τουλάχιστον 4 από τα 8 κριτήρια του Fukuda et al.) | <ul style="list-style-type: none"> Διαταραχές ύπνου: 64% Δυσκολία να μένει ξύπνιος κατά τη διάρκεια της μέρας: 64% Συμπτώματα από τη ρινική κοιλότητα: 55% Κεφαλαλγίες: 45% Μυαλγίες: 45% Ναυτία: 45% |
| Farmer et al., 2004 H.B | Κοινότητα | 99 με κόπωση (8-17 ετών) | σοβαρή κόπωση (κόπωση > 3 μήνες) | <ul style="list-style-type: none"> Απώλεια ενέργειας: 90% Παραπάνω ξεκούραση: 86,5% Αρθραλγίες: 81,5% Καταπόνηση μετά από άσκηση: 72,5% |
| Mears et al., 2004 (ΗΠΑ) | Παιδιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη | 109 (χρόνια κόπωση n=70/ CFS-like illness n=39 (11-18 ετών) | χρόνια κόπωση (κόπωση ≥ 1 μήνα) υπο-ουδικό ΣΧΚ (χρόνια κόπωση+4 από τα 8 συμπτώματα των Fukuda et. | <ul style="list-style-type: none"> Πονοκεφάλοι: 69,1% Πόνος στο στομάχι: 53,7% Μυϊκοί πόνοι: 52,9% Δυσκολίες στον ύπνο: 49,3% |

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------------|--|---|
| | | | al., 1994) | |
| ter Wolbeek et al., 2006 (Ολλανδία) | Κοινότητα (σχολεία) | 3454 MO=14,7 έτη (1,4) | σοβαρή κόπωση (κόπωση > 1 μήνες) σοβαρή κόπωση (κόπωση > 3 μήνες) | <ul style="list-style-type: none"> • Πονοκέφαλοι: 52,9% • Διαταραχές ύπνου: 53,8% • Διαταραχές συγκέντρωσης: 26,4% • Διαταραχές μνήμης: 14,1% |

1.5. Ο αντίκτυπος των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους

Οι καταστάσεις κόπωσης έχουν σημαντικό αντίκτυπο σε διάφορους τομείς στη ζωή των παιδιών και των εφήβων. Όπως είναι εμφανές σε διάφορες έρευνες οι κύριοι τομείς που πλήττονται αφορούν τη σχολική δραστηριότητα και την ανάπτυξη σχέσεων με τους συνομηλίκους. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνά τους οι Farmer et al. (2004) βρήκαν ότι 44% των αγοριών με χρόνια κόπωση και 53% των κοριτσιών δεν είχαν απουσίες στο σχολείο, ενώ το 28% και 38% αντίστοιχα αντιμετώπιζαν προβλήματα στο σχολείο καθώς απουσίαζαν κατά μέσο όρο 12,02 μέρες τον μήνα. Οι γονείς των εφήβων ανέφεραν ότι η χρόνια κόπωση είχε προκαλέσει σημαντική δυσλειτουργία στις σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και στις εξωσχολικές δραστηριότητες τους.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η πρόγνωση του ΣΧΚ επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τον αντίκτυπο της ασθένειας στην εκπαιδευτική διαδικασία. Το 40% των συμμετεχόντων απουσίασαν λίγο ή καθόλου από το σχολείο, 22,9% απουσίασαν από 1 ως 6 μήνες, 8,6% 6-12 μήνες και 5,7% 1- 2 έτη, καθώς 22,9% των εφήβων απουσίασαν από το σχολείο > 2 έτη (Bell et al., 2001). Επιπρόσθετα, ο σημαντικός αντίκτυπος του ΣΧΚ στη σχολική δραστηριότητα διαφάνηκε και στη μελέτη των Smith et al. (2003) καθώς οι ασθενείς με ΣΧΚ και ΙΧΚ απουσίαζαν συχνότερα από το σχολείο σε σχέση με τους εφήβους που έπασχαν από ημικρανία και τους υγιείς μάρτυρες. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα μιας ακόμη μελέτης όπου διερευνήθηκε η λειτουργικότητα (παρουσίες στο σχολείο, δραστηριότητες εντός οικίας, σχέσεις με φίλους και σχέσεις με την οικογένεια) νεαρών ασθενών που έπασχαν από ΣΧΚ,

ιδιοπαθή νεανική αρθρίτιδα και συναισθηματικές διαταραχές και διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι με ΣΧΚ εμφάνιζαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μειωμένη λειτουργικότητα σε όλους τους προαναφερόμενους τομείς (Garralda & Rangel, 2004). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνονται οι ευκαιρίες για την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των εφήβων που συνιστούν ένα από τα βασικά αναπτυξιακά επιτεύγματα της εφηβείας (Garralda & Rangel, 2004). Τέλος, στη μελέτη της Vereker (1992) βρέθηκε ότι οι απουσίες των ασθενών πασχόντων από ΣΧΚ κυμαίνονταν από μισή σχολική χρονιά μέχρι 2 συναπτά έτη. Από τα προαναφερόμενα γίνεται αντιληπτό ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο ζήτημα της σχολικής επανένταξης των νεαρών ασθενών με ΣΧΚ, καθώς αυτό ενισχύει τα αισθήματα αποκλεισμού και απόρριψης που βιώνουν με την περαιτέρω ενίσχυση της απουσίας από το σχολείο.

2. ΣΚΟΠΟΣ- ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1 Σκοπός-στόχοι

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία επιδιώκει τη διερεύνηση του φαινομένου της χρόνιας κόπωσης (σοβαρή κόπωση διάρκειας > 6 μηνών) σε δείγμα μαθητών Λυκείου της Βορειοδυτικής Ελλάδας.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η ανεύρεση του επιπολασμού της χρόνιας κόπωσης στον εν λόγω πληθυσμό.
2. Η διερεύνηση της συσχέτισης της χρόνιας κόπωσης με βασικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η απασχόληση των γονέων, η παρουσία οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια και η προσωπική κοινωνική θέση των μαθητών στο σχολείο, όπως αυτή αντανακλάται στην επίδοση.
3. Η μελέτη της συσχέτισης της χρόνιας κόπωσης με τη γενική και ψυχική υγεία των εφήβων καθώς και τη ψυχιατρική νοσηρότητα.

2.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις που θα ελεγχθούν είναι οι εξής:

1. Η ψυχιατρική νοσηρότητα επηρεάζει την εμφάνιση της χρόνιας κόπωσης των εφήβων μαθητών.
2. Η ηλικία των μαθητών συσχετίζεται με τη χρόνια κόπωση, καθώς μεγαλύτερα ηλικίας παιδιά εμφανίζουν χρόνια κόπωση σε υψηλότερο ποσοστό.
3. Κατά πόσο το φύλο των εφήβων επηρεάζει την εμφάνιση της χρόνιας κόπωσης.
4. Αν οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συσχετίζονται με τη χρόνια κόπωση.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Σχέδιο της μελέτης και δείγμα

Για την παρούσα μεταπτυχιακή εργασία χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα που αντλήθηκαν από τη σχολική μελέτη της Ηπείρου. Η σχολική μελέτη της Ηπείρου σχεδιάστηκε με στόχο να εκτιμήσει την ψυχική και σωματική υγεία των εφήβων μαθητών που φοιτούν σε Λύκεια της περιφέρειας της Ηπείρου και της ευρύτερης περιοχής της Δυτικής – Βορειοδυτικής Ελλάδας. Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά δέκα Λύκεια και συγκεκριμένα όλα τα Γενικά Λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων (οκτώ) και από ένα Γενικό Λύκειο (το πρώτο) στην Πρέβεζα και το Αγρίνιο. Οι επιλεγθείσες σχολικές μονάδες εκτός Ιωαννίνων έγιναν βάση της διαθεσιμότητας των ερευνητών εκείνη την περίοδο. Για τη διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το Υπουργείο Υγείας. Στα επιλεγέντα σχολεία ζητήθηκε η συμμετοχή όλων των μαθητών και των τριών τάξεων, εκτός από τα Λύκεια Πρεβέζης και Αγρινίου, όπου η δειγματοληψία αφορούσε μόνο στις πρώτες δύο τάξεις για λόγους διαχειριστικούς. Κατόπιν ενημέρωσης των μαθητών για τους σκοπούς της μελέτης, ζητήθηκε από τους γονείς έγγραφη συναίνεση συμμετοχής των παιδιών στη μελέτη.

Το επιδημιολογικό σχέδιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ήταν αυτό των δυο φάσεων (Dunn et al, 1999). Βάσει του σχεδίου αυτού, η μελέτη διεξάγεται σε δύο φάσεις, όπου στην πρώτη φάση χορηγείται ένα απλό και γρήγορο ερωτηματολόγιο διαλογής που προέκυψε από τη ψυχιατρική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule – Revised» (CIS-R) (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη) και το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ). Για τη δεύτερη φάση αξιολογούνται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διαλογής και επιλέγεται ένα τυχαίο δείγμα των συμμετεχόντων της πρώτης φάσης. Η επιλογή γίνεται κατά στρώματα ανάλογα με το αποτέλεσμα της διαλογής. Στη δεύτερη αυτή φάση εκτιμάται η ψυχιατρική νοσηρότητα με τη βοήθεια της ηλεκτρονικής μορφής της ψυχιατρικής συνέντευξης «Clinical Interview Schedule – Revised» (CIS-R) (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη).

Για την παρούσα εργασία θα χρησιμοποιηθούν δεδομένα που αντλήθηκαν κατά τη δεύτερη φάση της σχολικής μελέτης της Ηπείρου. Θα ακολουθήσει σύντομη

περιγραφή της μεθοδολογίας, των εργαλείων και των ερευνητικών διαδικασιών και των δύο φάσεων προκειμένου να γίνουν περισσότερο κατανοητά τα δεδομένα που αφορούν την εν λόγω εργασία.

3.1.1. Η σχολική μελέτη της Ηπείρου: Ερευνητική Διαδικασία

Στο γράφημα 1 παρουσιάζεται συνοπτικά το σχέδιο της μελέτης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από το Δεκέμβριο του 2006 έως το Μάιο του 2007.

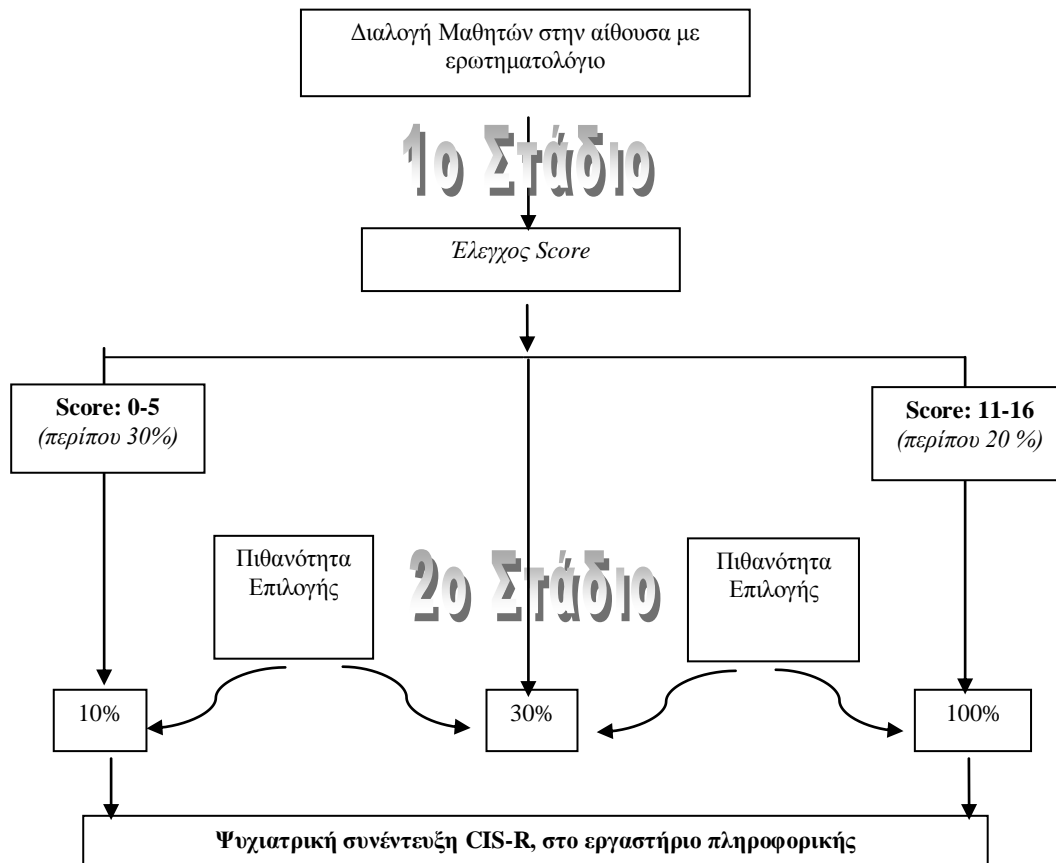
A' Φάση Μελέτης

Στην πρώτη φάση συμμετείχαν όλοι οι μαθητές που είχαν συναινέσει και οι οποίοι βρίσκονταν εκείνη την ημέρα στο σχολείο (σύνολο μαθητών που συμμετείχαν $N_1=2363$, ποσοστό συμμετοχής 88%). Οι μαθητές μέσα στις τάξεις συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που περιείχε κοινωνικοδημογραφικές, κοινωνικοοικονομικές και άλλες μεταβλητές, το ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (CIS-R Screener) και το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-12) υπό την παρουσία των ερευνητών (χρόνος συμπλήρωσης: περίπου 10 λεπτά).

B' Φάση Μελέτης

Με βάση το σκορ στο ερωτηματολόγιο διαλογής οι μαθητές επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν στη δεύτερη φάση ως εξής: μαθητές με υψηλό σκορ (≥ 11) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 100%, μαθητές με ενδιάμεσο σκορ (≤ 10 και ≥ 6) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 30% και μαθητές με χαμηλό σκορ (≤ 5) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 10%. Οι συγκεκριμένες τιμές cutoff του ερωτηματολογίου προέκυψαν από την πιλοτική μελέτη και αντιστοιχούν στο 80° (η τιμή 11) και 30° (η τιμή 5) εκατοστημόριο. Η δειγματοληψία αυτή αναφέρεται ως στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία (stratified random sampling). Για την τυχαία επιλογή χρησιμοποιήθηκε ειδικό πρόγραμμα παραγωγής τυχαίων αριθμών (<http://www.randomizer.org/>). Η δεύτερη φάση έγινε στα εργαστήρια πληροφορικής των σχολείων λίγες μέρες μετά και συμμετείχαν οι μαθητές που είχαν επιλεγεί στο τυχαίο στρωματοποιημένο δείγμα ($N_2=875$, ποσοστό συμμετοχής 99%), οι οποίοι

συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική μορφή της ψυχιατρικής συνέντευξης CIS-R (χρόνος συμπλήρωσης: 15 έως 30 λεπτά ανάλογα με τη συμπτωματολογία). Στους μαθητές δεν δόθηκε κάποια ιδιαίτερη διευκρίνιση για τη συμπλήρωση της συνέντευξης, απλά αναφέρθηκε από τον ερευνητή να διαβάζουν προσεκτικά την κάθε ερώτηση και να επιλέγουν με το ποντίκι του υπολογιστή την απάντηση που τους αντιπροσωπεύει καλύτερα.



Γράφημα 1: Το σχέδιο της μελέτης

3.2. Ψυχομετρικά εργαλεία πρώτης φάσης

3.2.1. Ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (CIS-R Screener)

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο διαλογής αξιολογεί 14 ψυχιατρικά συμπτώματα, εξ' ου και αποτελείται από 14 λήμματα. Κάθε λήμμα έχει 2 υπο-ερωτήματα διαλογής. Η δεύτερη ερώτηση ερωτάται μόνο εφόσον η απάντηση στην πρώτη ήταν αρνητική.

Αν είναι και οι δυο απαντήσεις αρνητικές, τότε παρακάμπτονται όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις αυτού του συμπτώματος και ο συμμετέχων προχωρά στο επόμενο σύμπτωμα. Για παράδειγμα στην περίπτωση της κόπωσης, οι δυο ερωτήσεις διαλογής είναι οι εξής: *Ερώτηση 1*: «Ένιωσες κουρασμένος τον περασμένο μήνα;»

Ερώτηση 2: «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, ένιωσες ατονία;»

Εκτός των 14 ερωτήσεων προστέθηκαν άλλες 2 για την εκτίμηση των προβλημάτων ύπνου (η πρώτη ερώτηση αφορούσε προβλήματα με μειωμένο ύπνο, η δεύτερη με υπερυπνία) και των διαταραχών συγκέντρωσης / μνήμης (η πρώτη ερώτηση αφορούσε στη συγκέντρωση / προσοχή, η δεύτερη στη μνήμη). Η διαφορά στα ερωτήματα αυτά είναι ότι η απάντηση στη δεύτερη ερώτηση ήταν υποχρεωτική. Οι ερωτήσεις ήταν διωνυμικού τύπου «Ναι – Όχι» και βαθμολογούνται το «Ναι» με 1 και το «Όχι» με 0. Έτσι το πιθανό εύρος της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο ήταν από 0 έως 16. Η συντρέχουσα εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου διαλογής ελέγχθηκε στην πιλοτική μελέτη.

3.2.2. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ)

Όσον αφορά στο GHQ, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η έκδοση των 12 λημμάτων. Η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου περιέχει 60 λήμματα και οι ερωτήσεις του κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: (α) κατάθλιψη, (β) άγχος, (γ) κοινωνική λειτουργικότητα, (δ) σωματικά συμπτώματα (Goldberg, 1972). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο, όπου ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει, εάν έχει βιώσει κάποιο σύμπτωμα ή εάν έχει υιοθετήσει κάποια συμπεριφορά κατά το τελευταίο διάστημα (τελευταίος μήνας) έχοντας ως σημείο αναφοράς την προσωπική του συνήθη κατάσταση. Κάθε λήμμα έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις που ακολουθούν ένα πρότυπο του τύπου: «πολύ λιγότερο από ότι συνήθως», «λιγότερο από ότι συνήθως», «το ίδιο όπως συνήθως», «περισσότερο από ότι συνήθως», το οποίο μπορεί να μεταβάλλεται ανάλογα με το νόημα της ερώτησης. Χρησιμοποιήθηκε η βαθμολόγηση 0-0-1-1 (bi-modal), οπότε το πιθανό εύρος της βαθμολογίας στην έκδοση των 12 λημμάτων ήταν από 0 έως 12.

3.2.3. Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

Οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη σχολική μελέτη της Ηπείρου ήταν οι εξής:

1. Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (5 κατηγορίες)
2. Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (5 κατηγορίες)
3. Εργασιακή κατάσταση του πατέρα (7 κατηγορίες)
4. Εργασιακή κατάσταση της μητέρας (7 κατηγορίες)
5. Ηλικία των γονέων
6. Οικογενειακή κατάσταση (5 κατηγορίες)
7. Αριθμός αδελφών (μία ερώτηση για τον αριθμό των μεγαλύτερων και μία ερώτηση για τον αριθμό των μικρότερων αδελφών).
8. Αξιολόγηση της σχέσης των μαθητών με τους γονείς τους (5 κατηγορίες).
9. Αξιολόγηση της υγείας της μητέρας και του πατέρα κατά το τελευταίο διάστημα (5 κατηγορίες).
10. Υποκειμενική εκτίμηση της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας. Οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση: «Πώς πιστεύεις ότι τα παθαίνει η οικογένειά σου στον οικονομικό τομέα;» (Απαντήσεις: «Δεν αντιμετωπίζει καμιά δυσκολία», «Αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες», «Αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες», «Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες»). Δεν ρωτήθηκε απευθείας το οικογενειακό εισόδημα, διότι προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η εκτίμηση των μαθητών για το οικογενειακό εισόδημα δεν είναι πάντα αξιόπιστη (Currie, 1997, Skaripakis, 2006).
11. Υποκειμενική εκτίμηση της σχολικής επίδοσης από τον ίδιο το μαθητή. Πιο συγκεκριμένα οι μαθητές κλήθηκαν να συμπληρώσουν την πρόταση: «Γενικά, θα χαρακτήριζα τον εαυτό μου σχετικά με την επίδοσή μου στο σχολείο σαν:» με έναν από τους παρακάτω χαρακτηρισμούς: «άριστο», «πολύ καλό», «καλό», «μέτριο».

Στην πλειονότητα των μελετών που αφορούν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ο ορισμός του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των παιδιών και των εφήβων γίνεται βάση του γονεϊκού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Συνηθέστερα μάλιστα ως δείκτης χρησιμοποιείται το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο «της κεφαλής του νοικοκυριού» (West et al, 1990). Στις περισσότερες περιπτώσεις ως

κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της κεφαλής του νοικοκυριού ορίζεται το μορφωτικό επίπεδο ή η τρέχουσα απασχόληση του πατέρα. Ωστόσο, αρκετοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι, όσον αφορά στην υγεία των παιδιών και των εφήβων, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της μητέρας φαίνεται να έχει εξίσου ισχυρή, αν όχι ισχυρότερη, επίδραση (Lucht van der & Grothhoff, 1995). Αυτός είναι και ο λόγος, που στην παρούσα εργασία θα διερευνηθούν τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και των δύο γονέων. Πιο συγκεκριμένα, ως μορφωτικό επίπεδο ορίζεται το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που επιτεύχθηκε. Ως επίτευξη μιας βαθμίδας εκπαίδευσης θεωρήθηκε η αποφοίτηση από αυτή. Η επιλογή μπορούσε να γίνει ανάμεσα σε πέντε βαθμίδες εκπαίδευσης, από το Δημοτικό έως τις Ανώτατες Πανεπιστημιακές Σχολές. Όσον αφορά στην κατάταξη ανάλογα με την απασχόληση, η διάκριση έγινε ανάμεσα σε εργαζομένους στο δημόσιο τομέα, εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, ελεύθερους επαγγελματίες, συνταξιούχους και ανέργους, με δυνατότητα διάκρισης μεταξύ των τελευταίων σε αυτούς που αναζητούν εργασία, σε αυτούς που δεν εργάζονται λόγω προβλημάτων (όσον αφορά στον πατέρα) και σε αυτούς που επιλέγουν να φροντίζουν το σπίτι (όσον αφορά στη μητέρα).

Ταυτόχρονα, στη παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί και μια έκφραση της «ατομικιστικής» (individualistic) έννοιας του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Η διάσταση αυτή μετράται συνήθως μέσω του μορφωτικού επιπέδου ή της τρέχουσας απασχόλησης του ίδιου του νέου ατόμου. Σε εφήβους όμως ηλικίας 15-18 ετών, οι οποίοι, τουλάχιστον όσον αφορά στον ελληνικό χώρο, κατά κανόνα δεν εργάζονται και πολλοί από αυτούς δεν έχουν ολοκληρώσει ακόμη την εκπαίδευσή τους, είναι αρκετά δύσκολο να εφαρμοστεί ένας τέτοιος τρόπος μέτρησης. Για το λόγο αυτό, ως μέτρο της κοινωνικής θέσης (social position) του μαθητή στο σχολείο επιλέχθηκε η υποκειμενική αξιολόγηση της ακαδημαϊκής του επίδοσης στο σχολείο (Koivusilta, 2006).

3.2.4. Άλλες μεταβλητές

➤ Αυτοαναφερόμενο επίπεδο γενικής υγείας

Η μέτρηση έγινε μέσω μιας ερώτησης, η οποία καλούσε τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν γενικά την υγεία τους κατά το τελευταίο διάστημα. Υπήρχαν πέντε

πιθανές απαντήσεις: «άριστη», «πολύ καλή», «καλή», «μέτρια», «κακή». Η ερώτηση αυτή φαίνεται ότι διαθέτει υψηλή προγνωστική αξία όσον αφορά στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Kaplan et al, 1988), ενώ η σχέση μεταξύ της αυτοαναφερόμενης υγείας και της θνησιμότητας έχει αναδειχθεί ως ιδιαίτερα ισχυρή (Appels et al, 1996).

➤ **Αυτοαναφερόμενο επίπεδο ψυχολογικής υγείας**

Η μέτρηση έγινε μέσω μιας ερώτησης, η οποία καλούσε τους ερωτώμενους να αναφέρουν πώς νιώθουν ψυχολογικά κατά το τελευταίο διάστημα. Υπήρχαν και πάλι πέντε πιθανές απαντήσεις: «εξαιρετικά», «πολύ καλά», «καλά», «μέτρια», «κακά».

3.3. Ψυχομετρικά εργαλεία δεύτερης φάσης

3.3.1. Ψυχιατρική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule–Revised (CIS-R)»

Η εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας έγινε με την βοήθεια της ψυχιατρικής συνέντευξης «Clinical Interview Schedule – Revised» (CIS-R) (Lewis et al, 1992), η οποία συνιστά μια πλήρως δομημένη συνέντευξη, που έχει σχεδιαστεί κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να μπορεί να χορηγηθεί και από συνεντευκτές, που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι). Η CIS-R έχει χρησιμοποιηθεί παγκοσμίως ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό (Araya et al, 2001, Botega et al, 1995, Jenkins et al, 1997). Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική μορφή της συνέντευξης, η οποία έχει βρεθεί ότι έχει συγκρίσιμη αξιοπιστία με την κλασική, πρόσωπο με πρόσωπο, συνέντευξη (Lewis et al, 1988). Η συνέντευξη διερευνά την παρουσία, κατά τις τελευταίες επτά ημέρες, 14 κοινών συμπτωμάτων: σωματικά συμπτώματα σχετιζόμενα με την ψυχική υγεία ή με ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για την σωματική υγεία (υποχονδριακές ιδέες), κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις ιδέες, σωματικό άγχος, φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Εκτός του συνολικού σκορ, που αποτελεί μια γενική ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας, με τη βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων μπορεί επιπλέον να γίνει εκτίμηση των ψυχιατρικών

διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10). Η συνέντευξη μεταφράστηκε στα Ελληνικά από την ερευνητική ομάδα και η αξιοπιστία της μελετήθηκε στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης στα σχολεία του Νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 2006-7. Η ηλεκτρονική έκδοση της συνέντευξης επίσης αναπτύχθηκε από την ομάδα σε πλατφόρμα που βασίστηκε επάνω στην αντίστοιχη Αγγλική έκδοση.

3.3.2 Κλίμακα κόπωσης / ατονίας

Για την παρούσα εργασία ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η χρόνια κόπωση των εφήβων η οποία ανιχνεύεται μεταξύ των μετρούμενων συμπτωμάτων κατά την ψυχιατρική συνέντευξη CIS-R. Η κλίμακα της κόπωσης-ατονίας αποτελείται από 9 λήμματα. Τα τρία πρώτα λήμματα αφορούν ερωτήσεις διαλογής, διωνυμικού τύπου (Ναι-Όχι) στις οποίες εφόσον οι μαθητές δώσουν αρνητικές απαντήσεις παραλείπουν τις υπόλοιπες ερωτήσεις της κλίμακας. Η τρίτη ερώτηση αποτελείται από δύο υπο-ερωτήματα, το πρώτο είναι διωνυμικού τύπου και το δεύτερο διερευνά την πιθανή αιτιολογία της κόπωσης, όπου δίνονται έξι επιλογές (προβλήματα με τον ύπνο, σωματική ασθένεια, σκληρή και εντατική δουλειά, άγχος/ ανησυχία/ άλλη ψυχολογική αιτία, σωματική άσκηση, άλλο).

Από τα υπόλοιπα 5 λήμματα προέρχεται η βαθμολόγηση της κλίμακας της κόπωσης-ατονίας, όπου μια συγκεκριμένη απάντηση από τις δοθείσες επιλογές βαθμολογείται με 1 βαθμό. Έτσι προκύπτει η βαθμολόγηση να έχει εύρος από 0-4. Από το τελικό σκορ υπολογίζεται η βαρύτητα της κόπωσης/ατονίας.

Η τελευταία ερώτηση αφορά στη χρονική διάρκεια της κόπωσης, έτσι ώστε αν οι μαθητές απαντήσουν ότι η κόπωση που βιώνουν διαρκεί περισσότερο από 6 μήνες τότε βάσει των κριτηρίων που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ICD-10) τίθεται η διάγνωση της χρόνιας κόπωσης. Για την παρούσα εργασία δημιουργήθηκαν δύο μεταβλητές, η μία θα ονομαστεί χρόνια κόπωση (2+) που αφορά μαθητές που είχαν σκορ στη κλίμακα ≥ 2 και η χρονική διάρκεια της κόπωσης ξεπερνούσε τους 6 μήνες. Η άλλη θα ονομαστεί χρόνια κόπωση (3+) για όσους βαθμολογήθηκαν με σκορ ≤ 3 και επίσης με διάρκεια βίωσης της κόπωσης άνω των έξι μηνών. Η διαφορά στις δύο αυτές μεταβλητές έγκειται στη βαρύτητα της χρόνιας κόπωσης, καθώς η χρόνια κόπωση (3+) είναι αυξημένης βαρύτητας σε σχέση με τη χρόνια κόπωση (2+).

3.4. Στατιστική Ανάλυση

Όλες οι αναλύσεις έγιναν με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου STATA 9.0 SE. Η στρατηγική της ανάλυσης ήταν η εξής: Αρχικά εκτιμήθηκε η συσχέτιση της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με καθεμιά από τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές μέσω της ανάλυσης « χ^2 ». Στη συνέχεια έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και εκτιμήθηκαν οι λόγοι των odds (odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω της εντολή του STATA logistic. Στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν τρία μοντέλα. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο μοντέλο έγινε στάθμιση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, «υποκειμενικών» μεταβλητών (σχολική επίδοση, οικονομική κατάσταση) και των μεταβλητών που σχετίζονται με τη γενική και ψυχική υγεία, καθώς και τη ψυχιατρική νοσηρότητα ως προς το φύλο και την ηλικία των εφήβων. Στο δεύτερο μοντέλο συμπεριλήφθηκαν οι μεταβλητές: φύλο και ηλικία των εφήβων, κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και οι «υποκειμενικές μεταβλητές». Στο τρίτο μοντέλο, εκτός από τις μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο δεύτερο μοντέλο, προστέθηκε η ψυχιατρική νοσηρότητα όπως αυτή μετράται από τη ψυχιατρική συνέντευξη (CIS-R).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Περιγραφή του δείγματος

Ο πίνακας 1 περιλαμβάνει τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως αυτά προκύπτουν από την πρώτη φάση της μελέτης. Το 46% του δείγματος απαρτιζόταν από αγόρια (n=1086) και το 54% από κορίτσια (n=1277). Το 37% ήταν μαθητές της Α΄ Λυκείου, το 35% της Β΄ Λυκείου και το 28% της Γ΄ Λυκείου με μέση ηλικία του δείγματος 15,9 έτη. Η πλειονότητα των μαθητών αναφέρει ότι η σχολική τους επίδοση είναι καλή και πολύ καλή (73,6%) και ότι οι οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας είναι λίγες (52,7%).

Τα βασικά χαρακτηριστικά των γονιών του δείγματος είναι (πίνακας 1): οι πατέρες έχουν μέση ηλικία 47,8 και 42,7 έτη οι μητέρες αντίστοιχα. Η κυρίαρχουσα επαγγελματική ενασχόληση είναι αυτή του δημόσιου υπαλλήλου τόσο για τους πατέρες (36,6%), όσο και για τις μητέρες (35,8%) με την πλειονότητα των γονιών να είναι απόφοιτοι Λυκείου. Οι περισσότεροι γονείς είναι παντρεμένοι (91,0%) με δύο παιδιά (59,6%).

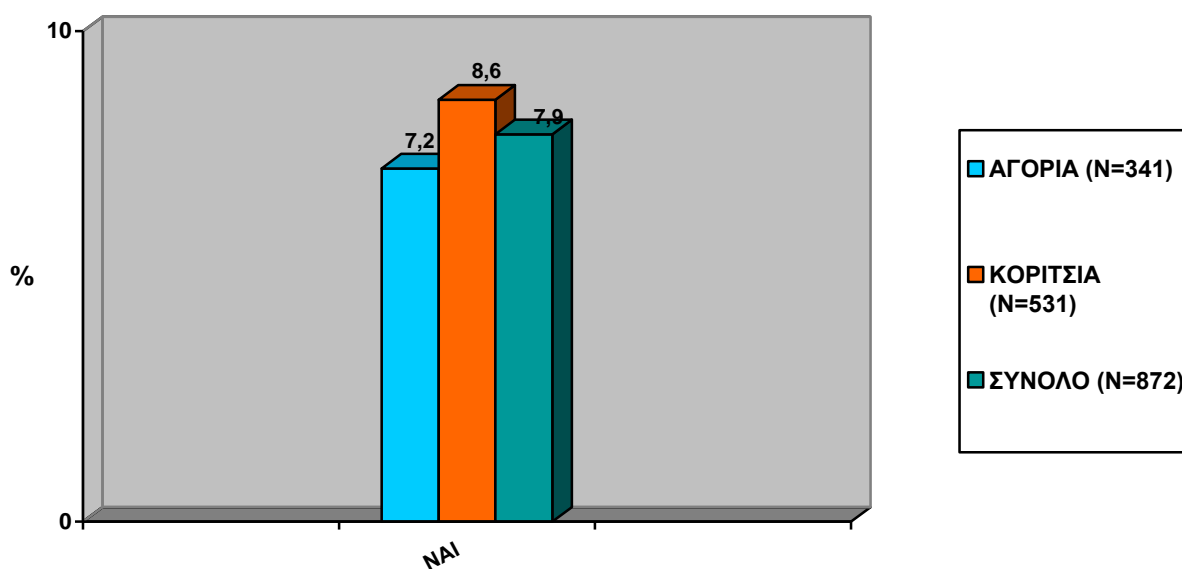
Πίνακας 1. Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος πρώτης φάσης (N1=2363).

| Μεταβλητή | N (%) ή Μέση Τιμή (SD) | Μεταβλητή | N (%) ή Μέση Τιμή (SD) |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Φύλο | | Απασχόληση πατέρα | |
| Αγόρι | 1086 (46,0%) | Δημόσιος υπάλληλος | 866 (36,6%) |
| Κορίτσι | 1277 (54,0%) | Ιδιωτικός υπάλληλος | 482 (20,4%) |
| Ηλικία | | Ελεύθερος επαγγελματίας | 761 (32,2%) |
| 15 | 910 (38,5%) | Συνταξιούχος | 115 (4,9%) |
| 16 | 844 (35,7%) | Υπολειμματική κατηγορία | 139 (5,9%) |
| 17 | 567 (24,0%) | Απασχόληση μητέρα | |
| 18 | 42 (1,8%) | Δημόσιος υπάλληλος | 845 (35,8%) |

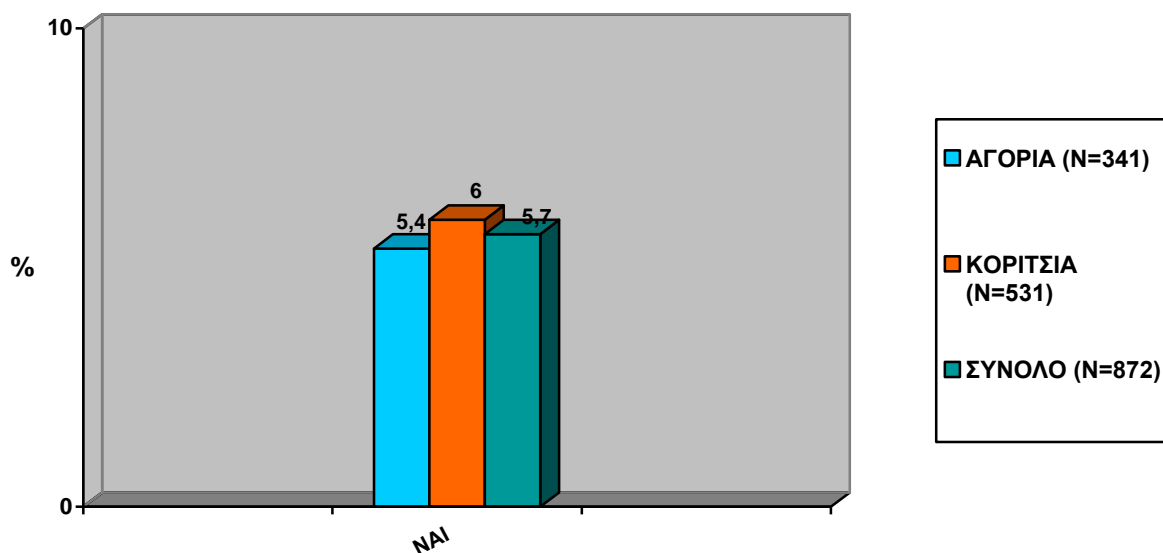
| | | | |
|--------------------------------|--------------|--|-------------|
| Τάξη | | Ιδιωτικός υπάλ/λος | 427 (18,0%) |
| Α΄ Λυκείου | 878 (37,2%) | Ελεύθερος επαγγελματίας | 274 (11,6%) |
| Β΄ Λυκείου | 816 (34,5%) | Άνεργη | 121 (5,1%) |
| Γ΄ Λυκείου | 669 (28,3%) | Οικιακά | 564 (23,9%) |
| Βαθμός | 16,5 (2,2) | Άλλο | 132 (5,6%) |
| Οικογ. κατάσταση γονέων | | Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | |
| Παντρεμένοι | 2151 (91,0%) | Δημοτικό | 264 (11,2%) |
| Διαζευγμένοι | 141 (6,0%) | Γυμνάσιο | 317 (13,4%) |
| Χηρεία | 71 (3,0%) | Λύκειο | 712 (30,1%) |
| Ηλικία πατέρα | 47,8 (4,9) | ΤΕΙ | 282 (1,9%) |
| Ηλικία μητέρας | 42,7 (4,6) | ΑΕΙ | 788 (33,4%) |
| Αριθμός αδερφών | | Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | |
| Κανένα | 194 (8,2%) | Δημοτικό | 253 (10,7%) |
| Ένα | 1047 (59,6%) | Γυμνάσιο | 295 (12,5%) |
| Δύο | 537 (22,7%) | Λύκειο | 880 (37,2%) |
| Τρία και άνω | 225 (9,5%) | ΤΕΙ | 220 (9,3%) |
| | | ΑΕΙ | 715 (30,3%) |
| Οικονομικές δυσκολίες | | Υποκειμενική αξιολόγηση σχολικής επίδοσης | |
| Όχι | 820 (34,7%) | Άριστα | 180 (7,6%) |
| Λίγες | 1245 (52,7%) | Πολύ καλά | 818 (34,7%) |
| Αρκετές | 252 (10,7%) | Καλά | 920 (38,9%) |
| Πολλές | 46 (1,9%) | Μέτρια | 444 (18,8%) |

Τα παρακάτω διαγράμματα (1 και 2) αναφέρονται στα ποσοστά χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) που εμφανίζουν οι μαθητές του δείγματος. Στο διάγραμμα 1 διαπιστώνεται ότι τα αγόρια εμφανίζουν χρόνια κόπωση (+2) σε μικρότερο ποσοστό (7,2%) από ότι τα κορίτσια (8,6%). Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων μικραίνει καθώς αυξάνει η βαρύτητα της χρόνιας κόπωσης (3+) (διάγραμμα 2) με 5,4% για τα αγόρια και 6% για τα κορίτσια.

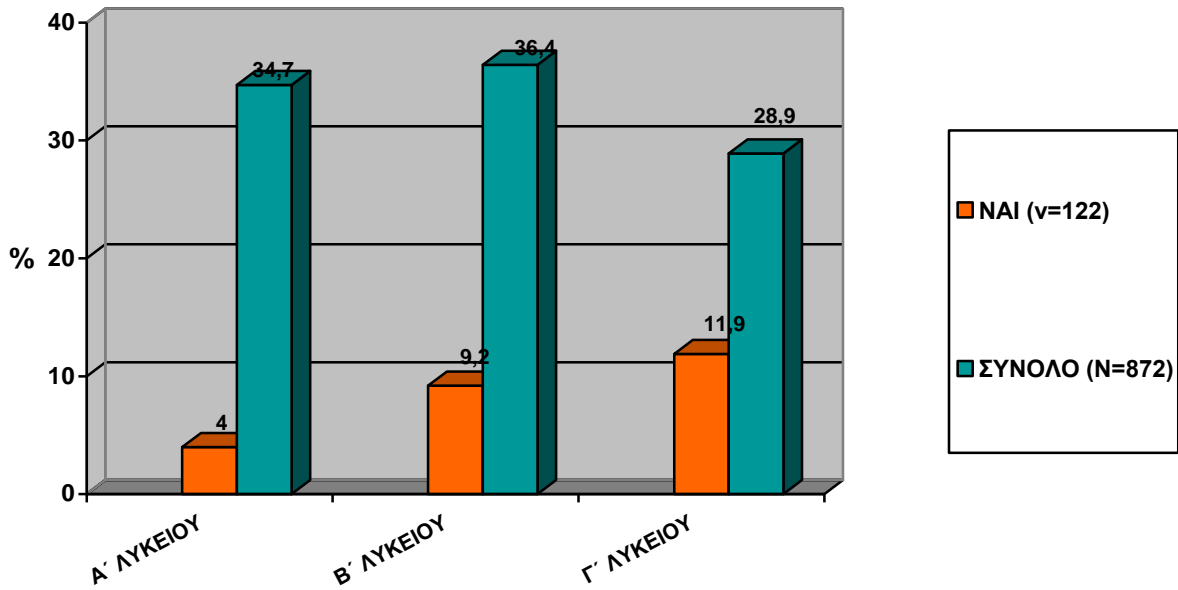
Διάγραμμα 1. Χρόνια κόπωση (2+) ανά φύλο



Διάγραμμα 2. Χρόνια κόπωση (3+) ανά φύλο

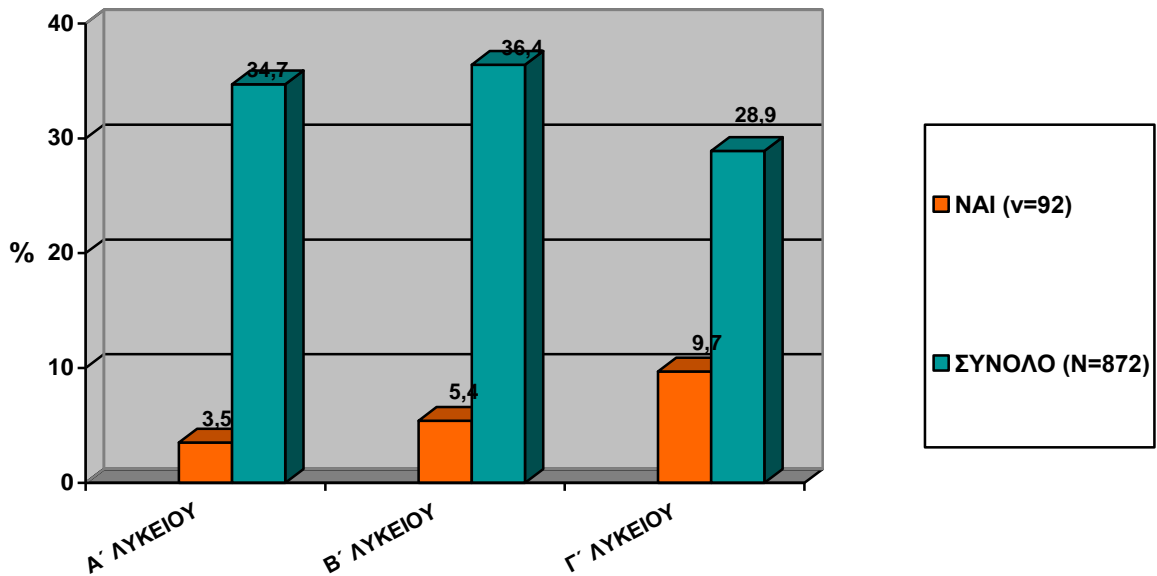


Διάγραμμα 3. Χρόνια κόπωση (2+) ανά σχολική τάξη



Στα διαγράμματα 3 και 4, παρουσιάζεται η χρόνια κόπωση (+2) και (+3) σε σχέση με την ηλικία. Είναι εμφανές ότι τα ποσοστά της χρόνιας κόπωσης αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας τόσο στην περίπτωση της χρόνιας κόπωσης (+2) όσο και

Διάγραμμα 4. Χρόνια κόπωση (3+) ανά σχολική τάξη



της χρόνιας κόπωσης αυξημένης βαρύτητας (+3).

4.2. Συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (+2) και (+3) με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

Στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με τις εξής μεταβλητές: φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση με την χρήση του χ^2 . Όπως διαπιστώνεται η κόπωση σχετίζεται με το φύλο, με τα κορίτσια να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (8,6%) κόπωση σε σύγκριση με τα αγόρια (8,6%). Η διαφορά μεταξύ των φύλων όμως δεν εντοπίζεται στην περίπτωση της χρόνιας κόπωσης (3+). Όσον αφορά στην ηλικία, αυτή σχετίζεται τόσο με την χρόνια κόπωση (2+) όσο και με τη χρόνια κόπωση (3+), καθώς τα παιδιά της Γ΄ Λυκείου εμφανίζουν σε υψηλότερο ποσοστό χρόνια κόπωση από ότι οι μαθητές της Α΄ και Β΄ Λυκείου. Επίσης η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται με τη χρόνια κόπωση, καθώς τα παιδιά διαζευγμένων γονιών και χήρων παρουσιάζουν χρόνια κόπωση σε υψηλότερο ποσοστό.

Πίνακας 2: Συσχετίσεις χρόνιας κόπωσης(2+) και (3+) με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|-------------------------------|--------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|
| | Ναι | χ^2 (df) | P | Ναι | χ^2 (df) | P |
| Φύλο | | 0,56 (1) | 0.46 | | 0,13(1) | 0.7 |
| ♂ | 7,2% | | | 5,4% | | |
| ♀ | 8,6% | | | 6,0% | | |
| Τάξη | | 12,28 (2) | 0.0001 | | 9,6 (2) | 0.0016 |
| A Λυκείου | 4% | | | 3,5% | | |
| B Λυκείου | 9,2% | | | 5,4% | | |
| Γ Λυκείου | 11,8% | | | 9,7% | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | 3,86(2) | 0.08 | | 6,97 (2) | 0.027 |
| Παντρεμένοι | 7,7% | | | 5,5% | | |
| Διαζευγμένοι/Διάσταση | 14% | | | 13,4% | | |
| Χηρεία | 3% | | | 10,6% | | |

Ο πίνακας 3 παραθέτει τις συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με τις παραδοσιακές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές όπως: το μορφωτικό επίπεδο των γονιών και το επάγγελμά τους. Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης δεν αναδεικνύεται στατιστικά σημαντική σχέση σε καμία από αυτές τις μεταβλητές.

Πίνακας 3 : Συσχετίσεις χρόνιας κόπωσης(2+) και (3+) με «παραδοσιακές» κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|----------------------------------|--------------------|---------------|-------|--------------------|---------------|-------|
| | Ναι | χ^2 (df) | P | Ναι | χ^2 (df) | P |
| Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | | 1,5 (4) | 0.72 | | 0,06 (4) | 0.99 |
| Δημοτικό | 6,9% | | | 6% | | |
| Γυμνάσιο | 10,3 | | | 5,7% | | |
| Λύκειο | 7,7% | | | 5,5% | | |
| ΤΕΙ | 7,8% | | | 5,8% | | |
| ΑΕΙ | 9,2% | | | 5,7% | | |
| Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | | 4,6 (4) | 0,37 | | 1,53(4) | 0.715 |
| Δημοτικό | 8,1% | | | 7,2% | | |
| Γυμνάσιο | 6,3% | | | 4,8% | | |
| Λύκειο | 7,5% | | | 5,2% | | |
| ΤΕΙ | 1,4% | | | 8,2% | | |
| ΑΕΙ | 7,2% | | | 5,4% | | |
| Απασχόληση Πατέρα | | 0,94 (4) | 0.776 | | 3,19 (4) | 0.416 |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 8,5% | | | 6,8% | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 6,4% | | | 3,8% | | |
| Ελ. Επαγγελματίας | 8,2% | | | 6% | | |
| Συνταξιούχος | 8,6% | | | 7,4% | | |
| Υπολειμματική Κατηγορία | 6,7% | | | 2,7% | | |
| Απασχόληση Μητέρας | | 0,909 (5) | 0.838 | | 0,471(5) | 0.92 |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 7,5% | | | 5,8% | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 6,8% | | | 5,3% | | |
| Ελ. Επαγγελματίας | 7,4% | | | 5,2% | | |
| Άνεργη | 8% | | | 7% | | |
| Οικιακά | 9,4% | | | 4,4% | | |
| Άλλο | 8% | | | 5,7% | | |

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται οι συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με υποκειμενικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές όπως οι οικονομικές δυσκολίες και η σχολική επίδοση. Η χρόνια κόπωση σχετίζεται με τις αναφερόμενες οικονομικές δυσκολίες. Τα παιδιά που θεωρούν ότι η οικογένεια τους αντιμετωπίζει μεγάλη οικονομική δυσκολία είναι αυτά που εμφανίζουν κόπωση σε υψηλότερο ποσοστό (21,2%) από ότι εκείνων που δεν αντιλαμβάνονται καμία οικονομική δυσκολία (6,5%). Η διαφορά, όμως, αυτή δεν προκύπτει στην περίπτωση της χρόνιας κόπωσης (3+). Αντιστοίχως, η χρόνια κόπωση (2+) και (3+) δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αξιολόγηση που κάνουν τα παιδιά για την επίδοσή τους στο σχολείο.

Πίνακας 4: Συσχετίσεις χρόνιας κόπωσης(2+) και (3+) με «υποκειμενικές» κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|----------------------------------|--------------------|---------------|--------------|--------------------|---------------|------|
| | Ναι | χ^2 (df) | P | Ναι | χ^2 (df) | p |
| Οικονομικές δυσκολίες | | 8,62 (3) | 0.022 | | 4,31 (3) | 0.16 |
| Καμία | 6,5% | | | 4,6% | | |
| Λίγες | 7,3% | | | 5,6% | | |
| Αρκετές | 13,2% | | | 9,3% | | |
| Πολλές | 21,2% | | | 12,8% | | |
| Αξιολόγηση σχολ. επίδοσης | | 6,23(3) | 0,194 | | 3,37 (3) | 0.37 |
| Άριστη | 11,4% | | | 6,7% | | |
| Πολύ καλή | 7,5% | | | 6,4% | | |
| Καλή | 5,7% | | | 4% | | |
| Μέτρια | 11,2% | | | 7,5% | | |

Ο πίνακας 5 αναδεικνύει τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με τη γενική υγεία και τη ψυχική υγεία των παιδιών. Παιδιά που δηλώνουν ότι η υγεία τους είναι κακή παρουσιάζουν χρόνια κόπωση σε μεγαλύτερο βαθμό (6,1%) από ότι όσα εμφανίζουν καλή υγεία. Επίσης, η αναφερόμενη καλή ψυχική υγεία σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+), ενώ η κακή ψυχική υγεία με υψηλότερα. Όσον αφορά στις οικογενειακές σχέσεις, η χρόνια κόπωση σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη μεταβλητή «σχέσεις με γονείς».

Πίνακας 5: Συσχετίσεις χρόνιας κόπωσης(2+) και (3+) με μεταβλητές σχετιζόμενες με την υγεία και με τις σχέσεις με τους γονείς

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|--------------------------|--------------------|---------------|--------------|--------------------|---------------|--------------|
| | Ναι | χ^2 (df) | P | Ναι | χ^2 (df) | p |
| Γενική υγεία | | 36,6 (1) | 0.00 | | 28,4 (1) | 0.000 |
| Καλή | 6,1% | | | 4,4% | | |
| Κακή | 25,1% | | | 18,8% | | |
| Ψυχική υγεία | | 28,8 (1) | 0.000 | | 24,3(1) | 0.000 |
| Καλή | 4,5% | | | 30,7% | | |
| Κακή | 15% | | | 11,4% | | |
| Σχέσεις με γονείς | | 27,88 (3) | 0.000 | | 13,8 (3) | 0.002 |
| Άριστες | 5,3% | | | 4,9% | | |
| Πολύ καλές | 4,3% | | | 3,2% | | |
| Καλές | 11,8% | | | 7,9% | | |
| Μέτριες | 18% | | | 11,9% | | |
| Κακές | 7,9% | | | 5,7% | | |

4.3. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τρία μοντέλα ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης. Στο πρώτο μοντέλο έγινε στάθμιση των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, «υποκειμενικών» μεταβλητών (σχολική επίδοση, οικονομική κατάσταση) και των μεταβλητών που σχετίζονται με τη γενική και ψυχική υγεία, καθώς και τη ψυχιατρική νοσηρότητα ως προς το φύλο και την ηλικία των εφήβων. Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα σταθμισμένα αποτελέσματα ως προς το φύλο και την ηλικία των προαναφερόμενων μεταβλητών σε σχέση με τη χρόνια κόπωση. Είναι εμφανές ότι η ηλικία εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με τη χρόνια κόπωση κατά τη στάθμιση του συνόλου των μεταβλητών. Επίσης, στατιστικά σημαντική σχέση αναδεικνύεται στην οικογενειακή κατάσταση, όπου τα παιδιά των διαζευγμένων/ σε διάσταση γονιών εμφανίζουν σε υψηλότερο ποσοστό χρόνια κόπωση (3+). Ακόμη, η υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την οικονομική κατάσταση της οικογένειας σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη χρόνια κόπωση (2+) και (3+). Τέλος, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της χρόνιας κόπωσης με τη γενική και ψυχική υγεία και τη ψυχιατρική νοσηρότητα διατηρείται παρά τη στάθμιση ως προς το φύλο και την ηλικία των μαθητών του δείγματος.

Πίνακας 6: Χρόνια Κόπωση: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 1)

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|---------------------------------|--------------------|------------|--------------|--------------------|------------|--------------|
| | Odds Ratios | 95% CI | P | Odds Ratios | 95% CI | P |
| Φύλο | | | | | | |
| ♂ | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| ♀ | 1,2 | 0,69 -0,14 | 0.48 | 1,1 | 0,6 – 2,05 | 0.719 |
| Τάξη | 1,73 | 1,37-2,19 | 0.001 | 1,74 | 1,31-2,32 | 0.002 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | | | | |
| Παντρεμένοι | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Διαζευγμένοι/Διάσταση | 2,23 | 0,95-5,24 | 0.062 | 3,07 | 1,15-8,22 | 0.030 |
| Χηρεία | 0,34 | 0,11-1,13 | 0.072 | 0,16 | 0,02-1,67 | 0,111 |
| Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | | | | | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Γυμνάσιο | 1,57 | 0,99-2,51 | 0.056 | 0,99 | 0,49-1,2 | 0.970 |
| Λύκειο | 1,09 | 0,46-2,53 | 0.810 | 0,85 | 0,34-2,1 | 0.689 |
| ΤΕΙ | 0,80 | 0,27-2,41 | 0.664 | 0,86 | 0,27-2,8 | 0.780 |
| ΑΕΙ | 1,11 | 0,48-2,6 | 0.783 | 0,88 | 0,33-2,4 | 0.787 |
| Μορφωτικό επίπεδο | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------|-------|--------------------|-----------|-------|
| μητέρας | | | | | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Γυμνάσιο | 0,75 | 0,25-2,23 | 0.560 | 0,62 | 0,22-1,71 | 0.316 |
| Λύκειο | 0,86 | 0,36-2,04 | 0.693 | 0,65 | 0,23-1,81 | 0.362 |
| ΤΕΙ | 1,87 | 0,48-7,26 | 0.324 | 1,1 | 0,23-5,38 | 0.888 |
| ΑΕΙ | 0,81 | 0,30-2,2 | 0.648 | 0,67 | 0,22-2,02 | 0.428 |
| Απασχόληση Πατέρα | | | | | | |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0,74 | 0,29-1,93 | 0.501 | 0,55 | 0,17-1,74 | 0.272 |
| Ελ. Επαγγελματίας | 0,88 | 0,41-1,87 | 0.708 | 0,83 | 0,39-1,76 | 0.582 |
| Συνταξιούχος | 0,95 | 0,14-6,6 | 0.957 | 1,02 | 0,12-8,50 | 0.981 |
| Υπολειμματική Κατηγορία | 0,74 | 0,33-1,68 | 0.432 | 0,37 | 0,12-1,12 | 0.073 |
| Απασχόληση Μητέρας | | | | | | |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0,79 | 0,35-1,76 | 0.518 | 0,79 | 0,29-2,16 | 0.617 |
| Ελ. Επαγγελματίας | 0,93 | 0,35-2,49 | 0.867 | 0,83 | 0,22-3,18 | 0.766 |
| Άνεργη | 1,09 | 0,24-4,92 | 0.897 | 1,27 | 0,28-5,71 | 0.728 |
| Οικιακά | 1,19 | 0,68-2,08 | 0.505 | 1,01 | 0,44-2,35 | 0.969 |
| Άλλο | 0,92 | 0,25-3,48 | 0.895 | 0,66 | 0,19-2,22 | 0.456 |

| | | | | | | |
|---|--------------------|------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|
| Οικονομικές δυσκολίες | | | | | | |
| Καμία | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Λίγες | 1,20 | 0,88-1,64 | 0.214 | 1,33 | 0,75-2,37 | 0.292 |
| Αρκετές | 2,21 | 1,30-3,74 | 0.008 | 2,19 | 1,22-3,94 | 0.014 |
| Πολλές | 3,9 | 1,09-13,64 | 0.038 | 2,98 | 0,53-16,67 | 0.186 |
| Αξιολόγηση σχολικής επίδοσης | | | | | | |
| Άριστη | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Πολύ καλή | 0,65 | 0,22-1,88 | 0.379 | 0,98 | 0,38-2,49 | 0.958 |
| Καλή | 0,51 | 0,16-1,60 | 0.217 | 0,63 | 0,16-2,49 | 0.468 |
| Μέτρια | 1,04 | 0,42-2,53 | 0.924 | 1,19 | 0,45-3,12 | 0.700 |
| Γενική υγεία | | | | | | |
| Καλή | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Κακή | 4,82 | 2,53-9,22 | 0.000 | 4,81 | 2,74-8,44 | 0.000 |
| Ψυχική υγεία | | | | | | |
| Καλή | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Κακή | 3,92 | 2,23-6,90 | 0.000 | 4,37 | 2,70-7,05 | 0.000 |
| Ψυχιατρική Νοσηρότητα | | | | | | |
| Σκορ (0-5) | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Σκορ (6-11) | 5,32 | 1,76-16,66 | 0.008 | 7,66 | 1,35-43,63 | 0.027 |
| Σκορ (12-17) | 10,68 | 3,80-29,95 | 0.001 | 17,57 | 4,01-76,86 | 0.002 |
| Σκορ (18+) | 23,5 | 9,19-60,08 | 0.000 | 38,51 | 12,49-118,69 | 0.000 |
| Σχέσεις με γονείς | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--------------------|------------|--------------|--------------------|-----------|--------------|
| Άριστες | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Πολύ καλές | 0,91 | 0,39-2,09 | 0,797 | 0,71 | 0,30-1,69 | 0,401 |
| Καλές | 2,56 | 1,67-3,94 | 0.001 | 1,75 | 1,09-2,79 | 0.024 |
| Μέτριες /Κακές | 4,62 | 2,07-10,33 | 0.002 | 3,03 | 1,58-5,8 | 0.004 |

Υποσημείωση: Για τον υπολογισμό του σκορ της ψυχιατρικής νοσηρότητας δεν συμπεριλαμβάνεται η βαθμολογία από την κλίμακα της κόπωσης/ ατονίας.

Ο πίνακας 7 παραθέτει τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το δεύτερο μοντέλο της ανάλυσης της λογιστικής παλινδρόμησης, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται οι εξής μεταβλητές: το φύλο, η ηλικία, οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και οι «υποκειμενικές μεταβλητές». Από την ανάλυση φαίνεται να διατηρείται η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης της χρόνιας κόπωσης με την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι/ σε διάσταση γονείς). Ωστόσο, η στατιστικώς σημαντική σχέση της χρόνιας κόπωσης και των «υποκειμενικών» οικονομικών δυσκολιών παύει να υφίσταται. Αντιθέτως, αναδεικνύεται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της χρόνιας κόπωσης (2+) με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα για την κατηγορία «Γυμνάσιο» και με τις σχέσεις των εφήβων με τους γονείς για τις κατηγορίες «Καλές» και «Μέτριες/Κακές», όπου δεν ίσχυε στο πρώτο μοντέλο.

Πίνακας 7: Χρόνια Κόπωση: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|----------------------------------|--------------------|------------|--------------|--------------------|-------------|--------------|
| | Odds Ratios | 95% CI | P | Odds Ratios | 95% CI | P |
| Φύλο | | | | | | |
| ♂ | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| ♀ | 1,02 | 0,58 -1,82 | 0,914 | 0,90 | 0,46 – 1,73 | 0,725 |
| Τάξη | 1,86 | 1,37-2,53 | 0.001 | 1,84 | 1,27-2,67 | 0.005 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | | | | |
| Παντρεμένοι | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Διαζευγμένοι/Διάσταση | 1,74 | 0,72-4,19 | 0,187 | 2,73 | 1,10-6,78 | 0.033 |
| Χηρεία | 0,37 | 0,94-1,44 | 0,131 | 0,25 | 0,02-3,58 | 0,270 |
| Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | | | | | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Γυμνάσιο | 1,78 | 1,067-2,99 | 0.031 | 1,17 | 0,59-2,31 | 0,615 |
| Λύκειο | 1,32 | 0,46-2,80 | 0,562 | 1,11 | 0,38-3,25 | 0,828 |
| TEI | 0,60 | 0,28-1,29 | 0,166 | 0,81 | 0,40-1,63 | 0,517 |
| ΑΕΙ | 1,03 | 0,38-2,76 | 0,947 | 0,92 | 0,3-2,81 | 0,867 |
| Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | | | | | | |
| Δημοτικό | 1,00 | | | 1,00 | | |

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|------------|--------------|--------------------|------------|-------|
| | (αναφοράς) | | | (αναφοράς) | | |
| Γυμνάσιο | 0,8 | 0,21-2,95 | 0.704 | 0,72 | 0,27-1,93 | 0.474 |
| Λύκειο | 0,81 | 0,27-2,38 | 0.664 | 0,61 | 0,2-1,85 | 0.335 |
| ΤΕΙ | 2,16 | 0,49-9,44 | 0.266 | 1,06 | 0,24-4,75 | 0.932 |
| ΑΕΙ | 0,96 | 0,33-2,78 | 0.933 | 0,74 | 0,27-2,03 | 0.519 |
| Απασχόληση Πατέρα | | | | | | |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0,63 | 0,20-1,99 | 0.392 | 0,48 | 0,12-1,9 | 0.257 |
| Ελ. Επαγγελματίας | 0,75 | 0,36-1,55 | 0.391 | 0,75 | 0,29-1,93 | 0.503 |
| Συνταξιούχος | 0,64 | 0,11-3,83 | 0.587 | 0,73 | 0,10-5,29 | 0.727 |
| Υπολειμματική Κατηγορία | 0,78 | 0,26-2,36 | 0.630 | 0,38 | 0,08-1,70 | 0.177 |
| Απασχόληση Μητέρας | | | | | | |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0,73 | 0,37-1,42 | 0.308 | 0,83 | 0,36-1,87 | 0.609 |
| Ελ. Επαγγελματίας | 0,96 | 0,33-2,81 | 0.939 | 0,84 | 0,22-3,27 | 0.776 |
| Άνεργη | 1,89 | 0,17-4,67 | 0.877 | 1,13 | 0,23-5,56 | 0.863 |
| Οικιακά | 1,24 | 0,76-2,01 | 0.345 | 1,13 | 0,46-2,77 | 0.756 |
| Άλλο | 1,14 | 0,34-3,86 | 0.809 | 0,91 | 0,27-3,03 | 0.857 |
| Σχέσεις με γονείς | | | | | | |
| Άριστες | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Πολύ καλές | 0,78 | 0,33-1,85 | 0.539 | 0,58 | 0,23-1,5 | 0.228 |
| Καλές | 2,29 | 1,27-4,14 | 0.011 | 1,53 | 0,913-2,55 | 0.095 |
| Μέτριες /Κακές | 3,47 | 1,29-9,31 | 0.019 | 2,04 | 0,97-4,35 | 0.062 |
| Οικονομικές δυσκολίες | | | | | | |
| Καμία | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Λίγες | 1,02 | 0,63-1,65 | 0.923 | 1,21 | 0,58-2,49 | 0.573 |
| Αρκετές | 1,56 | 0,74-3,31 | 0.210 | 1,79 | 0,77-4,19 | 0.155 |
| Πολλές | 2,50 | 0,57-11,03 | 0.195 | 2,18 | 0,26-18,32 | 0.428 |

Η ανάλυση της λογιστικής παλινδρόμησης ολοκληρώνεται με το τρίτο μοντέλο όπου εκτός από τις μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στο δεύτερο μοντέλο (φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και «υποκειμενικές μεταβλητές») προστίθεται και η μεταβλητή της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Όπως είναι φανερό από τα αποτελέσματα του πίνακα 8 η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση (Διαζευγμένοι/ Διάσταση) εξακολουθούν να εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα στο μοντέλο. Αξιοσημείωτο είναι το ότι αναδεικνύεται η στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του φύλου με τη χρόνια κόπωση με τα αγόρια να έχουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν κόπωση εάν ληφθεί υπόψη η ψυχιατρική νοσηρότητα. Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο η ψυχιατρική νοσηρότητα σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη χρόνια κόπωση. Πιο συγκεκριμένα, οι έφηβοι που έχουν χαμηλό σκορ (6-11) στη ψυχιατρική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule –

Revised» (CIS-R) εμφανίζουν 5 φορές συχνότερα χρόνια κόπωση από την κατηγορία αναφοράς (σκορ=0-5). Αντίστοιχα, η πιθανότητα εμφάνισης χρόνιας κόπωσης αυξάνει κατά 9,5 φορές στους εφήβους με σκορ (12-17) και σχεδόν 20πλασιάζεται σε εκείνους που έχουν σκορ (18+).

Πίνακας 8: Χρόνια Κόπωση: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

| | Χρόνια Κόπωση (2+) | | | Χρόνια Κόπωση (3+) | | |
|----------------------------------|--------------------|------------|--------------|--------------------|-------------|--------------|
| | Odds Ratios | 95% CI | P | Odds Ratios | 95% CI | P |
| Φύλο | | | | | | |
| ♂ | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| ♀ | 0,58 | 0,38 -0,92 | 0.025 | 0,46 | 0,30 – 0,71 | 0.003 |
| Τάξη | 1,73 | 1,19-2,53 | 0.009 | 1,63 | 1,08-2,46 | 0.024 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | | | | |
| Παντρεμένοι | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Διαζευγμένοι/Διάσταση | 1,34 | 0,5-3,86 | 0.486 | 2,08 | 0,7-6,21 | 0.033 |
| Χηρεία | 0,57 | 0,13-2,30 | 0.375 | 0,42 | 0,03-5,43 | 0,164 |
| Μορφωτικό επίπεδο πατέρα | | | | | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Γυμνάσιο | 1,55 | 0,62-3,86 | 0.312 | 0,92 | 0,40-2,11 | 0.827 |
| Λύκειο | 1,31 | 0,48-3,56 | 0.563 | 1,11 | 0,39-3,14 | 0.822 |
| ΤΕΙ | 0,56 | 0,26-1,21 | 0.123 | 0,75 | 0,29-1,92 | 0.505 |
| ΑΕΙ | 0,86 | 0,4-1,85 | 0,667 | 0,74 | 0,27-2,02 | 0.515 |
| Μορφωτικό επίπεδο μητέρας | | | | | | |
| Δημοτικό | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Γυμνάσιο | 1 | 0,25-3,94 | 0.997 | 0,95 | 0,36-2,52 | 0.908 |
| Λύκειο | 1,10 | 0,37-3,30 | 0.843 | 0,84 | 0,24-2,94 | 0.754 |
| ΤΕΙ | 2,56 | 0,62-10,56 | 0.167 | 1,25 | 0,24-2,94 | 0.724 |
| ΑΕΙ | 1,32 | 0,41-4,23 | 0.609 | 0,98 | 0,32-4,91 | 0.970 |
| Απασχόληση Πατέρα | | | | | | |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0,61 | 0,19-2,0 | 0.370 | 0,45 | 0,11-1,84 | 0.232 |
| Ελ. Επαγγελματίας | 0,70 | 0,31-1,59 | 0.353 | 0,68 | 0,25-1,86 | 0.414 |
| Συνταξιούχος | 0,59 | 0,91-3,78 | 0.532 | 0,61 | 0,09-4,17 | 0.574 |
| Υπολειμματική Κατηγορία | 0,69 | 0,24-1,96 | 0.436 | 0,33 | 0,08-1,29 | 0.099 |
| Απασχόληση Μητέρας | | | | | | |
| Δημόσιος Υπάλληλος | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Ιδιωτικός Υπάλληλος | 0,63 | 0,37-1,10 | 0.094 | 0,71 | 0,33-1,53 | 0.339 |
| Ελ. Επαγγελματίας | 1,14 | 0,56-2,30 | 0.660 | 0,98 | 0,36-2,69 | 0.974 |
| Άνεργη | 0,71 | 0,17-2,94 | 0.597 | 0,87 | 0,22-3,49 | 0.825 |
| Οικιακά | 1,48 | 0,085-2,60 | 0.146 | 1,27 | 0,55-2,96 | 0.527 |
| Άλλο | 0,72 | 0,27-1,92 | 0.465 | 0,53 | 0,21-1,35 | 0.160 |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|------------|--------------|--------------------|-------------|--------------|
| Σχέσεις με γονείς | 1,28 | 1-1,67 | 0.059 | 1,01 | 0,78-1,32 | 0.921 |
| Οικονομικές δυσκολίες | 1,12 | 0,79-1,58 | 0.485 | 1,14 | 0,77-1,70 | 0.473 |
| Ψυχιατρική Νοσηρότητα | | | | | | |
| Σκορ (0-5) | 1,00 (αναφοράς) | | | 1,00 (αναφοράς) | | |
| Σκορ (6-11) | 5,27 | 1,53-18,15 | 0.014 | 7,82 | 1,20-50,97 | 0.035 |
| Σκορ (12-17) | 9,64 | 3,21-29,0 | 0.001 | 18,17 | 3,96-83,5 | 0.002 |
| Σκορ (18+) | 20,17 | 8,12-50,12 | 0.000 | 38,68 | 10,9-137,23 | 0.000 |

Υποσημείωση: Στον υπολογισμό του σκορ της ψυχιατρικής νοσηρότητας δεν συμπεριλαμβάνεται η βαθμολογία από την κλίμακα της κόπωσης/ ατονίας.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1. Βασικά ευρήματα

Στην παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε η διερεύνηση της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) σε δείγμα 2363 εφήβων μαθητών της Βόρειας Ελλάδας. Συγχρόνως, μελετήθηκαν οι πιθανές συσχετίσεις της με μια σειρά ψυχοκοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Περίπου 8% των εφήβων δήλωσαν ότι υποφέρουν από χρόνια κόπωση (2+), ενώ το ποσοστό αυτό είναι ελαφρώς χαμηλότερο (5,7%) για εκείνους με χρόνια κόπωση (3+). Οι συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με τις διάφορες μεταβλητές διαφοροποιούνται ανάλογα με το επίπεδο ανάλυσης που ακολουθείται.

Στο επίπεδο της μονομεταβλητής ανάλυσης εντοπίστηκαν αρκετές συσχετίσεις της χρόνιας κόπωσης (2+) και (3+) με τις κάτωθι μεταβλητές: ηλικία των μαθητών (τάξη), γενική και ψυχική υγεία και σχέσεις με γονείς. Επίσης, σε αυτό το επίπεδο ανάλυσης, η κόπωση (2+) φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις οικονομικές δυσκολίες, ενώ η χρόνια κόπωση (3+) με την οικογενειακή κατάσταση.

Κατά το πρώτο μοντέλο (στάθμιση των μεταβλητών ως προς το φύλο και την ηλικία των εφήβων) της ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης διατηρούνται οι προαναφερόμενες συσχετίσεις, παρόλο που προστίθεται η ψυχιατρική νοσηρότητα, η οποία εμφανίζει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την χρόνια κόπωση (2+) και (3+). Ωστόσο, μια διαφορά που προκύπτει είναι ότι και η χρόνια κόπωση (3+) εμφανίζεται να έχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τις οικονομικές δυσκολίες.

Αναφορικά με το δεύτερο μοντέλο της πολυμεταβλητής ανάλυσης στο οποίο συμπεριλαμβάνεται το σύνολο των μεταβλητών εκτός της ψυχιατρικής νοσηρότητας και της γενικής και ψυχικής υγείας, η εικόνα ελαφρώς διαφοροποιείται καθώς αναδεικνύεται η σχέση της χρόνιας κόπωσης (2+) με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (Γυμνάσιο) και παύει να υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση της χρόνιας κόπωσης (3+) με τη μεταβλητή «σχέσεις με τους γονείς». Επίσης, στο μοντέλο αυτό η μεταβλητή «οικονομικές δυσκολίες» δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη χρόνια κόπωση (2+) και (3+).

Στο τελευταίο μοντέλο της ανάλυσης της λογιστικής παλινδρόμησης στο οποίο προστίθεται και η μεταβλητή της ψυχιατρικής νοσηρότητας (χωρίς ωστόσο να

υπολογίζονται η γενική και ψυχική υγεία) παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις. Οι μοναδικές συσχετίσεις που αναδεικνύονται είναι: με το φύλο, όπου για πρώτη φορά φαίνεται να παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τη χρόνια κόπωση, με τους νεαρούς εφήβους να εμφανίζουν χρόνια κόπωση σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με τα κορίτσια. Επίσης, η ηλικία εξακολουθεί να εμφανίζει στατιστική σημαντικότητα με τη χρόνια κόπωση, καθώς η χρόνια κόπωση απαντάται σε υψηλότερο ποσοστό μαθητών μεγαλύτερων τάξεων του Λυκείου. Ακόμη, διατηρείται η στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της χρόνιας κόπωσης (3+) με την οικογενειακή κατάσταση, με τα παιδιά διαζευγμένων ή σε διάσταση γονιών να εμφανίζουν συχνότερα χρόνια κόπωση. Τέλος, η ψυχιατρική νοσηρότητα σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη χρόνια κόπωση (2+) και (3+), με την αύξηση του σκορ των παιδιών στην κλίμακα της ψυχιατρικής νοσηρότητας να συνοδεύεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιας κόπωσης στους εφήβους.

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Για την πληρέστερη κατανόηση των αποτελεσμάτων, που παρατέθηκαν παραπάνω, απαραίτητη κρίνεται η συνεκτίμηση ορισμένων περιορισμών, τους οποίους θέτει η μελέτη. Έτσι:

- Ένας βασικός περιορισμός τίθεται από τον ίδιο τον τύπο της σχολικής μελέτης της Ηπείρου. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια μελέτη συγχρονικού τύπου. Κατά συνέπεια, οι όποιες συσχετίσεις αναδεικνύονται επιδέχονται πολλές, διαφορετικές μεταξύ τους, ερμηνείες, οι οποίες δεν είναι κατά ανάγκη αιτιολογικές. Οι αιτιολογικές ερμηνείες μπορούν να στοιχειοθετηθούν επαρκώς μόνο στις περιπτώσεις, που αναδεικνύονται μέσω άρτια σχεδιασμένων επιδημιολογικών μελετών διαχρονικού τύπου.
- Η αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και της απασχόλησής τους έγινε με αυτοαναφορά μόνο των ίδιων των μαθητών και όχι (και) με αναφορά των γονέων τους. Προηγούμενες μελέτες βέβαια έχουν δείξει ότι η αυτοαναφορά μπορεί να αποτελεί έναν αρκετά αξιόπιστο τρόπο συλλογής δεδομένων σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ωστόσο, με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς από τους εφήβους υπάρχει η πιθανότητα λανθασμένης ταξινόμησης (misclassification), καθώς και ο κίνδυνος μεγαλύτερου ποσοστού ελλειπουσών

τιμών. Εντούτοις, η λανθασμένη ταξινόμηση είναι πιθανότερο να συμβαίνει τυχαία (random misclassification) και έτσι, εάν επηρεάζει τα αποτελέσματα, είναι πιο πιθανό να τα επηρεάζει προς την μηδενική τιμή (null value), δηλαδή να αυξάνει την πιθανότητα σφαλμάτων τύπου II (ψευδώς αρνητικών). Επιπλέον, και όσον αφορά στις ελλείπουσες τιμές, φαίνεται ότι οι γονείς των παιδιών, τα οποία δεν απαντούν στις σχετικές ερωτήσεις τείνουν να μην απαντούν και οι ίδιοι, όταν ερωτώνται αντίστοιχα (Lien et al, 2001).

- Η μεταβλητή σχετικά με την απασχόληση των γονέων δεν περιέλαβε και την εξακρίβωση της σχετικής ιεραρχίας μέσα στον συγκεκριμένο επαγγελματικό κλάδο και έτσι δεν ήταν δυνατό να υπάρξουν στοιχεία σχετικά με την εργασιακή «τάξη» (occupational class) των γονέων, αλλά μόνο με τον τύπο της απασχόλησής τους. Ωστόσο, όλο και περισσότερες μελέτες διεθνώς τείνουν να χρησιμοποιούν «εναλλακτικούς» τρόπους ταξινόμησης των ατόμων σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, με αποτέλεσμα να υπάρχει ήδη μια αρκετά εκτενής βιβλιογραφία, η οποία παραθέτει δεδομένα ανάλογα της συγκεκριμένης σχολικής μελέτης.
- Η έρευνα αφορούσε μόνο σε εφήβους, που φοιτούν σε έναν από τους τύπους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, συγκεκριμένα σε Ενιαία Λύκεια. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευθούν σε εφήβους που έχουν διακόψει το σχολείο ή σε μαθητές άλλων τύπων Λυκείων (π.χ. Τεχνικά Λύκεια). Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία σχετικά με το ποσοστό των παιδιών που έχουν διακόψει τη φοίτηση. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας ορισμένα από τα στατιστικά στοιχεία που διατηρεί η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία θα μπορούσαμε να εξάγουμε κάποια αδρά, αλλά αρκετά ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Έτσι, με βάση τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των μαθητών που φοιτούσαν κατά το σχολικό έτος 2006-2007, οπότε και πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων, σε κάθε τύπο Λυκείου της χώρας (πλην των Εσπερινών Λυκείων, αφού σε αυτά φοιτούν κατά κανόνα ενήλικα άτομα) προκύπτει ότι το 68% περίπου των μαθητών Λυκείου φοιτούσαν σε Ενιαία Λύκεια. Θα μπορούσαμε λοιπόν να θεωρήσουμε ότι το δείγμα της έρευνάς μας είναι αρκετά αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των μαθητών Λυκείου της Ελλάδας. Πολύ λιγότερο αξιόπιστη είναι η προσπάθεια υπολογισμού του ποσοστού των παιδιών που φοιτούν σε Ενιαία Λύκεια επί του συνόλου των παιδιών της αντίστοιχης

ηλικιακής ομάδας, που κατοικούν στην Ελλάδα. Συνδυάζοντας εντούτοις τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία με τα δεδομένα της απογραφής πληθυσμού του 2001 προκύπτει ότι επί του συνόλου του πληθυσμού, που κατά το έτος 2006 αναμενόταν να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 15-19 (δηλαδή η ηλικιακή ομάδα 10-14 της απογραφής του 2001), ένα ποσοστό 58% περίπου φοιτούν σε κάποιον τύπο Λυκείου, ενώ ένα ποσοστό περίπου 39,4% παρακολουθούν Ενιαίο Λύκειο (επίσημη δικτυακή πύλη της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας).

- Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας. Κατά συνέπεια, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην γενίκευση των αποτελεσμάτων σε εφήβους που κατοικούν σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Ταυτόχρονα, τα σχολεία στα οποία πραγματοποιήθηκε η μελέτη βρίσκονται όλα σε αστικές περιοχές, με αποτέλεσμα να τίθεται ένας επιπλέον περιορισμός, όταν γίνεται προσπάθεια να γενικευθούν τα αποτελέσματα σε πληθυσμούς, που δεν διαμένουν σε μεγάλες αστικές περιοχές.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς όμως, η μελέτη διαθέτει αρκετά δυνατά σημεία. Έτσι, το μέγεθος του δείγματος είναι αρκετά ικανοποιητικό, ιδιαίτερα για τον ελληνικό χώρο, στον οποίο δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια ανάλογης έκτασης έρευνα σχετικά με το φαινόμενο της χρόνιας κόπωσης των εφήβων. Επίσης, η μεγάλη συμμετοχή των μαθητών συγκαταλέγεται στα θετικά σημεία της μελέτης.

5.3. Συμπεράσματα - Σύγκριση με άλλες έρευνες

Η χρόνια κόπωση συνιστά ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα που έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό την επιστημονική κοινότητα. Η ερευνητική δραστηριότητα που αφορά στα παιδιά και στους εφήβους είναι πιο πρόσφατη σε σύγκριση με των ενηλίκων. Στην παρούσα ενότητα θα επιχειρηθεί η σύγκριση των κυριότερων ευρημάτων της μελέτης με άλλων ερευνών εντοπισμένων στη διερεύνηση των καταστάσεων χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους. Αναφορικά με τον επιπολασμό της χρόνιας κόπωσης στους εφήβους της συγκεκριμένης μελέτης βρέθηκε να είναι 13,6 %, που εμπεριέχεται μεταξύ των ποσοστών (2,3%-20,4%) που αναδεικνύονται για τη χρόνια κόπωση στα παιδιά και στους εφήβους από άλλες

έρευνες (Farmer et al., 2004; Jones et al, 2004; Mears et al., 2004; ter Wolbeek et al., 2006). Τα αποτελέσματα δύσκολα είναι συγκρίσιμα καθώς παρατηρείται μεγάλη ποικιλία ορισμών που αναφέρονται στην κόπωση, διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία και διαφορές στα χαρακτηριστικά του επιλεγέντος δείγματος.

5.3.1. Χρόνια κόπωση και φύλο

Από την έρευνα προκύπτει ότι οι νεαροί έφηβοι εμφανίζουν χρόνια κόπωση σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι τα κορίτσια. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα αντίστοιχων μελετών. Στις έρευνες που εντοπίζεται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, τα κορίτσια εμφανίζουν 2-3 φορές συχνότερα είτε χρόνια κόπωση είτε ΣΧΚ σε σύγκριση με τα αγόρια (Farmer et al., 2004; Bell et al., 2001 Vereker et al, 1992; Smith et al., 2003; Garralda & Rangel, 2004; ter Wolbeek et al., 2006). Στις υπόλοιπες μελέτες οι ερευνητές βρήκαν παρόμοιο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών που πάσχουν από χρόνια κόπωση (Jones et al, 2004; Chalder et al., 2003; Mears et al., 2004). Μια πιθανή ερμηνεία για αυτή τη διαφοροποίηση έγκειται στο ότι στις προαναφερθείσες έρευνες δεν έχει διεξαχθεί στάθμιση για τις ψυχιατρικές διαταραχές. Έτσι, στην πραγματικότητα η σχέση μεταξύ φύλου και κόπωσης που υποστηρίζεται μεγαλύτερη εμφάνισή της στις έφηβες, πιθανόν ισχύει διότι τα κορίτσια παρουσιάζουν γενικότερα αυξημένο επιπολασμό ψυχικών συμπτωμάτων.

5.3.2. Χρόνια κόπωση και ηλικία

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη χρόνια κόπωση. Σε σύγκριση με τους εφήβους που φοιτούν στην Α΄ Λυκείου, τα παιδιά της Β΄ Λυκείου εμφανίζουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να παρουσιάσουν χρόνια κόπωση. Αντιστοίχως, η πιθανότητα χρόνιας κόπωσης σχεδόν διπλασιάζεται για τους μαθητές της Γ΄ Λυκείου σε σχέση με τους μαθητές της Β΄ Λυκείου. Η θετική αυτή συσχέτιση της ηλικίας με τη χρόνια κόπωση αποτελεί εύρημα και άλλων μελετών (Smith et al., 2003; Chalder et al., 2003; Mears et al., 2004). Πιθανόν αυτό να σχετίζεται με το ψυχοκοινωνικό στρες, το οποίο αυξάνει με το πέρασμα του χρόνου καθώς τα παιδιά εισέρχονται στην περίοδο της εφηβείας. Το στρες εμπλέκεται με πληθώρα βιολογικών και συμπεριφορικών μεταβλητών,

συμπεριλαμβανομένων γενετικών προδιαθεσικών παραγόντων, δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού ή/και του νευροενδοκρινικού συστήματος, καθώς και προτύπων διατροφής και άσκησης (Mears et al., 2004). Επίσης, είναι πιθανό η κόπωση να ακολουθεί μετά από κάποια ιογενή λοίμωξη, οι οποίες απαντώνται σε μεγάλη συχνότητα κατά το πέρας της εφηβείας και στην αρχή της ενήλικης ζωής, ειδικά με τη μετάβαση των παιδιών από το Γυμνάσιο στο Λύκειο (Viner & Christie, 2005).

5.3.3. Χρόνια κόπωση και ψυχιατρική νοσηρότητα

Σε πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί η σχέση της χρόνιας κόπωσης με τις ψυχιατρικές διαταραχές. Εκτός από τις καταθλιπτικές και τις αγχώδεις διαταραχές που εμφανίζουν σε υψηλό βαθμό συννοσηρότητα με τη χρόνια κόπωση στα παιδιά και στους εφήβους (Chalder et al., 2003; Farmer et al., 2004; Smith et al., 2001 ter Wolbeek et al., 2006; Vereker, 1992), έχει διερευνηθεί επίσης η σχέση της με τις διαταραχές της πρόσληψης τροφής (Griffiths et al., 1996). Η συσχέτιση της ψυχιατρικής νοσηρότητας με τη χρόνια κόπωση υποστηρίζεται και από την παρούσα μελέτη. Ωστόσο, το σχέδιο της έρευνας δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για τη φύση της σχέσης μεταξύ της χρόνιας κόπωσης και των διαταραχών της διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών.

Αρχικά, μπορεί να υποθεθεί ότι η χρόνια κόπωση και η κατάθλιψη οφείλονται σε παρόμοιους αιτιολογικούς παράγοντες και κατά συνέπεια συνιστούν την ίδια διαταραχή με διαφορετική κλινική εικόνα. Από την άλλη, η σχέση μεταξύ της κόπωσης και της πρωτογενούς μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και των αγχωδών διαταραχών είναι επαρκώς τεκμηριωμένη (Catherine et al., 1992). Ωστόσο, οι Cartel et al. (1995) διαπίστωσαν ότι τα παιδιά με ΣΧΚ παρουσίαζαν αυξημένα σωματικά συμπτώματα και εισέπρατταν μικρότερη ευχαρίστηση από τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ενώ εμφάνιζαν σε χαμηλότερο βαθμό καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικό ιδεασμό, αντικοινωνική συμπεριφορά, καθώς είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση και αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας σε σύγκριση με παιδιά που έπασχαν από διαταραχές του συναισθήματος. Ωστόσο, είναι προφανές ότι η εμφάνιση μιας χρόνιας κατάστασης που προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία σε πολλά επίπεδα στη ζωή των παιδιών και των εφήβων είναι πιθανόν να συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τη μελέτη των Farmer et al. (2004) προκύπτει ότι το ποσοστό των εφήβων με χρόνια κόπωση που

εμφανίζουν συννοσηρότητα με καταθλιπτική συνδρομή αυξάνει καθώς η κόπωση διαρκεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και προκαλεί δυσλειτουργία σημαντικού βαθμού.

Επίσης, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι έφηβοι με ΣΧΚ σε σύγκριση με εφήβους που πάσχουν από κάποια καταληκτική νόσο (πχ καρκίνο) έχουν μικρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Franklin, 1997). Κατά συνέπεια, αυτοί και οι οικογένειες τους συχνά βιώνουν την απορριπτική και μη υποστηρικτική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Οι εν λόγω ασθενείς και οι οικογένειες τους συχνά νιώθουν απομόνωση, αίσθημα αβοηθητότητας και απελπισία, γεγονός που δεν πρέπει να παραβέπεται, καθώς προσφέρει μια επαρκή ερμηνεία για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε πολλές περιπτώσεις (Richards, 2000).

5.4. Σημασία αποτελεσμάτων - Προτάσεις

Στις παραπάνω ενότητες έγινε φανερό ότι ανεξαρτήτως της αιτιολογίας της, η χρόνια κόπωση συνιστά ένα φαινόμενο που απαντάται αρκετά συχνά στους έφηβους, Έλληνες μαθητές, το οποίο συνοδεύεται από πληθώρα σωματικών συμπτωμάτων και προκαλεί σημαντική δυσλειτουργία, μεγαλύτερη από αυτή που προκαλούν πολλές χρόνιες ασθένειες που αφορούν την εν λόγω ηλικιακή ομάδα. Η ψυχιατρική νοσηρότητα συνιστά παράγοντα που σχετίζεται ισχυρά με τη χρόνια κόπωση, ωστόσο θα ήταν σκόπιμο να διεξαχθούν έρευνες που να επιτρέπουν την περαιτέρω διερεύνηση της φύσης της σχέσης της χρόνιας κόπωσης με τη ψυχιατρική νοσηρότητα. Επίσης, το γεγονός ότι η εφηβεία συνιστά τεκμηριωμένα πλέον μια εναρκτήρια περίοδο πλήθους ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένων της χρόνιας κόπωσης, ειδικά για τους νεαρούς εφήβους, χρήσιμος θεωρείται ο σχεδιασμός παρεμβάσεων πρόληψης που στοχεύουν στη διατήρηση και βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των εφήβων.

Επίσης, η μη συγκρισιμότητα των ερευνητικών δεδομένων εξαιτίας των διαφορετικών ορισμών για τις καταστάσεις χρόνιας κόπωσης δυσχεραίνουν τη διερεύνηση της αιτιολογίας και της φυσικής πορείας της χρόνιας κόπωσης, καθώς και την εξεύρεση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Κάτω από αυτό το πρίσμα, χρήσιμο θα ήταν να οριστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι διάφορες καταστάσεις χρόνιας κόπωσης, καθώς στην παρούσα φάση συγκεκριμένος ορισμός

υπάρχει μόνο για το ΣΧΚ στους ενήλικες, ενώ για την περίπτωση των παιδιών και των εφήβων ο ορισμός δεν είναι κοινά αποδεκτός από το σύνολο της επιστημονικής κοινότητας.

Ακόμη, κατά τη διαπραγμάτευση της χρόνιας κόπωσης σκόπιμο είναι να διευκρινίζεται αν πρόκειται για συνοδό σύμπτωμα οργανικής νόσου ή ψυχιατρικής διαταραχής ή αν αφορά ένα ιατρικώς ανεξήγητο σύμπτωμα ή ασθένεια ή το ΣΧΚ. Η μη επισήμανση αυτή στις διάφορες έρευνες συχνά περιπλέκει τη διερεύνηση ενός ήδη πολύπλευρου φαινομένου όπως είναι αυτό της χρόνιας κόπωσης. Συνοψίζοντας, μπορεί να ειπωθεί ότι η έγκαιρη και σωστή διάγνωση της χρόνιας κόπωσης στα παιδιά και στους εφήβους συνιστά μια αναγκαιότητα τόσο από πλευράς δημόσιας υγείας, όσο και για τη βελτίωση της προσωπικής υγείας του εκάστοτε πάσχοντος εφήβου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ελληνική

Αγραφιώτης Δ. Υγεία, αρρώστια, κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης. Εκδόσεις «Γιώργος Δάρδανος» 2003;2:65-91.

Επίσημη δικτυακή πύλη της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας: www.statistics.gr.

Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα» 1999;1:11-32.

B. Ξενόγλωσση

Appels A., Bosma H., Grabauskas V., Gostautas A., Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Social Science and Medicine* 1996; 42:681-689.

Araya R., Rojas G., Fritsch R., Acuna J., Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:228-233.

Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med* 1993;153:2759 –65.

Beard GM. Neurasthenia or nervous exhaustion. *Boston Medical and Surgical Journal* 1986;3:217-221.

Bell D. Chronic fatigue syndrome in children. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 1995;1:9–33.

Bell DS. Chronic Fatigue Syndrome: Recent advances in diagnosis and treatment. *Postgraduate Medicine* 1992;91:245-252.

Bell KM, Cookfair D, Dell DS, et al. Risk factors associated with chronic fatigue syndrome in a cluster of pediatric cases. *Rev Infect Dis* 1991;13:32–38.

Bell MD, Jordan K, and Robinson M. Thirteen-year follow-up of children and adolescents with chronic fatigue syndrome. *Pediatrics* 2001;107:994-998.

Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Junior C., Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1995;30:127-131.

Buchwald D, Umali P, Umali J, et al. Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: Prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med* 1995;123:81–8.

Buchwald D, Herrell R, Ashton S, et al. A twin study of chronic fatigue. *Psychosom Med.* 2001;63:936–943.

Butler S, Chalder T, Ron M, Wessely S. Cognitive behaviour therapy in chronic fatigue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991;54:153–8.

Carter BD, Edwards JF, Kronenberger WG, et al. Case control study of chronic fatigue in pediatric patients. *Pediatrics* 1995;95:179–86.

Carter BD & Marsall GL. New developments: diagnosis and management of chronic fatigue in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr* 1995;25:281-293.

Carruthers BM, Jain AK, DeMeirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM, Bested AC, Flor-Henry P, Joshi P, Powles ACP, Sherkey JA, & van de Sande MI. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Clinical working case definition, diagnostic and treatments protocols. *J of Chronic Fatigue Syndrome* 2003;11:7-115.

Cathebras PJ, Robbins JM, Kirmayer LJ, Hayton BC. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome. *J Gen Intern Med.* 1992;7:276–286.

Chalder T, Goodman R, Wessely S, et al. Epidemiology of chronic fatigue syndrome and self reported myalgic encephalomyelitis in 5-15 year olds; a cross sectional study. *BMJ* 2003;327:654-655.

Compston, ND. An outbreak of encephalomyelitis in the Royal Free Hospital Group, London in 1955. *Postgraduate Medical Journal* 1978;54:722–724.

Currie CE, Elton RA, Todd J., Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Education Research* 1997;12:385–397.

Dale JK, Straus SE. The chronic fatigue syndrome: considerations relevant to children and adolescents. *Adv Pediatr Infect Dis* 1992;7:63–83.

David A, Pelosi A, McDonald E, et al. Tired, weak, or in need of rest: Fatigue among general practice attendees. *Br Med J* 1990;301:1199 –202.

David A, Wessely S & Pelosi A. Postviral fatigue syndrome: Time for a new approach. *British Medical Journal* 1988;296:696–699.

David A, Wessely S & Pelosi A. Chronic fatigue syndrome: Signs of a new approach. *British Journal of Hospital Medicine* 1991: 45:158–163.

Davis MC, Matthews KA, Twamley EW. Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Ann Behav Med.* 1999;21:83–97.

Dawson J. Royal Free Disease: perplexity continues. *British Medical Journal* 1987;294:327–328.

Dowsett EG & Colby J. Long-term sickness absence due to ME/CFS in UK schools: An Epidemiological Study with Medical and Educational Implications. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 1997;3:29–42.

Dillon MJ. Epidemic neuromyasthenia at the Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London. *Postgraduate Medical Journal* 1978;54:725-730.

Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW, Blair SN. Comparison of Lifestyle and Structured Interventions to Increase Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness. *Journal of the American Medical Association* 1999;28:327-334.

Farmer A, Fowler T, Scourfield et al. Prevalence of chronic disabling fatigue in children and adolescents. *British J Psychiatry* 2004;184:477-481.

Franklin . Including patients who rated themselves as a little better would have altered results. *British Medical Journal* 1997; 315: 947.

Fry AM & Martin M. Cognitive idiosyncracies among children with the chronic atigue syndrome; anomalies in self-reported activity levels. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;1:213–223.

Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., Sharpe, M.C., Dobbins, J.G., Komaroff, A., & the International Chronic Fatigue Syndrome Study Group (1994). The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine* 1994;121:953-959.

Garralda ME and Rangel L. Annotation: Chronic fatigue syndrome in children and dolescents. *J Child Psychology and Psychiatry* 2002;43:169-176.

Garralda ME and Rangel L. Impairment and coping in children and adolescents with chronic fatigue syndrome: a comparative study with other paediatric disorders. *J Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(3):543-552.

Garralda ME and Chalder T. Practitioner review: chronic fatigue syndrome in childhood. *J Child Psychology and Psychiatry* 2005;46:1143-1151.

Gill AC, Dosen A, Ziegler J. Chronic fatigue syndrome in adolescents: a follow-up study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:225-229.

Goldberg D. *Detection of Psychiatric Illness by questionnaire.* Oxford 1972: Oxford University Press.

Griffiths RA, Beumont PJ, Moore GM & Touyz, SW. Chronic fatigue syndrome and dieting disorders: Diagnosis and management problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996;30:834–838.

Jason LA, Bell DS, Rowe K, Van Hoof ELS, Jordan K et al. A pediatric case definition for myalgic encephalomyelitis and chronic fatigue syndrome. *J Chronic Fatigue Syndr* 2006;13(2/3):1-44.

Jason LA, Taylor R, Wagner L, et al. A pilot study estimating rates of chronic fatigue syndrome from a community based sample: A pilot study. *Am J Community Psychol* 1995;23:557–68.

Jenkins R., Bebbington P., Brugha T., Farrell M. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: strategy and methods. *Psychological Medicine* 1997;27:765-774.

Jones JF, Nisenbaum R, Solomon L, et al. Chronic fatigue syndrome and other fatiguing illnesses in adolescents: a population-based study. *J Adolesc Health* 2004;35:34-40.

Joint Working Group. *Chronic fatigue syndrome*. London 1996: The Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practice.

Jordan KM, Ayers PM, Jahn SC, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome-like illness in children and adolescents. *J Chronic Fatigue Syndr* 2000;6:3–21.

Jordan KM, Landis DA, Downey MC, et al. Chronic fatigue syndrome in children and adolescents: a review. *J Adolesc Health*. 1998; 22:4-18.

Kaplan G., Barell V., Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *Journal of Gerontology* 1988;43:114-120.

Koivusilta LK, Rimpelä AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence or personal social position? *BMC Public Health* 2006;6:110.

Lewis G., Pelosi AJ, Araya R., Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine* 1992;22: 465-486.

Lewis G., Pelosi AJ, Glover E., Wilkinson G. Stansfeld SA, Williams P. et al. The development of a computerised assessment for minor psychiatric disorder. *Psychological Medicine* 1988;18:737-745.

Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust*. 1990;153:522-528.

Lucht F van der, Groothoff JW. Social inequalities and health among children aged 10-11 in the Netherlands: causes and consequences. *Social Science and Medicine* 1995;40:1305-1311.

Marshall GS. Report of a workshop on the epidemiology, natural history and pathogenesis of chronic fatigue syndrome in adolescents. *J of Pediatr* 1999;134: 395-405.

Mears CJ, Renee RT, Jordan KM et al. Sociodemographic and symptom correlates of fatigue in an adolescent primary care sample. *J Adolesc Health* 2004;35:21-28.

Rangel LA, Garralda ME, Levin, M, & Roberts H. The course of chronic fatigue syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2000a;93:129-134.

Rowe KS, & Rowe KJ. Symptom patterns of children and adolescents with chronic fatigue syndrome. In N.N. Singh, T.H. Ollendick, & A.N. Singh (Eds.). *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health* 2002;2:395-421. Elsevier Science Ltd.:Oxford,

Reeves WC, Lloyd A, Vernon SD, Klimas N, Jason L, Bleijenberg G, Evengard B, White PD, Nisenbaum R, Unger ER. Identification of ambiguities in the 1994 chronic fatigue syndrome research case definition and recommendations for resolution. *BMC Health Services Research* 2003;3:25
(<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-3-25.pdf>).

Richards J. Chronic fatigue syndrome in children and adolescents: a review article. *Clinical Child psychology & Psychiatry* 2000;5:31-51.

Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists, & General Practitioners. Chronic fatigue syndrome. Report of a joint working group. London 1996): The Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners

Scott-Smith M, Mitchell J, Corey L et al. Chronic fatigue in adolescents. *Pediatrics* 1991;88:195-202.

Sharpe M and Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes and somatization: Do we need a paradigm shift? *Ann Inter Med* 2001;134:926-930.

Skapinakis P, Lewis G, Meltzer H. Clarifying the relationship between unexplained chronic fatigue and psychiatric morbidity: results from a community survey in Great Britain. *Am J Psychiatry* 2000;157:1492-1498.

Skapinakis P., Weich S., Lewis G., Singleton N., Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:109-117.

Smith MS, Martin-Herz SP, Womack WM, Marsigan JL. Comparative study of anxiety, depression, somatization, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine. *J of Pediatr* 2003;111: 376-381.

Stores G, Fry A, Crawford C. Sleep abnormalities demonstrated by home polysomnography in teenagers with chronic fatigue syndrome. *J Psychosomatic Research* 1997;5:85-91.

Vereker MI. Chronic fatigue syndrome: a joint paediatric–psychiatric approach. *Arch Dis Child* 1992;67:550–555.

Viner R, and Christie D. ABC of adolescence: fatigue and somatic symptoms. *BMJ* 2005;330:1012- 1015.

Walford GA, Nelson WM, McCluskey DR. Fatigue, depression and social adjustment in chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1993;68:384–348.

Walsh CM, Zainal NZ, Middleton SJ, Paykel ES. A family history study of chronic fatigue syndrome. *Psychiatr Genet.* 2001;11:123–128

Wessely S. Chronic fatigue syndrome—the current position: 1. Background, epidemiology and aetiology. *Primary Care Psychiatry* 1995;1:21–30.

Wessely S, David A, Butler S & Chalder T. Management of chronic (post-viral) fatigue syndrome. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989; 39:26–29.

Wessely S, Hotopf M & Sharpe M. *Chronic fatigue and its syndromes.* Oxford, UK: Oxford University Press 1998.

West P., Macintyre S., Annandale E., Hunt K. Social class and health in youth: Findings from the west of Scotland twenty-07 study. *Social Science and Medicine* 1990;30 (6):665–673.

ter Wolbeek M, Doornen LJ, Kavelaars A, Heijnen CJ. Predictors of persistent and new-onset fatigue in adolescents girls. *Pediatrics* 2008;121:449-457.

ter Wolbeek M, Doornen LJ, Kavelaars A, Heijnen CJ. Severe Fatigue in Adolescents: A Common Phenomenon? *Pediatrics* 2006;117:e1078-e1086.

Wright JB and Beverley DW. Chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child* 1998;79:368–374.