



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

**Σωματικά συμπτώματα πόνου και συσχέτιση με ψυχιατρική
νοσηρότητα και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες στην όψιμη
εφηβεία: συγχρονική μελέτη στη Βορειοδυτική Ελλάδα**

Σπουδάστρια:

Σούλιου Χριστίνα, Ψυχολόγος (Α.Μ. 86)

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	8
1.1.1. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΜΕΣΑΙΩΝΑ.....	8
1.1.2. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΣΤΟΝ CHARCOT	9
1.1.3. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΝ 20Ο ΑΙΩΝΑ.....	10
1.1.4. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	11
1.2. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	13
1.2.1. ΓΕΝΙΚΑ	13
1.2.2. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	15
1.2.2.1. Πονοκέφαλος	15
1.2.2.2. Πόνος στο στομάχι	16
1.2.2.3. Πόνος στη μέση.....	16
1.2.3. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	17
1.2.4. ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	18
1.2.4.1. Φύλο και Ηλικία	18
1.2.4.2. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες	19
1.2.4.3. Σχέση με τους γονείς	20
1.2.4.4. Σχολική επίδοση.....	21
1.2.4.5. Άλλοι παράγοντες.....	21
1.2.5. ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	22
1.3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	22
1.3.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	23
1.4. ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΕ ΕΡΥΝΕΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	25
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	26
2.1. ΣΧΕΔΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ	26
2.1.1. Η ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	27
2.2. ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ	29
2.2.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	29
2.2.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	29
2.2.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	31
2.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ.....	31
2.2.5. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	32

2.2.6. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ	32
2.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	34
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	35
3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	35
3.1.1. ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ.....	35
3.1.2. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ Β΄ΦΑΣΗΣ.....	38
3.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ.....	49
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	75
4.1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ – ΒΑΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	75
4.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	77
4.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ	78
4.3.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	78
4.3.2. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	80
4.4. ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	81
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	132
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	141

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Παρότι η εφηβεία έχει παραδοσιακά αντιμετωπιστεί ως περίοδος πλήρους υγείας και ευεξείας, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι έφηβοι υποφέρουν όλο και περισσότερο από σωματικά συμπτώματα πόνου ενώ υπάρχει αξιοσημείωτη άνοδος του επιπολασμού πολλών ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη. Δυστυχώς, στοιχεία για τον εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι από ελάχιστα έως καθόλου. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ: α) των συμπτωμάτων συμπτωμάτων πόνου και της ψυχιατρικής νοσηρότητας και β) των συμπτωμάτων αυτών και άλλων παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται με την ύπαρξη τους στην όψιμη εφηβεία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε μελέτη συγχρονικού τύπου σε 2363 μαθητές, 15-18 ετών, από δέκα Γενικά Λυκεία στην περιφέρεια της Ηπείρου και της ευρύτερης περιοχής της Δυτικής–Βορειοδυτικής Ελλάδας. Η μελέτη διενεργήθηκε σε δυο φάσεις: στην πρώτη φάση χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (CIS-R Screener) και η κλίμακα GHQ υπό τη μορφή των 12 λημμάτων. Στη φάση αυτή επίσης μετρήθηκαν οι κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές που συμπεριέλαβαν το μορφωτικό επίπεδο και την απασχόληση των γονέων, και οι υποκειμενικές αξιολογήσεις των μαθητών για τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας, τη σχολική επίδοση, τη σχέση με τους γονείς και το επίπεδο γενικής και ψυχολογικής τους υγείας. Στην δεύτερη φάση, με βάση το σκορ στο ερωτηματολόγιο διαλογής, επιλέχθηκε στρωματοποιημένο τυχαίο δείγμα 872 μαθητών στους οποίους χορηγήθηκε η Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη (Revised Clinical Interview Schedule - CIS-R) με σκοπό να εκτιμηθεί η ψυχιατρική νοσηρότητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε η ύπαρξη σχέσης μεταξύ της ύπαρξης σωματικών συμπτωμάτων πόνου και της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Συγκεκριμένα, η βεβαρυμένη ψυχική υγεία βρέθηκε να συσχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά πονοκεφάλου, πόνου στη μέση, πόνου στο στομάχι και ενός τουλάχιστον από τα παραπάνω στο δείγμα μας. Με αυξημένα ποσοστά των συμπτωμάτων αυτών επίσης βρέθηκαν να σχετίζονται και άλλοι παράγοντες όπως το φύλο, ο χωρισμός ή η διάσταση των γονιών, η μόρφωση του πατέρα σε επίπεδο γυμνασίου, η απασχόληση της μητέρας ως ελεύθερη επαγγελματίας, οι αυξημένες οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας, η μέτρια έως κακή σχέση των μαθητών με τους γονείς τους, η μέτρια έως κακή σχολική τους επίδοση και το χαμηλό επίπεδο αυτοαναφερόμενης γενικής και ψυχικής υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σχολική μελέτη της Ηπείρου αποτέλεσε μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης των σωματικών συμπτωμάτων πόνου στον όψιμο εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδας. Στόχος της έρευνας αυτής ήταν να ρίξει φως στη σχέση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων πόνου και ψυχιατρικής νοσηρότητας αλλά και άλλων παραγόντων, στους έφηβους της Δυτικής–Βορειοδυτικής Ελλάδας. Συμπεραίνεται από τα ευρήματα ότι οι

έφηβοι αυτοί υποφέρουν από τέτοιους πόνους και ότι στις περιπτώσεις που υπάρχουν επίμονα σωματικά συμπτώματα πόνου θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η πιθανότητα συνύπαρξης ψυχιατρικής νοσηρότητας.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Despite being traditionally considered a time of complete health and well-being, contemporary literature depicts that adolescence tends to be characterized by somatic pain symptoms at an ever increasing level, while, at the same time, there is an increase in the prevalence of many psychiatric problems like depression. Unfortunately, information regarding the adolescent population of Greece is little to none. The objective of the present study is to investigate the relationship amongst: a) somatic pain symptoms and psychiatric morbidity, as well as b) somatic pain symptoms and other factors which are possibly related to their presence, in late adolescence.

METHOD: A cross-sectional study was performed on 2363 students, aged 15-18, attending 10 High Schools located in the prefecture of Epirus and in the broader area of Western-Northwestern Greece. The study took place two phases: in the first phase, the Screener version of the Revised Clinical Interview Schedule and the 12-item version of the General Health Questionnaire were used. At this time, socio-economic variables, such as parental education and occupation, and students' subjective evaluations, which included their perceptions of the financial difficulties of the family, their school performance and relationship with parents, as well as the level of general and psychological health, were assessed. In the second phase, depending on the score achieved during screening, a stratified sample of 872 students was chosen to whom the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) was applied.

RESULTS: A correlation between the presence of somatic pain symptoms and psychiatric morbidity was determined. Specifically, it was noted that high levels psychiatric morbidity occurred with higher levels of adolescent headache, back pain, abdominal pain and with at least with one of the former symptoms. Elevated percentages of such symptoms were also found to be correlated with other variables such as gender, divorced or separated family environments, paternal education at a junior high school level, free-lancing as maternal employment, perceived increased financial difficulties, average to bad relationship with parents, average to bad-perceived school performance, and a low level of self-reported general and psychological health.

CONCLUSIONS: The Epirus school research project was a first attempt to assess late adolescent somatic pain symptoms in Greece. The goal of this study was to shed light upon the relation between such symptoms and psychiatric morbidity as well as other factors, in the adolescent population of Western-Northwestern Greece. We concluded that these adolescents do suffer from symptoms of pain, in which situations a serious possibility of psychiatric morbidity should be considered.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συμπτώματα είναι η υποκειμενική εμπειρία των σωματικών αλλαγών ενός ατόμου (Wessely, Nimnuan και Sharpe, 1999) και αποτελούν σύνηθες φαινόμενο στην ανθρώπινη καθημερινότητα. Τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν συχνό φαινόμενο στην περίοδο της εφηβείας: ο πονοκέφαλος, ο πόνος στο στομάχι, ο μυοσκελετικός πόνος αλλά και η κόπωση έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στη εφηβική ηλικία (Roth-Isigkeit, Thyen, Stoven, Schwarzenberger και Schmucker, 2005, Dhossche, Ferdinand, Jan van der Ende και Verhulst, 2001). Μάλιστα, οι Lieb, Pfister, Mastaler και Wittchen (2000) βρήκαν ότι το 50,1% των εφήβων είχαν βιώσει ένα τουλάχιστον τέτοιο σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Στην ηλικία αυτή, τα σωματικά αυτά συμπτώματα σπάνια συνδέονται με οργανική πάθηση (Poikolainen, Aalto-Setälä, Merttunen, Tuulio-Henriksson και Lonnqvist, 2000, Roth-Isigkeit, Thyen, Raspe, Stoven και Schmucker, 2004), ωστόσο ο πόνος τους είναι πραγματικός και πολλές φορές επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή όσων υποφέρουν από αυτά, σε σχολικό, εργασιακό, προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο (Lieb, Pfister, Mastaler και Wittchen, 2000). Στη βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλοι όροι για να περιγράψουν τα σωματικά συμπτώματα τα οποία δε φαίνεται να προκαλούνται από κάποιο οργανικό αίτιο: (ιατρικώς) ανεξήγητα, λειτουργικά, ψυχογενή, ψυχοσωματικά, σωματόμορφα, σωματοποίηση (Mayou και Farmer, 2002). Στην παρούσα εργασία θα αναφερόμαστε σε αυτά απλώς ως σωματικά συμπτώματα (πόνου).

Κάθε ιατρική ειδικότητα φαίνεται να περικλείει τουλάχιστον ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κάποιο λειτουργικό σωματικό σύμπτωμα. Παρατηρείται για παράδειγμα στην γαστροεντερολογία το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, στη ρευματολογία η ινομυαλγία, στην καρδιολογία η στηθάγχη που δεν οφείλεται σε παθολογικά αίτια, στη νευρολογία η κεφαλαλγία τάσεως, στα λοιμώδη νοσήματα το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης. Οι απόψεις τελευταία δίστανται ως προς το αν τα παραπάνω σύνδρομα είναι ξεχωριστές οντότητες ή αν αποτελούν απλώς διαφορετικές εκφάνσεις ενός λειτουργικού σωματικού συνδρόμου. Έχουν σημειωθεί πολλές αναφορές που περιέγραφαν

επικαλύψεις ανάμεσα σε δυο ή περισσότερα από αυτά τα σύνδρομα, με κοινή συμπτωματολογία και παρόμοια επιδημιολογία, ενώ για όλα δεν υπάρχει κάποιος ξεκάθαρος βιολογικός αιτιολογικός μηχανισμός και όλα έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη και το άγχος. (Wessely και συν., 1999, Nimnuan, Rabe-Hesketh, Wessely και Hotopf, 2001, Komaroff, 2001, Sharpe και Carson, 2001, Mayou και Farmer, 2002, Wessely και White, 2004)

Τα συμπτώματα πόνου έχουν ερευνηθεί σε βάθος όσον αφορά τους ενήλικες, αλλά πολύ λιγότερο για τα παιδιά και τους εφήβους (Perquin, Hazenbroek-Kampschreur, Hunfeld, Bohnen, van Suijlekon-Smit, Passchier και van der Wouden, 2000, Roth-Isigkeit και συν., 2004). Η ύπαρξη τους αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους έφηβους, εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς τους αλλά και των περιορισμών που προκαλούν σε αυτούς (Roth-Isigkeit, Thyen, Stoven, Schwarzenberger και Schmucker, 2005). Τα συμπτώματα που έχουν μελετηθεί περισσότερο στο πλαίσιο της εφηβείας περιλαμβάνουν την κεφαλαλγία (Egger και συν., 1998, Fichtel & Larsson 2002), τον υποτροπιάζοντα μη ειδικό κοιλιακό πόνο (Hyams, Burke, Davis, Rzepski και Andrulonis, 1996) και την οσφυαλγία ή γενικότερα τον πόνο χαμηλά στην οσφυϊκή χώρα (Watson, Papageorgiou, Jones, Taylor, Symmons, Silman και McFarlane, 2002). Στην εφηβεία, έχουν βρεθεί να συσχετίζονται σπάνια με οργανική ασθένεια (Greene, Walker, Hicksson, και Thomson, 1985) εντούτοις, έφηβοι με λειτουργικά σωματικά συμπτώματα διαγιγνώσκονται πιο συχνά με καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές (Dhossche και συν., 2001). Η σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικής νοσηρότητας στους έφηβους έχει βρεθεί να είναι τέτοιας σημασίας που ερευνητές έχουν συνιστήσει έφηβοι που παραπονιούνται για συμπτώματα πόνου να αξιολογηθούν για ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, και ειδικά για κατάθλιψη ή άγχος (Dhossche και συν., 2001, Fichtel και Larsson, 2002, Harma, Kaltiala-Heino, Rimpela, και Rantanen, 2002, Puskar, Sereika και Haller, 2003, Santalahti, Aromaa, Souranden, Helenius και Piha, 2005).

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου και ψυχιατρικής νοσηρότητας σε δείγμα μαθητών Λυκείου της Βορειοδυτικής Ελλάδας, όπως και η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου και άλλους παράγοντες όπως είναι οι κοινωνικοδημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί. Οι βασικές υποθέσεις που εξετάζονται είναι δυο: Πρώτον, ότι η ύπαρξη των σωματικών συμπτωμάτων πόνου σχετίζεται με τη

ύπαρξη ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ηλικία αυτή και δεύτερον, ότι κοινωνικοδημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων σε έφηβους.

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

1.1.1. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΜΕΣΑΙΩΝΑ

Στη προ Χριστού εποχή, οι παθήσεις για τις οποίες δεν υπήρχε εμφανές αίτιο αποδίδονταν στη διαταραχή σωματικών οργάνων και ειδικά του ύστερου της γυναίκας. Έτσι, τα ανεξήγητα συμπτώματα βαπτίστηκαν «υστερικά» (Sharpe και Carson, 2001). Η πρώτη αναφορά σε τέτοιου είδους «υστερικά» συμπτώματα βρέθηκε σε αρχαίους Αιγυπτιακούς πάπυρους οι οποίοι χρονολογούνται στον 19^ο αιώνα π.Χ. (Alexander, 1962, Illis, 2002). Ο Πλάτωνας (429-347 π.Χ.) περιέγραψε την υστερία ως αποτέλεσμα της δίψας της μήτρας της γυναίκας να αναπαράγει αλλά παραμένει άκαρπη και περιπλανάται στο σώμα της γυναίκας οργισμένη, οδηγώντας την σε υπερβολές και προκαλώντας όλων των ειδών παθήσεις (Alexander, 1962, Illis, 2002). Η αντίληψη του Ιπποκράτη για την υστερία (460-370 π.Χ.) ήταν παρόμοια με αυτή που είχε περιγραφεί στους πάπυρους της Αιγύπτου, και παρά το γεγονός ότι απέδιδε τις ψυχικές διαταραχές στο μυαλό, θεωρούσε ότι η υστερία ήταν φαινόμενο που οφειλόταν στη μετακίνηση της μήτρας από τη λεκάνη προς τα πάνω, ασκώντας πίεση στο διάφραγμα και προκαλώντας περίεργα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα (Lipowski, 1984, Illis, 2002, Karvonen, 2007).

Στην μετά Χριστώ εποχή, ο Galen (129-199) σε συμφωνία με τη θεωρία του Ιπποκράτη περί υστερίας, υποστήριζε πως τέτοιου είδους συμπτώματα σχετίζονταν με το ύστερο, και ειδικότερα με την κατακράτηση ενός υγρού που έκκρινε το γυναικείο σώμα ανάλογο στο σπέρμα του ανδρός. Ο Galen θεωρούσε πως εφόσον και στους άνδρες μπορούσε να γίνει κατακράτηση σπέρματος, και αυτοί μπορούσαν να υποφέρουν από υστερικά συμπτώματα. Έτσι, από τον Ιπποκράτη στον Galen, σωματικά συμπτώματα που δεν είχαν εμφανή οργανική αιτία οφείλονταν σε μια προσωρινή οργανική ανισορροπία που κυρίως προκαλούνταν από σεξουαλικούς παράγοντες (Fink, 1996, Illis, 2002).

Αλλαγή στην αντίληψη της υστερίας επήλθε τον 4^ο αιώνα μ.Χ., και διήρκεσε για όλη τη μεσαιωνική εποχή, με τον Άγιο Αυγουστίνο, ο οποίος απέδωσε τα συμπτώματα που περιγράφονταν ως υστερικά στην ακούσια ή εκούσια κατάληψη του ατόμου από τον Διάβολο. Έτσι, η θεραπεία της υστερίας έπεσε πια στα χέρια των εξορκιστών και των

θεολόγων. Κατά την εποχή αυτή και στους μετέπειτα αιώνες, ένα άτομα που υπέφεραν από ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα θεωρούνταν ότι είχαν συμμαχήσει με τον Διάβολο, πράγμα που είχε ως αποτέλεσμα πολλές φορές να υποστούν μέχρι και βασανισμό για αυτά (Fink, 1996).

1.1.2. ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ ΣΤΟΝ CHARCOT

Κατά τον 17^ο αιώνα, με την πρόοδο της βιολογικής ιατρικής στην κατανόηση του κεντρικού νευρικού συστήματος, η απόδοση των ανεξήγητων σωματικών συμπτωμάτων μετατοπίστηκε, από γυναικολογικές και δεμονολογικές θεωρίες, στον εγκέφαλο και σε ψυχολογικούς παράγοντες (Fink, 1996, Sharpe και Carson, 2001). Ο Jordan, το 1603, δήλωσε ότι η κύρια θέση της υστερίας βρισκόταν στον εγκέφαλο και ότι η αναστάτωση του προκαλούσε την «ασθένεια». Ο μεγάλος παθολόγος Thomas Sydenham στα μέσα του 17^{ου} αιώνα, δήλωσε ότι στην ψυχολογική νόσο, το μυαλό αρρωσταίνει περισσότερο από το σώμα, και έτσι άρχισαν να αντιλαμβάνονται τέτοιες νόσοι ως αποτέλεσμα του μυαλού. Πρότεινε επίσης ότι τα συναισθήματα μπορούν να δημιουργήσουν αλλά και να μιμούνται σωματικές ασθένειες (Alexander, 1962, Sharpe και Carson, 2001).

Στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, ο Whytt, ο πρώτος που περιέγραψε το νωτιαίο σοκ, πίστευε ότι ένα τέτοιο φαινόμενο προκαλούνταν από διαταραχή ή αδυναμία στις νευρικές ίνες. Ακόμη, κατηγοριοποίησε τις λιγότερο σοβαρές ψυχικές παθήσεις σε τρεις ομάδες: υστερία, υποχονδρίαση (που θεωρούνταν το ανδρικό ανάλογο της υστερίας) και νευρική εξουθένωση (που εμφανιζόταν εξίσου και στα δυο φύλα) (Illis, 2002, Karvonen, 2007). Εισήχθησαν και νέες ορολογίες για συμπτώματα που έως τότε έπαιρναν όλα το όνομα υστερία. Το 1796, ο William Falconer εξέδωσε το βιβλίο «Η Επιρροή των Παθών στις Διαταραχές του Σώματος», στο οποίο τόνισε τη σχέση ανάμεσα στη νόσο και το συναισθημα. Ο Falconer ήταν από τους πρώτους που διέκρινε ανάμεσα στην πρωτοπαθή επίδραση του ίδιου του νευρικού συστήματος και διάφορων συναισθημάτων ή «ψυχικών καταστάσεων» στο να επηρεάζουν ή να προκαλούν σωματική νόσο (Stainbrook, 1952).

Τον 19^ο αιώνα, υπήρξε επιστροφή στην απόδοση των σωματικών συμπτωμάτων σε κυρίως οργανικά αίτια, παρά την απουσία εμφανών ανατομικών ανωμαλιών στον εγκέφαλο ή στο υπόλοιπο σώμα. Ως αποτέλεσμα, οι σωματικές ενοχλήσεις ονομάστηκαν «λειτουργικές» (Sharpe και Carson, 2001), ενώ χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά, το

1818, ο όρος «ψυχοσωματικός» από τον προκάτοχο του Freud, Heinroth. Στη δύση του 19^{ου} αιώνα αποδεκτή αιτιολογία των ανεξήγητων συμπτωμάτων ήταν η αναστρέψιμη λειτουργική διαταραχή του νευρικού συστήματος. Για αυτή την διαταραχή ο Beard είχε προτείνει τη διάγνωση της «νευρασθένειας» και συνιστούσε σωματική, αντί της ψυχολογικής, αντιμετώπιση (Stainbrook, 1952).

Ο Briquet (1796-1881), είχε επίσης υποστηρίξει την οργανική βάση της υστερίας. Συγκεκριμένα, την απέδωσε σε οργανική βλάβη στην περιοχή του εγκεφάλου όπου βρίσκονται οι συναισθηματικές λειτουργίες (De Gucht και Fischler, 2002). Πίστευε ότι εξελικτικοί παράγοντες και εμπειρίες ζωής μπορεί να παίξουν παθογενετικό ρόλο σε τέτοια συμπτώματα. Ο Charcot (1825-1893), δάσκαλος των Babinski, Janet και Freud, θεωρούσε την υστερία στις γυναίκες ως μια κληρονομική οργανική λειτουργική διαταραχή του νευρικού συστήματος, η οποία προκαλούσε συμπτώματα που εμφανίζονταν στο σώμα (Sharpe και Carson, 2001, De Gucht και Fischler, 2002, Illis, 2002). Πάραυτα, την εποχή εκείνη, βιβλία όπως αυτό του Daniel Hack Tuke (1872), το οποίο παρουσίαζε συσσωρευμένα στοιχεία για την επιρροή των ψυχολογικών παραγόντων στις σωματικές λειτουργίες, κρατούσαν την φλόγα της ολιστικής αντιμετώπισης του ανθρώπου αναμμένη (Lipowski, 1984).

1.1.3. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΝ 20Ο ΑΙΩΝΑ

Τον 20^ο αιώνα, η αντίληψη για την προέλευση των σωματικών συμπτωμάτων στράφηκε προς τη σφαίρα της ψυχής. Υπεύθυνοι πια για τα ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα θεωρούνταν αποκλειστικά ψυχολογικοί ή ψυχικοί παράγοντες και όχι οργανικά αίτια. Στην αλλαγή αυτή συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό επιστήμονες του ψυχοδυναμικού ρεύματος. Μάλιστα, η στροφή σε ψυχολογικούς παράγοντες έγινε από τους ίδιους τους μαθητές του Charcot, τους Babinski, Janet και Freud. Το 1901, ο Babinski όρισε την υστερία ως σύνολο συμπτωμάτων που μπορούν να προκληθούν μέσω υποβολής και να απαλειφθούν μέσω της πειθούς, εντάσσοντάς την στην δικαιοδοσία της ψυχιατρικής (Fink, 1996). Ο Freud, του οποίου η ψυχανάλυση βασίστηκε στο ενδιαφέρον που είχε για την υστερία, προχώρησε στον διαχωρισμό των δυο φαινομένων που χαρακτηρίζονταν από σωματικά συμπτώματα: η υστερία μετατροπής που είχε ψυχική βάση (ένα σύμπτωμα ήταν συμβολική έκφραση συγκρούσεων στο επίπεδο του

ασυνείδητου) και η νευρασθένεια που είχε οργανική (Alexander, 1962, Lipowski, 1984, Sharpe και Carson, 2001, De Gucht και Fischler, 2002). Έτσι, ο 20^{ος} αιώνας βρήκε τα σωματικά συμπτώματα διαχωρισμένα σε κατηγορίες ψυχικών ασθενειών όπως υστερία, υποχονδρίαση και νευρασθένεια..

Ο Alexander (1891-1964), ωστόσο, αν και θεωρούσε τα συναισθήματα που προκαλούνταν από εσωτερικές συγκρούσεις υπεύθυνα για τις σωματικές διαταραχές τις οποίες ονόμασε «οργανικές νευρώσεις», διαφωνούσε ως προς την συμβολική μετατροπή τους σε συμπτώματα (Alexander, 1962). Υποστήριζε ότι η επαναδραστηριοποίηση συναισθηματικών αντιδράσεων της παιδικής ηλικίας επιταχύνει την ενεργοποίηση συγκεκριμένων φυσιολογικών αντιδράσεων προκαλώντας έτσι ψυχοσωματικές διαταραχές, κατά τον τρόπο που η εξάρτηση προκαλούσε διέγερση στην εντερική λειτουργία ή η οργή προκαλούσε καρδιαγγειακές αντιδράσεις (Alexander, 1962, Shorter, 1992, Millon, 2004).

Ο όρος «σωματοποίηση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Stekel, ένας Αυστριακός παθολόγος και ψυχολόγος, ο οποίος την όρισε ως μια σωματική διαταραχή που προκύπτει σαν έκφραση μιας βαθιάς νεύρωσης και ειδικά μιας νόσου του συνειδητού (Kellner, 1990, De Gucht και Fischler, 2002). Ο Stekel θεωρούσε την σωματοποίηση ίδια με την αντίληψη που είχε ο Freud για την υστερική μετατροπή. Στη συνέχεια, αντί του όρου «υστερικά», χρησιμοποιήθηκαν όροι όπως «λειτουργικά, ψυχογενή, μη-οργανικά, ή ιατρικώς ανεξήγητά» για αναφορές σε σωματικά συμπτώματα χωρίς κάποια εμφανή οργανική αιτία (Fink, 1996, Avila, 2006). Ωστόσο, επειδή δεν ήταν κοινωνικά αποδεκτό να πάσχει κανείς από «υστερία» ή ψυχοσωματική διαταραχή, σε τέτοιου είδους συμπτώματα δόθηκαν και άλλες ονομασίες όπως σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και άλλα συναφή (Shorter, 1992).

1.1.4. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Οι τελευταίες δεκαετίες χαρακτηρίζονται από μεγάλες αλλαγές στην ψυχοσωματική ιατρική. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα είχαν παρατηρηθεί κάποιες προσπάθειες για ολιστική προσέγγιση σε ότι αφορά τον άνθρωπο. Στην δεκαετία του 1920, η *Γενική Θεωρία των Συστημάτων* του von Bertalanffy, με διαδόχους την Mead και τους Bateson και Churchman, έφερε ανατροπή στην αντίληψη του ατόμου. Προτάθηκε η αντίληψη του

ατόμου ως «σύστημα βιο-ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών», δηλαδή ως οργανισμό που καθορίζεται από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στις βιολογικές λειτουργίες, τις ψυχολογικές λειτουργίες και το περιβάλλον (Carrio, Suchman και Epstein, 2004).

Στα τέλη του αιώνα, οι Ader, Cohen και Felton περιέγραψαν πως κάποιοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να ρυθμίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα, η λεγόμενη *ψυχονευροανοσολογία*, όρος που χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον Solomon το 1964 (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles και Glaser, 2002). Παράλληλα, ο Engel πρότεινε το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο θεώρησης ως απάντηση στην αιώνια διαμάχη ανάμεσα σε αυστηρά οργανικές ή ψυχικές ερμηνείες των παθολόγων και των ψυχιάτρων. Υποστήριξε ότι ο «οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις προς τις αλλαγές στη ζωή ενός ατόμου μπορεί να αλληλεπιδρούν με υπάρχοντες σωματικούς παράγοντες ώστε να μεταβάλλουν την ευπάθεια του οργανισμού και έτσι να επηρεάσουν τη εμφάνιση, τη σοβαρότητα και την πορεία μιας πάθησης» (Engel, 1977, σελ. 4).

Σήμερα, στον οργανισμό αναγνωρίζεται η ύπαρξη ενός δικτύου συστημάτων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και βρίσκονται σε αμφίδρομη επικοινωνία με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Αυτή η επικοινωνία μεσολαβεί ανάμεσα στην επίδραση που έχουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων. Σε αντίθεση με θεωρίες του παρελθόντος, που περιγράφουν το ΚΝΣ ως παθητικό δέκτη αισθητηριακών μηνυμάτων, μέσω της ψυχοφυσιολογικής θεώρησης αποδίδεται ενεργός ρόλος στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα γύρω από την εμπειρία του πόνου (Kirmayer και συν., 2004). Ακόμη, επισημαίνεται ο ρόλος υποκειμενικού παράγοντα στο βίωμα συμπτωμάτων, μέσα από την αναγνώριση της επιρροής των συναισθημάτων και της γνωστικής επεξεργασίας στην επεξεργασία και τροποποίηση των ερεθισμάτων που εισέρχονται στον οργανισμό (Komaroff, 2001). Συνεπώς, ερεθίσματα από το κοινωνικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι) και από την ψυχική σφαίρα του ατόμου (σκέψεις, συναισθήματα, βιώματα) αλληλεπιδρούν με βιολογικές διεργασίες, όπως η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος ή του ΚΝΣ. Έτσι, όλοι οι παράγοντες αυτοί φαίνεται συμμετοχικά να συμβάλλουν στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων.

Δυστυχώς, η οπτική αυτή δε βρίσκει ακόμη στην ιατρική πράξη την απήχηση που της αρμόζει από γιατρούς που έχουν εκπαιδευτεί βάσει του βιο-ιατρικού μοντέλου. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από σωματικά συμπτώματα απευθύνονται στους παθολόγους για εξέταση και διάγνωση και συχνά αντιμετωπίζονται είτε ως οργανικώς ασθενείς είτε ως

πάσχοντες από παθήσεις «μη σωματικές» ή «αποκλειστικά ψυχολογικές» (Sharpe και Carson, 2001). Η βιολογική τους αντιμετώπιση δεν επαρκεί ενώ, παρά το γεγονός ότι έχουν βρεθεί να είναι αποτελεσματικές, οι ψυχολογικές ή ψυχιατρικές αντιμετωπίσεις δεν αξιοποιούνται σε ευρεία κλίμακα αλλά και όταν προτείνονται είναι πιθανό να μην γίνουν αποδεκτές από τους ασθενείς (Salmon, Peters και Stanley, 1999). Παράλληλα, εξακολουθεί να υπάρχει ο φόβος του στιγματισμού που προκαλεί μια ψυχική νόσος και, για τον λόγο αυτό, όπως προαναφέρθηκε, λειτουργικά συμπτώματα και σύνδρομα βαπτίζονται με ονόματα όπως σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, μυαλγική εγκεφαλομυελίτιδα και άλλα συναφή (Shorter, 1992, Sharpe και Carson, 2001).

Σήμερα στην Ελλάδα, γίνονται προσπάθειες στον τομέα της εκπαίδευσης να προωθηθεί η ολιστική αντιμετώπιση του ασθενή, συνυπολογίζοντας βιολογικούς, ψυχικούς και κοινωνικούς παράγοντες, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων όπως το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, «Η Αντιμετώπιση του Πόνου», αλλά και μέσω μιας συστημικής θεώρησης του ανθρώπου που διδάσκεται σε οργανισμούς όπως το Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου (ΑΚΜΑ).

1.2. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

1.2.1. ΓΕΝΙΚΑ

Ο πόνος είναι ένα θέμα εξερευνημένο σε βάθος όσον αφορά τους ενήλικες, αλλά πολύ λιγότερο για τα παιδιά και τους εφήβους (Perquin, Hazenbroek-Kampschreur, Hunfeld, Bohnen, van Suijlekom-Smit, Passchier και van der Wouden, 2000, Roth-Isigkeit και συν., 2004). Όσον αφορά τη μελέτη του πόνου στο παιδικό πληθυσμό είναι σημαντικό να έχουμε υπόψη το γεγονός ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν αποτελούν μικρογραφίες ενηλίκων. Υποκειμενικά φαινόμενα σχετικά με τον πόνο και την διάγνωση στην ενήλικη ζωή δεν είναι απαραίτητο να θεωρούνται το ίδιο στην παιδική και εφηβική ηλικία (Haugland, 2004). Μάλιστα, θέματα υγείας και νόσου διαφοροποιούνται κατά τη πορεία από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και όχι μόνο διαφέρουν σε σχέση με τους ενήλικες αλλά και ανάμεσα στις ίδιες τις αναπτυξιακές φάσεις ως την ενηλικίωση (Haugland, 2004).

Τα σωματικά συμπτώματα στην εφηβεία έχουν βρεθεί να συσχετίζονται σπάνια με οργανική ασθένεια (Greene, Walker, Hicksson, και Thomson, 1985) και συχνά αποδίδονται στην διαδικασία της φυσιολογικής ανάπτυξης των παιδιών (Haugland, 2004). Η πλειοψηφία αυτών είναι παροδικά, αλλά ένα μεγάλο ποσοστό τους είναι επίμονα. Τα επίμονα συμπτώματα είναι συνήθως πολλαπλά σε εμφάνιση και περιοριστικά για το άτομο που τα βιώνει και συχνά ονομάζονται λειτουργικά σύνδρομα (Mayou και Farmer, 2002). Η ύπαρξη σωματικών πόνων αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους έφηβους, εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς τους αλλά και των περιορισμών που προκαλούν σε αυτούς (Roth-Isigkeit Thyen, Stoven, Schwarzenberger και Schmucker, 2005). Μάλιστα, σε πρόσφατες έρευνες 85,3% των εφήβων συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έχουν βιώσει πόνο κάποια στιγμή στη ζωή τους (Roth-Isigkeit και συν., 2005) ενώ ποσοστά εφήβων της τάξεως 41% έως 54% δήλωσαν ότι έχουν βιώσει κάποιο σύμπτωμα πόνου τους τελευταίους τρεις μήνες (Lieb και συν., 2000, Borge και Nordhagen, 2000, Perquin και συν., 2000).

Τα συμπτώματα που έχουν μελετηθεί περισσότερο στο πλαίσιο της εφηβείας περιλαμβάνουν την κεφαλαλγία (Egger και συν., 1998, Fichtel & Larsson 2002), τον υποτροπιάζοντα μη ειδικό κοιλιακό πόνο (Hyams και συν., 1996) και την οσφυαλγία ή γενικότερα τον πόνο χαμηλά στην οσφυϊκή χώρα (Watson και συν., 2002). Τα συμπτώματα αυτά έχουν βρεθεί να είναι και τα πιο συνηθισμένα για την ηλικία αυτή (Perquin και συν., 2000, Roth-Isigkeit και συν., 2004). Παρά το γεγονός ότι ο επιπολασμός των συμπτωμάτων αυτών ποικίλει, σε γενικές γραμμές έχει παρατηρηθεί ανάλογη εικόνα με αυτή των ενηλίκων (Peveler, Kilkenny και Kinmonth, 1997). Επίσης, όπως και στους ενήλικες, συχνά παρατηρείται να συνυπάρχουν πάνω από ένα σωματικά συμπτώματα σε παιδιά και έφηβους (Borge και Nordhagen, 2000, Boey και Goh, 2001).

Στον ελληνικό χώρο, έρευνες για σωματικά συμπτώματα στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό είναι σπάνιες. Σε παιδιά, οι Bakoula και συνεργάτες (2006), μελετώντας τα «επαναλαμβανόμενα παράπονα πόνου» σε 8130 7χρονους μαθητές, βρήκε επιπολασμό της τάξης 7,2%. Η σχολική έρευνα πάνω στην οποία βασίζεται η εργασία αυτή είναι η πρώτη προσπάθεια διερεύνησης τέτοιων συμπτωμάτων στον εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδος.

1.2.2. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

1.2.2.1. Πονοκέφαλος

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στην Ελλάδα δεν έχουν γίνει συστηματικές μελέτες που να αφορούν σύνδρομα ή τα κοινά σωματικά συμπτώματα, όπως ο πονοκέφαλος, σε εφήβους. Έρευνες ανά τον κόσμο έχουν δείξει ότι από τα σωματικά συμπτώματα, ο πονοκέφαλος είναι αυτό που έχει μελετηθεί περισσότερο και έχει βρεθεί να είναι το πιο συχνό είδους πόνου στα παιδιά και τους εφήβους (Borge και Nordhagen, 2000). Παρά ταύτα, ο επιπολασμός του έχει βρεθεί να ποικίλει στη βιβλιογραφία εξαιτίας των διαφορετικών ορισμών που αποδίδονται στον πονοκέφαλο αλλά και των ερευνητικών μεθοδολογιών που ακολουθούνται. Σε γενικές γραμμές, ο επιπολασμός έχει βρεθεί να κυμαίνεται από περίπου 20% ως πάνω από 50% του πληθυσμού των εφήβων, ανάλογα με την ηλικία και τη συχνότητα του πόνου (Groholt Stigun, Nordhagen και Kohler, 2003). Πρόσφατη διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει το 14,9% (Groholt και συν., 2003) έως και το 75,4% (Roth-Isigkeit και συν., 2004) του έφηβου πληθυσμού να υποφέρει από πονοκέφαλο.

Στη Νορβηγία, σε μια έρευνα 6230 παιδιών ηλικίας 7 ως 17 ετών, οι Groholt, και συνεργάτες (2003) βρήκαν ότι το 14,9% βίωνε πονοκέφαλο κάθε εβδομάδα ή ανά δυο εβδομάδες. Δυο χρόνια αργότερα οι Santalahti, Aromaa, Souranden, Helenius και Piha, σε δείγμα 229 εφήβων, 13 ως 15 χρονών, βρήκαν τον επιπολασμό των παιδιών που είχαν καθημερινά ή συχνά πονοκέφαλο να είναι 20%. Οι Roth-Isigkeit και συνεργάτες (2004) σε επιδημιολογική έρευνα που έγινε σε 735 παιδιά και εφήβους της Γερμανίας, ετών 10 ως 18, βρήκε τον επιπολασμό του πονοκεφάλου 75,4% για παιδιά 13-15 ετών και 68,2% για παιδιά 16-18 ετών. Την επόμενη χρονιά, η ίδια με συνεργάτες της, σε έρευνα για τον παιδικό πόνο, για τους περιορισμούς στην καθημερινότητα και για παράγοντες που προκαλούν πόνο σε 1003 παιδιά και εφήβους της Γερμανίας, βρήκαν 60,5% των παιδιών να πάσχουν από πονοκέφαλο τους τελευταίους τρεις μήνες. Οι Dhossche, Ferdinand, Ende και Verhulst (2001), σε δείγμα εφηβικού πληθυσμού της Ολλανδίας, βρήκαν το 30% να βιώνουν πονοκέφαλο, ενώ στη γειτονική Τουρκία, ο επιπολασμός του πονοκεφάλου σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση σε 4153 έφηβους 15 έως 18 χρονών βρέθηκε να είναι 44,6% (Erginoz, Alikasifoglou, Ercan, Uysalm, Kaymak και Ilter, 2004).

1.2.2.2. Πόνος στο στομάχι

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο πόνος στο στομάχι είναι ο πιο συχνός πόνος που παρατηρείται στους έφηβους μετά τον πονοκέφαλο (Hyams και συν., 1996, Perquin και συν., 2000, Borge και Nordhagen, 2000, Groholt και συν., 2003, Roth-Isigkeit και συν., 2004, Ghandour, Overpeck, Huang, Kogan και Scheidt, 2004, Roth-Isigkeit και συν., 2005). Οι έρευνες αυτές δείχνουν το επιπολασμό του πόνου στο στομάχι για τους έφηβους να κυμαίνεται από 8,3% ως 75%, ανάλογα με το αναφερόμενο χρονικό διάστημα.

Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτη 6230 Σκανδιναβών παιδιών 7-17 ετών για τον επαναλαμβανόμενο πόνο στο στομάχι, που αναφέρεται σε τουλάχιστον τρία επεισόδια πόνου και σε χρονικό διάστημα τουλάχιστον τριών μηνών, αρκετά σοβαρά ώστε να επηρεάσουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (Chitkara, Rawat και Talley, 2005), οι Groholt και συνεργάτες (2003) βρήκαν επιπολασμό 8,3%. Παρόμοια ποσοστά (11%) βρήκαν και οι Borge και Nordhagen (2000) στη Νορβηγία σε πληθυσμό 348 εφήβων 13 ως 15 ετών, που διερεύνησαν την εβδομαδιαία ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου για τους τελευταίους δυο ή περισσότερους μήνες.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι Ghandour και συνεργάτες (2004) βρήκαν, σε έρευνα 8250 κοριτσιών από 12 ως 16 ετών, ότι τουλάχιστον το ένα πέμπτο από αυτά βίωναν πόνο στο στομάχι περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα, ενώ περίπου το 40% είχαν βιώσει τέτοιο πόνο τουλάχιστον μια φορά τον τελευταίο μήνα. Στην Αμερική, επίσης, είχαν βρει το 1996 οι Hyams και συνεργάτες ότι το 75% των μαθητών λυκείου βίωναν πόνο στο στομάχι πάνω από 25% του χρόνου.

Σε έρευνες των Roth-Isigkeit και συνεργατών (2004, 2005) όπου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες, ηλικίας 10 έως 18 χρονών, να αναφέρουν αν είχαν βιώσει στομαχικό πόνο κατά τη διάρκεια των περασμένων τριών μηνών, αναφέρθηκαν ποσοστά ύψους 47,7% και 43,3%, ανάλογα. Όσον αφορά τον χρόνιο πόνο στο στομάχι, σε έρευνα 5424 παιδιών 4 ως 18 χρονών του Perquin και των συνεργατών του (2000) προέκυψε το ποσοστό της τάξεως του 2%.

1.2.2.3. Πόνος στη μέση

Μαζί με τον πονοκέφαλο και τον πόνο στο στομάχι, ο πόνος στη μέση είναι από τους πιο συχνούς πόνους που βιώνονται από έφηβους, με επιπολασμό από 2,9% έως 38,6% (Perquin και συν., 2000, Borge και Nordhagen, 2000, Groholt και συν., 2003, Roth-

Isigkeit και συν., 2004, Ghandour και συν., 2004, Roth-Isigkeit και συν., 2005). Ο πόνος στη μέση, όπως και στον αυχένα και τους ώμους, δεν έχει θεωρηθεί εκτεταμένο πρόβλημα στην εφηβεία και οι έρευνες που έχουν γίνει στο θέμα αυτό είναι ελάχιστες. Ωστόσο, από έρευνες που έχουν γίνει, έχει βρεθεί ο επιπολασμός τέτοιων πόνων να αυξάνεται σταθερά και να αποτελεί όλο και μεγαλύτερο πρόβλημα για τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας (Hakala, Rimpela, Salminen, Virtanen και Rimpela, 2002, Watson και συν., 2002, Jones και McFarlane, 2005).

Οι μικρότεροι επιπολασμοί για τον πόνο στη μέση, αλλά και γενικά για τα σωματικά συμπτώματα, έχουν βρεθεί στις Σκανδιναβικές χώρες. Συγκεκριμένα, σε έρευνες στις χώρες αυτές, το 2,9% των εφήβων 16 ως 18 ετών έχουν αναφέρει συμπτώματα πόνου στη μέση σε χρόνια βάση (Perquin και συν., 2000) ενώ το 4,7% των εφήβων 7 ως 17 χρονών αναφέρουν συμπτώματα επαναλαμβανόμενου πόνου στη μέση (Groholt και συν., 2003). Οι Borge και Nordhagen (2000) στη Νορβηγία βρήκαν επιπολασμό 16% για πόνο μέσης τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα στο χρονικό διάστημα των τελευταίων δυο μηνών. Στην Γερμανία, σε πληθυσμό παιδιών από 10 έως 18 ετών, ο επιπολασμός του πόνου στη μέση εντός τους τελευταίου τριμήνου, βρέθηκε να είναι σε υψηλότερα επίπεδα, 38,6% και 30,2% (Roth-Isigkeit και συν., 2004, Roth-Isigkeit και συν., 2005), ενώ περίπου 25% των Αμερικανίδων εφήβων της έρευνας των Ghandour και συνεργατών (2004) ανέφεραν να πονάνε στη μέση τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.

1.2.3. ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Από την εποχή των πρώτων ερευνών για τα σωματικά συμπτώματα πόνου στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό είχε παρατηρηθεί η συνύπαρξη περισσότερων του ενός συμπτώματος. Συγκριμένα, ο Apley (1976) είχε παρατηρήσει ότι τα παιδιά με συχνό πόνο στο στομάχι είχαν συχνά και πονοκέφαλο και πόνο στα άκρα. Μάλιστα, σε μια πρόσφατη έρευνα από τους Antilla, Metsahonkala, Mikkelsen, Helenius και Sillanpaa (2001), στο 50% του δείγματος με πονοκέφαλο βρέθηκε να συνυπάρχει πόνος στο στομάχι, ενώ στο 14% όσων βίωναν πονοκέφαλο βρέθηκε να συνυπάρχει πόνος στη μέση. Οι Fichtel και Larsson σε έρευνα 793 εφήβων της Σουηδίας (2002), κατέληξαν στο ότι περίπου τα δυο τρίτα των εφήβων συμμετεχόντων με συχνό πονοκέφαλο είχαν επίσης αναφέρει τουλάχιστον ένα ακόμη σύμπτωμα πόνου ενώ ανάλογα αποτελέσματα για τον πόνο στο στομάχι βρήκαν οι Boey και Goh (2001). Στην έρευνα των Groholt και συνεργατών

(2003), προέκυψε ότι ο επιπολασμός του πονοκεφάλου, του πόνου στο στομάχι και του πόνου στη μέση ήταν υψηλότερος αν το παιδί βίωνε επίσης και άλλους πόνους. Παράλληλα, οι Dhossche και συνεργάτες (2001), αναφέρουν ότι ο μέσος αριθμός αυτό-αναφερόμενων λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων ήταν 2,1 για τα αγόρια και 3,5 για τα κορίτσια.

Η συνύπαρξη συμπτωμάτων πόνου είναι πηγή ανησυχίας όσον αφορά την υγεία των εφήβων και αυτό διότι όσο περισσότερα συμπτώματα έχει ένα άτομο, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να οφείλονται σε κάποια οργανική αιτία (Mayou και Farmer, 2002). Από την άλλη, όσο αυξάνεται ο αριθμός των συμπτωμάτων που αναφέρονται αυξάνεται και η πιθανότητα συνύπαρξης ψυχιατρικής διαταραχής (Hotopf, Mayou, Wadsworth και Wessely, 1998,). Αποτελέσματα που αναφέρονται από τους Lien, Claussen, Hauff, Thoresen και Bjertness (2005) , όπου ο αυξημένος αριθμός συμπτωμάτων σχετίζεται με ανεβασμένη βαθμολογία, επιβεβαιώνουν τη σχέση του αριθμού των σωματικών συμπτωμάτων και τη βαθμολογία σε ψυχιατρικές κλίμακες.

1.2.4. ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1.2.4.1. Φύλο και Ηλικία

Το φύλο και η ηλικία αναφέρονται στην βιβλιογραφία ως δυο από τους πιο συχνούς παράγοντες που αναφέρονται στη βιβλιογραφία να σχετίζονται με σωματικά συμπτώματα, και ειδικά στους έφηβους. Οι μελέτες που αφορούν συμπτώματα πόνου στην εφηβεία έχουν αναδείξει διαφορά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια, και αναφέρεται ότι η διαφορά αυτή αυξάνεται με την ηλικία. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι ο επιπολασμός των σωματικών συμπτωμάτων διαφέρει ανάλογα με το φύλο, ειδικά στους έφηβους σε μεγαλύτερη ηλικία (Aro, Hanninen και Paronen, 1989, Reynolds, O’Koon, Papademetriou, Szczygiel και Grant, 2001, Haugland, 2004, Roth-Isigkeit και συν., 2005). Στοιχεία για τον ελληνικό παιδικό πληθυσμό έχουμε από τους Bakoula και συνεργάτες (2006) που βρήκαν σε πληθυσμό 7925 7χρονων παιδιών υψηλότερο επιπολασμό συμπτωμάτων στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια.

Μετά από το πέρας της παιδικής ηλικίας, η φυλετική διαφορά φαίνεται να είναι σταθερή και να αφορά τα περισσότερα σημεία πόνου. Στα κορίτσια, σε σχέση με τα αγόρια, έχει παρατηρηθεί υψηλότερος επιπολασμός πόνου σε όλα τα σημεία του σώματος

εκτός από τα χέρια και τα πόδια (Borge και Nordhagen, 2000). Οι Fichtel και Larsson (2002) σε έρευνα 793 Σουηδών εφήβων βρήκαν τον πονοκέφαλο να είναι ο πιο συχνός πόνος στα κορίτσια ενώ στα αγόρια τον μυοσκελετικό. Στα κορίτσια παρατήρησαν επίσης υψηλότερο αριθμό συμπτωμάτων, αλλά και υψηλότερη αντιλαμβανόμενη αναπηρία εξαιτίας του πόνου. Παρόμοια διαφορά βρέθηκε σε έρευνα 1030 αστών εφήβων χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της Αμερικής, με τα κορίτσια να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά πόνου από ότι τα αγόρια (Reynolds και συν., 2001). Επίσης, στην έρευνα των Dhossche και συνεργατών (2001), τα κορίτσια υπέφεραν από περισσότερα σωματικά συμπτώματα από ότι τα αγόρια. Ωστόσο, παρότι τα σωματικά συμπτώματα βρέθηκαν να συσχετίζονται με το φύλο, δε βρέθηκε συσχέτιση με την ηλικία των εφήβων. Παρά τα ευρήματα των Dhossche και συνεργατών που προαναφέρθηκαν, η ηλικία έχει βρεθεί να σχετίζεται με τη συχνότητα των συμπτωμάτων στην εφηβεία. Γενικά, έχει παρατηρηθεί να αυξάνεται ο επιπολασμός του πόνου με τη ηλικία (ή και με την τάξη) για αυτή την αναπτυξιακή περίοδο (Groholt και συν., 2003, Roth-Isigkeit και συν., 2004, Ghandour και συν., 2004, Roth-Isigkeit και συν., 2005).

Η ηλικία φαίνεται να να σχετίζεται και με άλλους παράγοντες σε σχέση με τον πόνο. Οι Roth-Isigkeit και συνεργάτες (2005) όπως και οι Fichtel και Larsson (2002) παρατήρησαν μαζί με τον αυξημένο επιπολασμό των συμπτωμάτων στις μεγαλύτερες ηλικίες να αυξάνεται και η χρήση παυσίπων ενώ οι Puskar, Sereika και Haller (2003) βρήκαν στις μεγαλύτερες τάξεις του Λυκείου αυξημένο επιπολασμό και αυξημένα επίπεδα άγχους στους έφηβους αυτούς. Έχει επιπλέον αναφερθεί να αυξάνει ταχύτερα ο ρυθμός με τον οποίο αναπτύσσουν τα κορίτσια σωματόμορφες εκφάνσεις (Lieb και συν., 2000).

1.2.4.2. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Οι κλασικοί δείκτες του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας, όπως το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονιών έχουν αναφερθεί να σχετίζονται με το βίωμα συμπτωμάτων πόνου από τους εφήβους (Lieb και συν., 2000). Έχει παρατηρηθεί ότι οι έφηβοι από οικογένειες με χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, σε σχέση με υψηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου οικογένειες, έχουν 1,4 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώνουν πόνο ενώ ο επιπολασμός των σωματικών συμπτωμάτων είναι υψηλότερος σε αυτά (Groholt και συν., 2003). Επίσης, έρευνα εφήβων χαμηλού οικονομικού επιπέδου, έδειξε στους έφηβους αυτούς υψηλότερα ποσοστά παραπόνων για

σωματικό πόνο αλλά και στρες από ότι σε «κανονικά» δείγματα (Reynolds και συν., 2001). Ακόμη, έχει βρεθεί να αυξάνει τις πιθανότητες να βιώνουν τα παιδιά πόνο στο στομάχι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή η ανειδίκευτη εργασία του πατέρα και το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας (Boey και Goh, 2001). Στην έρευνα των Ghandour και συνεργατών (2004), που αντιπροσώπευε πάνω από δέκα εκατομμύρια έφηβων κοριτσιών της Αμερικής, παρατηρήθηκε συσχέτιση και με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.

1.2.4.3. Σχέση με τους γονείς

Με το αυξανόμενο ενδιαφέρον γύρω από την επίδραση του στρες στα παιδιά, έχει αρχίσει να μελετάται τα τελευταία χρόνια, η επιρροή των κοινωνικών σχέσεων στα σωματικά συμπτώματα πόνου και στην ψυχική τους υγεία. Η σχέση με τους γονείς έχει βρεθεί να σχετίζεται με τα σωματικά συμπτώματα στους έφηβους. Οι Hurrelmann, Engel, Holler και Nordlohne (1988) παρατήρησαν ότι ενισχύεται η συχνότητα των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων από την ύπαρξη κοινωνικών και συναισθηματικών συγκρούσεων στην οικογένεια. Οι Aro, Hanninen και Paronen (1989) διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική στήριξη, τα γεγονότα ζωής και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα σε έφηβους 14 ως 16 ετών. Τα αποτελέσματα από τη χορήγηση ερωτηματολογίου τρεις φορές σε διάστημα 17 μηνών έδειξαν ότι τα παιδιά που ανέφεραν κακή σχέση με έναν ή και τους δυο γονείς είχαν τα υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων αλλά και την μεγαλύτερη αύξηση σε συμπτώματα στις επαναληπτικές χορηγήσεις. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς (και τους φίλους) συσχετίζονται ξεκάθαρα και σημαντικά με τον αριθμό των σωματικών συμπτωμάτων. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η αίσθηση της άνεσης στην επικοινωνία με τους γονείς τους αποτελεί προστατευτικό παράγοντα στην υγεία των εφήβων (Erginoz και συν., 2004).

Σε σχέση με την οικογένεια, έχει διαπραγματευτεί από διάφορες έρευνες ότι η ύπαρξη πόνου στους γονείς σχετίζεται με την ύπαρξη πόνου στα παιδιά τους αλλά τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά (Borge και Nordhagen, 2000, Groholt και συν., 2003, Hotopf και συν., 1998). Σχετικά με την άποψη αυτή έχει προταθεί και η γενετική και η ψυχολογική βάση των συμπτωμάτων πόνου αλλά και η κοινωνική μάθηση συμπεριφορών από τους γονείς ως εξήγηση για το φαινόμενο αυτό (Groholt και συν., 2003). Χαρακτηριστικά της οικογένειας, όπως η οργάνωση και, περισσότερο, η ανεξαρτησία που

επιτρέπει στα μέλη και το επίπεδο ενδο-οικογενειακών συγκρούσεων σχετίζονται με τον λειτουργικό περιορισμό παιδιών με χρόνια συμπτώματα πόνου (Logan και Scharff, 2005).

1.2.4.4. Σχολική επίδοση

Μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην σχολική επίδοση και τα σωματικά συμπτώματα πόνου έχει παρατηρηθεί. Η φύση της σχέσης δεν είναι ξεκάθαρη, ποιος δηλαδή από τους δυο προκαλεί τον άλλον ή αν υπάρχει μεσολαβητικός παράγοντας, όπως η συναισθηματική κατάσταση, η κατάθλιψη, το στρες ή οι απουσίες από το σχολείο εξαιτίας του πόνου (Haugland, 2004). Στην Ελλάδα, οι Bakoula και οι συνεργάτες της (2006) κατέληξαν στην θετική συσχέτιση του συχνού πόνου στο στομάχι με κακή σχολική επίδοση σε 7χρονα παιδιά. Όσον αφορά την εφηβεία, μια μελέτη των Hurrelmann, Engel, Holler και Nordlohne (1988) σε δείγμα 1,717 εφήβων της Δυτικής Γερμανίας έδειξε ότι η συχνότητα των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων ενισχύεται όταν υπάρχει αποτυχία στο σχολείο.

1.2.4.5. Άλλοι παράγοντες

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλοι παράγοντες να σχετίζονται με την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων στους έφηβους. Στο κοινωνικό περιβάλλον πέραν του οικογενειακού, πολύ συχνά αναφέρεται να σχετίζεται η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων με την κοινωνική στήριξη που αντιλαμβάνονται ότι λαμβάνουν οι έφηβοι (Poikolainen και συν., 2000, Ghandour και συν., 2004). Η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου το οποίο παρέχει στήριξη στον έφηβο αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για αυτόν. Το φαινόμενο της επιθετικότητας στο σχολείο (bullying), από την άλλη, έχει αναφερθεί ως σχετικός επιβαρυντικός παράγοντας, αν και στην εφηβεία, σε σχέση με μικρότερες ηλικίες, εκδηλώνεται με μικρότερη συχνότητα αλλά με έμμεσο τρόπο (Σκαπινάκης και συν., 2007). Παιδιά που αποτελούν θύματα σχολικής επιθετικότητας φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να έχουν πονοκέφαλο, πόνο στη μέση και στο στομάχι και κόπωση (Ghandour και συν., 2004).

1.2.5. ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Το φαινόμενο των σωματικών συμπτωμάτων πόνου στην εφηβεία δεν περιορίζεται στην ηλικία αυτή, ούτε παύει να υφίσταται με την ενηλικίωση. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα σωματικά συμπτώματα υπομένουν και διαρκούν κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας της εφηβείας (Dhossche και συν., 2001). Άτομα που βίωναν σωματικά συμπτώματα ως έφηβοι βρέθηκαν να έχουν έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από σωματικά συμπτώματα ως νεαροί ενήλικες (Poikolainen και συν., 2000). Έχει αναφερθεί η συνέχιση και μεμονομένων συμπτωμάτων, δηλαδή ο έφηβος με πονοκέφαλο έχει αυξημένες πιθανότητες να έχει πονοκέφαλο ως νέος ενήλικας (Fearon και Hotopf, 2001). Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί και η συσχέτιση μεμονωμένου συμπτώματος, όπως ο πόνος στο στομάχι, με ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα γενικώς αλλά και με ανεξήγητες νοσηλείες στην ενήλικη ζωή (Hotopf και συν., 1999, Hotopf και συν., 2000).

1.3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας - ΠΟΥ (World Health Organization-WHO) υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αδυναμίας» (World Health Organisation, 1977). Εξ'ορισμού, η ψυχική υγεία αποτελεί ένα ενιαίο και αναπόσπαστο κομμάτι της υγείας. Κατά ανάλογο τρόπο, αποτελεί ένα ενιαίο και αναπόσπαστο κομμάτι της εφηβείας, διαδραματίζοντας σημαντικότατο ρόλο στην λειτουργικότητα, την ανάπτυξη και την εξέλιξη των εφήβων. Θέματα υγείας και νόσου διαφοροποιούνται κατά τη πορεία από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και όχι μόνο διαφέρουν σε σχέση με τους ενήλικες αλλά και ανάμεσα στις ίδιες τις αναπτυξιακές φάσεις ως την ενηλικίωση (Haugland, 2004).

Παρότι η εφηβεία έχει αντιμετωπιστεί, παραδοσιακά, ως μια περίοδο ανάπτυξης όπου οι έφηβοι χαίρουν απόλυτη υγεία και ευεξία, από σύγχρονες έρευνες, συσσωρεύονται όλο και περισσότερες ενδείξεις που αντικρούουν την άποψη περί «πλήρους» υγείας στην εφηβεία. Πολλές από τις ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στην ενήλικη ζωή έχουν τις ρίζες τους στην παιδική ηλικία, ενώ κατά την εφηβεία παρουσιάζεται αξιοσημείωτη άνοδο του επιπολασμού πολλών ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη (WHO, 2005). Πρόσφατα δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό

Υγείας (2005) αναφέρουν ότι υπολογίζεται ότι 10 έως 20% των εφήβων στην Ευρώπη, περίπου δύο εκατομμύρια νέοι, έχουν ένα ή περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα. Ακόμη, σχεδόν 4% των παιδιών 12 ως 17 ετών και 9% των 18χρονων υποφέρουν από κατάθλιψη, ενώ 1 στους 5 έφηβους πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή, με τα κορίτσια να διαγιγνώσκονται πιο συχνά από ότι στο παρελθόν με ψυχιατρικές διαταραχές (Puskar και συν., 2003, Kirmayer και συν., 2004). Οι Harma και συνεργάτες (2002) σε έρευνα 15965 εφήβων βρήκαν τον επιπολασμό μέτριας έως βαριάς κατάθλιψης και του άγχους να είναι 10,3% και 3,9% στα κορίτσια και 5,5% και 2,2% στα αγόρια, αντίστοιχα. Τα προβλήματα που αφορούν την ψυχική υγεία στην ηλικία αυτή χρήζουν μεγάλης προσοχής επειδή μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη, την εξέλιξη και τη λειτουργία των εφήβων ενώ μπορούν και να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοσωματικών συμπτωμάτων ή άλλων διαταραχών ακόμη και στην ενήλικη ζωή.

Η κατάθλιψη έχει βρεθεί να έχει υψηλή συνοσηρότητα με το άγχος (Birmaher και συν., 1996). Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι γίνεται όλο και πιο δύσκολο να διαφοροποιηθεί η κατάθλιψη από την αγχώδη διαταραχή όταν συνεχίσουν να υπάρχουν στην ενήλικη ζωή (Boyd και Gullone, 1997). Στους έφηβους η συχνότητα της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία και να είναι μεγαλύτερη στα κορίτσια (Harma και συν., 2002, Ford και συν., 2003, Puskar και συν., 2003).

1.3.1. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι διαταραχές κατάθλιψης και άγχους έχουν συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων και σε επιδημιολογικούς και σε κλινικούς πληθυσμούς. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει συνεχώς την ύπαρξη σημαντικής σχέσης ανάμεσα στην ψυχική και σωματική υγεία, και ειδικά ανάμεσα στην κατάθλιψη, το άγχος και τα σωματικά συμπτώματα πόνου (Wessely και συν., 1999, Nimnuan και συν., 2001, Wessely και White, 2004), γεγονός που επιβεβαίωσε ο ΠΟΥ μέσω της Δια-κρατικής Έρευνας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε 15 διαφορετικά σημεία του κόσμου (Gureje, Simon, Ustun και Goldberg, 1997). Η σχέση αυτή εκδηλώνεται και στον εφηβικό πληθυσμό, ιδιαίτερα όσον αφορά τον πονοκέφαλο και τον πόνο στο στομάχι (Carlsson και συν., 1995, Santalahti και συν., 2005, Powers και συν., 2006).

Έφηβοι με λειτουργικά σωματικά συμπτώματα διαγιγνώσκονται πιο συχνά με καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές (Dhossche και συν., 2001). Οι Kirmayer και συνεργάτες σε ανασκόπηση ερευνών που αφορούν την εξήγηση των ανεξήγητων αυτών συμπτωμάτων, αναφέρουν την κλίμακα της Γενικής Υγείας (GHQ), που χρησιμοποιήθηκε και στη παρούσα έρευνα, ως εργαλείο πρόβλεψης των σωματικών συμπτωμάτων. Αυτό το γεγονός επιβεβαιώνει τη σύνδεσή τους με τη ψυχολογική καταπόνηση. Η σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικής νοσηρότητας στους έφηβους έχει βρεθεί να είναι τέτοιας σημασίας που ερευνητές έχουν συνιστήσει έφηβοι, και ιδιαίτερα κορίτσια, που παραπονιούνται από συμπτώματα πόνου θα πρέπει να αξιολογηθούν για ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, και ειδικά για κατάθλιψη ή άγχος (Dhossche και συν., 2001, Fichtel και Larsson, 2002, Hama και συν., 2002, Puskar και συν., 2003, Santalahti και συν., 2005).

Η κατάθλιψη έχει βρεθεί να συσχετίζεται και με κάθε σωματικό σύμπτωμα ξεχωριστά (Hama και συν., 2002) ενώ, παράλληλα, ο αυξημένος αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται ιδιαίτερα με την ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής. Επιπλέον, α πολλαπλά συμπτώματα έχουν βρεθεί να σχετίζονται θετικά με αυξημένη βαθμολογία σε ψυχιατρικές κλίμακες και μεγαλύτερη πιθανότητα συνύπαρξης ψυχιατρικής διαταραχής. Αντιστρόφως, τα σωματικά συμπτώματα φαίνεται να αυξάνονται σε αριθμό όσο αυξάνεται σε σοβαρότητα η κατάθλιψη (Hotopf και συν., 1998, Hama και συν., 2002, Lien και συν., 2005) και να αυξάνονται οι πιθανότητες αναφοράς συμπτωμάτων από 3 έως 7 φορές όταν υπάρχει ψυχιατρική διαταραχή (Hotopf και συν., 1998). Οι Wessely και συνεργάτες (1996) επισημαίνουν ότι ο επιπολασμός της ψυχιατρικής διαταραχής φαίνεται να αυξάνεται με τον αριθμό των συμπτωμάτων, επιβεβαιώνοντας τις παραπάνω πληροφορίες.

Δυστυχώς, η φύση και η κατεύθυνση της σχέσης αυτής δεν έχει κατανοηθεί ακόμη. Οι έρευνες δεν μιλούν για αιτιολογική σχέση αφού δεν είναι ξεκάθαρο αν τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν άγχος και κατάθλιψη σε αυτόν που τα βιώνει ή αν τα συμπτώματα πόνου είναι εκφράσεις ψυχικών διαταραχών (Hotopf και συν., 1998, Hama και συν., 2002, Puskar και συν., 2003). Οι Hotopf και συνεργάτες (1998) όπως και ο Komaroff (2001) πρότειναν ότι η αιτιότητα μπορεί να λειτουργεί και προς τις δυο κατευθύνσεις.

Ο πονοκέφαλος και πόνος στο στομάχι στην παιδική και εφηβική ηλικία έχουν βρεθεί να σχετίζονται πιο συχνά με ψυχιατρική νοσηρότητα στη ενήλικη ζωή από ότι άλλοι πόνοι (Hotopf και συν., 1999, Lieb και συν., 2000, Gordon, Dooley και Wood, 2004). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων στην εφηβεία αποτελεί δείκτης πρόβλεψης ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή (Hotopf και συν., 1998, Fearon και Hotopf, 2001, Chitkara και συν., 2005), ωστόσο υπάρχουν ευρήματα ερευνών που υποστηρίζουν ακριβώς το αντίθετο. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν πως ενώ έφηβοι με λειτουργικά σωματικά συμπτώματα διαγιγνώσκονται πιο συχνά με καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, τα σωματικά συμπτώματα δεν αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης ψυχικών διαταραχών (Poikolainen και συν., 2000, Dhossche και συν., 2001).

1.4. ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΑΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Στις έρευνες σχετικά με τους έφηβους, οι μετρήσεις της υγείας βασίζονται σε αναφορές γονιών για την υγεία των παιδιών τους αλλά και των ίδιων των εφήβων για την υγεία τους. Έρευνες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν τη ικανότητα με αξιοπιστία να αναφέρουν και να εξετάσουν υποκειμενικά παράπονα υγείας (Roth-Isigkeit και συν., 2004). Η Haugland (2004) ενισχύει την άποψη αυτή ότι οι έφηβοι μπορούν να παράσχουν αξιόπιστα δεδομένα σε σχέση με τον πόνο και τις σωματικές τους εμπειρίες και ότι είναι ικανοί να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια. Μάλιστα, υπάρχει και η αντίληψη ότι οι έφηβοι πρέπει οι ίδιοι να παρέχουν τις πληροφορίες σχετικά με τους εαυτούς τους (Haugland, 2004).

Στην μελέτη αυτή, ένας τέτοιος δείκτης αυτοαναφοράς ο οποίος, μάλιστα, έχει χρησιμοποιηθεί συχνά στην έρευνα είναι το αυτοαναφερόμενο ή αυτοεκτιμώμενο ή αυτοπροσδιοριζόμενο (self-reported, self-assessed, self-perceived) επίπεδο υγείας. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του δείκτη αυτού ως δείκτης υγείας και ευημερίας είναι πολύ ικανοποιητικές όπως και η ευκολία εφαρμογής του σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια, είναι οι λόγοι που έχει προταθεί ως κατάλληλος για επισκοπήσεις και συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο (Bruin και συν., 1996).

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. ΣΧΕΔΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Τα δεδομένα της παρούσας διπλωματικής αφορούν τη σχολική μελέτη της Ηπείρου (Σκαπινάκης και συν., 2007). Ο στόχος της σχολικής μελέτης της Ηπείρου ήταν να εκτιμήσει τον επιπολασμό και τις συσχετίσεις των κοινών ψυχιατρικών και σωματικών συμπτωμάτων σε έφηβους μαθητές Λυκείου στην περιφέρεια της Ηπείρου και της ευρύτερης περιοχής της Δυτικής–Βορειοδυτικής Ελλάδας.

Συνολικά, επιλέχθηκαν δέκα σχολικές μονάδες, οι οποίες περιλάμβαναν όλα τα Λύκεια των Ιωαννίνων (οκτώ σε αριθμό) και το πρώτο Λύκειο της Πρέβεζας και του Αγρινίου. Τα Λύκεια της Πρέβεζας και του Αγρινίου επιλέχθηκαν βάσει της διαθεσιμότητας των ερευνητών στην τότε χρονική περίοδο. Στην έρευνα συμμετείχαν όλες οι τάξεις των Λυκείων, με εξαίρεση τα Λύκεια Πρεβέζας και Αγρινίου όπου έλαβαν μέρος οι πρώτες δυο τάξεις διότι η Γ΄ Λυκείου βρίσκονταν σε περίοδο Πανελληνίων εξετάσεων. Για να διεξαχθεί η έρευνα χορηγήθηκε άδεια διεξαγωγής της από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο και το Υπουργείο Υγείας. Επίσης, αφού εγκρίθηκε η συμμετοχή του έκαστου σχολείου από τον διευθυντή και το σύλλογο διδασκόντων, ζητήθηκε η γραπτή συναίνεση των γονιών και των ίδιων των εφήβων που θα συμμετείχαν.

Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία δυο φάσεων, μια τεχνική δειγματοληψίας που χρησιμοποιείται συχνά στην ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα καθότι είναι ένα αποδοτικό μέσο για την εκτίμηση του επιπολασμού της ψυχοπαθολογίας (Dunn, Pickles, Tansella και Vasquez-Barquero, 1999). Στην πρώτη φάση, χορηγήθηκε ένα απλό και γρήγορο ερωτηματολόγιο διαλογής σε όλους τους μαθητές των Λυκείων που συμμετείχαν. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ως ερωτηματολόγιο διαλογής οι ερωτήσεις διαλογής (Screener) που χρησιμοποιεί η συνέντευξη Clinical Interview Schedule- Revised (CIS-R) (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη) των Lewis και συν (1992) καθώς και το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ). Στη συνέχεια, βάσει των αποτελεσμάτων στο ερωτηματολόγιο διαλογής αυτό, έγινε τυχαία διαστρωματική δειγματοληψία ούτως ώστε να επιλεγεί το δείγμα της δεύτερης φάσης. Επιλέχθηκε το 100% των μαθητών με σκορ 11 και πάνω, το 30% εκείνων με 6-10 και το 10% εκείνων με σκορ 0-5.

Τα σωματικά συμπτώματα μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-12), το οποίο όπως προαναφέρθηκε χορηγήθηκε στην πρώτη φάση, ενώ η ψυχολογική νοσηρότητα εκτιμήθηκε στη δεύτερη φάση μέσω της ηλεκτρονικής μορφής της ψυχιατρικής συνέντευξης Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη). Τα δεδομένα της εργασίας αυτής αφορούν στοιχεία τα οποία συλλέχθηκαν και στις δυο φάσεις της μελέτης, οι οποίες περιγράφονται αναλυτικότερα παρακάτω ούτως ώστε να γίνει καλύτερη η κατανόηση της ερευνητικής διαδικασίας αλλά και των δεδομένων που απορρέουν εκ αυτής.

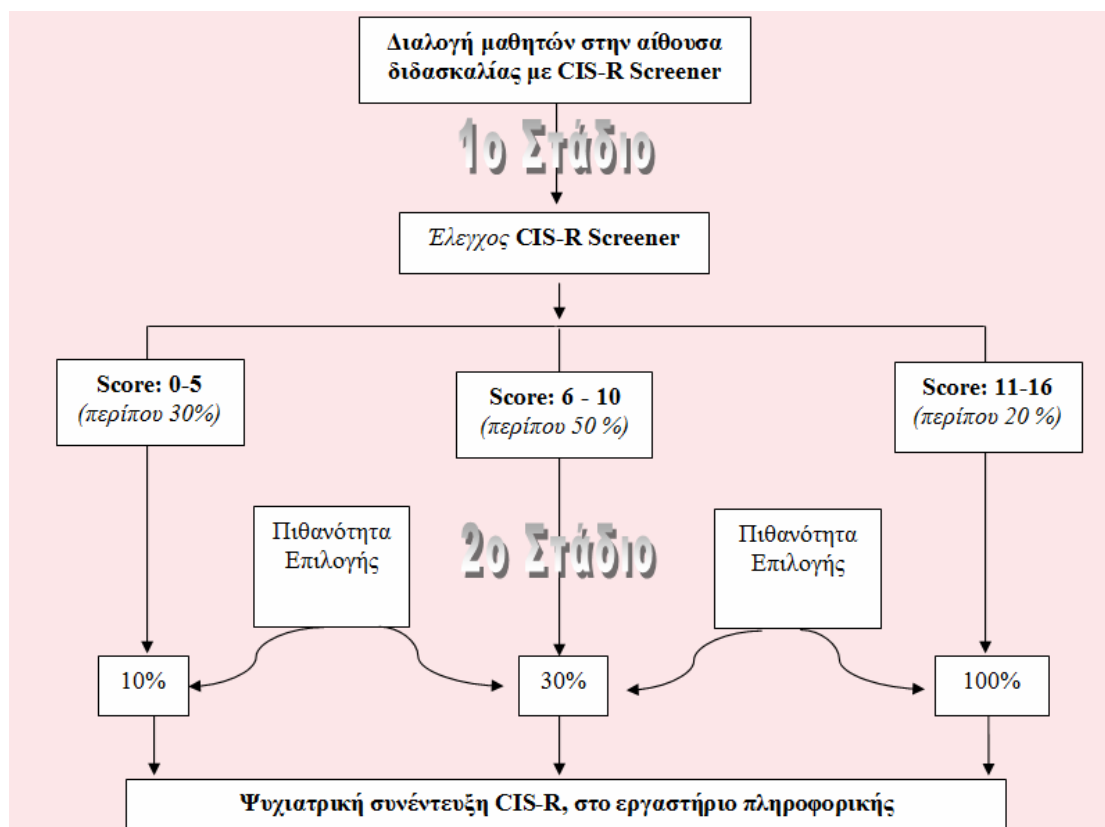
2.1.1. Η ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Στο Γράφημα 1 απεικονίζεται το σχέδιο της μελέτης, η δειγματοληψία δύο φάσεων. Η συλλογή των δεδομένων της πρώτης φάσης έγινε στις τάξεις και έλαβαν μέρος όλοι οι μαθητές που είχαν συναινέσει και ήταν παρόντες στο σχολείο την ημέρα εκείνη. Συμμετείχαν συνολικά 2363 μαθητές, με ποσοστό συμμετοχής 88% του συνολικού μαθητικού πληθυσμού των επιλεγθέντων Λυκείων. Στη δεύτερη φάση, η οποία έγινε στα εργαστήρια πληροφορικής των σχολείων λίγες μέρες μετά, συμμετείχαν 875 μαθητές, από τους οποίους αποκλείστηκαν 3 λόγω λάθους στη συμπλήρωση δεδομένων. Τελικό δείγμα της β' φάσης αποτέλεσε το 99% περίπου των μαθητών που είχαν επιλαγεί στο τυχαίο στρωματοποιημένο δείγμα. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων διήρκεσε από τον Δεκέμβριο του 2006 ως το Μάιο του 2007.

Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη φάση συμπληρώθηκε από τους μαθητές ένα ερωτηματολόγιο που συμπεριλάμβανε μεταβλητές κοινωνικοδημογραφικές, κοινωνικοοικονομικές και υποκειμενικής αξιολόγησης, το ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (CIS-R Screener) και το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-12) που αφορούσε την συμπτωματολογία. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε στην αίθουσα κάθε τμήματος, με την παρουσία ενός ερευνητή (χρόνος συμπλήρωσης: περίπου 10 λεπτά).

Βάσει της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας (stratified random sampling) που ακολουθήθηκε, στη δεύτερη φάση το δείγμα των μαθητών επιλέχθηκε ανάλογα με το σκορ τους στο ερωτηματολόγιο διαλογής, ως εξής: οι μαθητές με υψηλό σκορ (≥ 11) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 100%, οι μαθητές με ενδιάμεσο σκορ (≥ 6 και ≤ 10) επιλέχθηκαν με πιθανότητα 30% και οι μαθητές με χαμηλό σκορ (≤ 5) επιλέχθηκαν με

πιθανότητα 10%. Μέσω της πιλοτικής μελέτης προέκυψαν οι συγκεκριμένες τιμές cutoff του ερωτηματολογίου και αντιστοιχεί η τιμή 11 στο 80^ο και η τιμή 5 στο 30^ο εκατοστημόριο. Για την τυχαία επιλογή χρησιμοποιήθηκε ειδικό πρόγραμμα παραγωγής τυχαίων αριθμών (<http://www.randomizer.org/>). Οι μαθητές που επιλέχθηκαν για τη δεύτερη φάση συμπλήρωσαν, ανά ομάδα μαθητών κάθε τμήματος, την ηλεκτρονική μορφή της ψυχιατρικής συνέντευξης CIS-R στα εργαστήρια πληροφορικής του σχολείου (χρόνος συμπλήρωσης: 15-30 λεπτά, ανάλογα με τη συμπτωματολογία). Διευκρινίσεις για τη συμπλήρωση της συνέντευξης δεν έγιναν προς τους μαθητές, τους δόθηκε μόνο η οδηγία 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.

2.2. ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Α΄ ΦΑΣΗ (ερωτηματολόγιο τάξης)

2.2.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα σωματικά συμπτώματα που διερευνήθηκαν στην παρούσα εργασία ήταν ο πονοκέφαλος, ο πόνος στη μέση, ο πόνος στο στομάχι και μια κατηγορία που αφορούσε την ύπαρξη ενός τουλάχιστον από τα παραπάνω συμπτώματα (“Any pain symptom”/ «Οποιοδήποτε σύμπτωμα πόνου»). Η εκτίμηση των σωματικών συμπτωμάτων έγινε στην δεύτερη φάση αυτής της μελέτης και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της μελέτης “Health Behavior in the School Context” (Curie και συν., 2000). Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων γίνεται φυσικά με αδρό τρόπο, ωστόσο αποτελεί αποδεκτή μέθοδο για χρήση σε μεγάλης κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες (Skaripnakis και συν., 2003). Τα συμπτώματα που αξιολογούνται είναι τα τρία συμπτώματα πόνου που διερευνήθηκαν στην εργασία αυτή και η παρουσία ναυτίας- ζάλης. Όλα τα συμπτώματα εκτιμώνται σε πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert ως προς τη συχνότητά τους μόνο. Η κλίμακα συχνότητας κυμαίνεται από κάθε μέρα εως σπάνια ή ποτέ. Η αξιοπιστία της κλίμακας αυτής έχει ελεγχθεί στο παρελθόν και έχει βρεθεί ικανοποιητική (Haugland & Wold, 2001). Πέραν των τεσσάρων συμπτωμάτων παραπάνω, το CIS-R επίσης διερευνά την παρουσία κόπωσης κατά τον τελευταίο μήνα και τις τελευταίες επτά μέρες. Η εργασία αυτή περιορίστηκε στη συσχέτιση των τεσσάρων κατηγοριών σωματικών συμπτωμάτων με την ψυχιατρική νοσηρότητα και δεν ασχολήθηκε με το κομμάτι της κόπωσης.

2.2.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στην πρώτη φάση της μελέτης έγινε εκτίμηση της ψυχολογικής υγείας των μαθητών. Η μέτρηση αυτή έγινε με δυο εργαλεία, το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ) και το ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων, που προέκυψε από την ψυχιατρική συνέντευξη (CIS-R Screener). Το σκορ στα δυο ερωτηματολόγια αξιολόγησης ψυχολογικής υγείας λειτούργησε ως κριτήριο διαλογής του δείγματος της δεύτερης φάσης.

Ειδικότερα, όσον αφορά το ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (CIS-R Screener), χρησιμοποιήθηκε η πρώτη ερώτηση διαλογής από κάθε ενότητα της CIS-R. Η CIS-R περιλαμβάνει δυο ερωτήσεις διαλογής για κάθε σύμπτωμα που διερευνά,

η δεύτερη από τις οποίες ερωτάται μόνο εφόσον η απάντηση στην πρώτη ήταν αρνητική. Στην περίπτωση που και οι δύο απαντήσεις είναι αρνητικές, τότε παρακάμπτονται όλες οι υπόλοιπες ερωτήσεις αυτού του συμπτώματος και ο μαθητής προχωρά στις ερωτήσεις του επόμενου συμπτώματος. Στην περίπτωση σωματικού πόνου, παράδειγμα ερώτησης διαλογής είναι η ακόλουθη:

Ερώτηση 1: Τον τελευταίο μήνα ένιωσες κανέναν πόνο οπουδήποτε στο σώμα σου;

Ερώτηση 2: Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα είχες σωματικά ενοχλήματα όπως για παράδειγμα πονοκέφαλο ή δυσπεψία;

Προέκυψαν 14 ερωτήσεις, μια για κάθε σύμπτωμα που αξιολογείται. Επιπλέον, προστέθηκαν και άλλες δυο ερωτήσεις που αφορούσαν τα συμπτώματα για τα οποία η δεύτερη ερώτηση ήταν υποχρεωτική και όχι προαιρετική. Αυτό συνέβη για την εκτίμηση των προβλημάτων ύπνου (τα προβλήματα με μειωμένο ύπνο εκτιμούνταν στην πρώτη ερώτηση ενώ η υπερυπνία την δεύτερη) και των διαταραχών συγκέντρωσης/ μνήμης (στην πρώτη η συγκέντρωση/ προσοχή, ενώ στη δεύτερη η μνήμη). Οι παραπάνω προσθήκες είχαν ως αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο διαλογής να συμπεριλαμβάνει συνολικά 16 ερωτήσεις διαλογής. Οι ερωτήσεις ήταν όλες κλειστού τύπου «Ναι - Όχι», όπου το «Ναι» βαθμολογούνταν με 1 και το «Όχι» με 0. Έτσι, η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διαλογής είχε πιθανό εύρος 0 έως 16.

Σχετικά με το δεύτερο ερωτηματολόγιο διαλογής, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μορφή των 12 λημμάτων της κλίμακας GHQ, η οποία διερευνά την παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα. Η αρχική της έκδοση συμπεριλαμβάνει 60 λήμματα και οι ερωτήσεις υπάγονται σε τέσσερις κατηγορίες: 1) κατάθλιψη, 2) άγχος, 3) κοινωνική λειτουργικότητα και 4) σωματικά συμπτώματα (Goldberg, 1972, Goldberg και συν., 1997). Η GHQ έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλα ερευνητικά και πολιτισμικά πλαίσια, σε πληθυσμούς ασθενών και σε υγιείς πληθυσμούς, και είναι ευρέως γνωστή. Στην κλίμακα αυτή, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει αν έχει βιώσει κάποιο σύμπτωμα ή αν έχει υιοθετήσει κάποια συμπεριφορά κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Έχοντας σημείο αναφοράς την σύνηθη προσωπική του κατάσταση, καλείται να αξιολογήσει την παρούσα κατάστασή του. Οι πιθανές απαντήσεις για κάθε λήμμα είναι τέσσερις με διαβάθμιση τύπου: «πολύ λιγότερο από ότι συνήθως», «λιγότερο από ότι συνήθως», «το ίδιο όπως συνήθως», «περισσότερο από συνήθως». Από τους διαφορετικούς πιθανούς τρόπους αξιολόγησης των αποκρίσεων, επιλέχθηκε για την έρευνα

αυτή η βαθμολόγηση 0-0-1-1 (bi-modal). Έτσι για την έκδοση των 12 λημμάτων, το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται από 0 έως 12.

Σε γενικές γραμμές, η GHQ-12 αποτελεί ένα σύντομο και εύχρηστο εργαλείο, συνάμα και αποδεδειγμένα χρήσιμο για τη διαδικασία διαλογής. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη της Ηπείρου, ώστε να αξιολογηθεί η συντρέχουσα εγκυρότητα του εργαλείου διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Goldberg & Williams, 1988, Goldberg και συν., 1997).

2.2.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Μετρήθηκαν οι βασικές κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, όπως:

1. Φύλο
2. Ηλικία
3. Τάξη (η οποία εκπροσωπεί την Ηλικία στην εργασία αυτή)
4. Οικογενειακή κατάσταση (3 κατηγορίες)

2.2.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Εκτός από τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ερωτηματολόγιο της τάξης περιλάμβανε και ερωτήσεις που αφορούσαν κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές της οικογένειας των μαθητών. Πιο συγκεκριμένα, μετρήθηκαν και οι ακόλουθες μεταβλητές:

1. Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας (5 κατηγορίες)
2. Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα (5 κατηγορίες)
3. Απασχόληση μητέρας (6 κατηγορίες)
4. Απασχόληση πατέρα (5 κατηγορίες)

Ως βαθμίδα εκπαίδευσης θεωρήθηκε αυτή, από τις πέντε βαθμίδες εκπαίδευσης, από την οποία αποφοίτησε ο γονιός. Η πιθανές απαντήσεις στην απασχόληση αφορούσε τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, το ελεύθερο επάγγελμα ή άλλα εκτός από τις επιλογές που παραθέσαμε, τα οικιακά και η ανεργία για τις μητέρες και η συνταξιοδότηση για τους πατεράδες. Έρευνες έχουν δείξει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας επηρεάζει την υγεία των παιδιών (Lieb και συν., 2000, Reynolds και συν., 2001, Groholt και συν., 2003).

2.2.5. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ζητήθηκε από τους μαθητές να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την δική τους υποκειμενική αξιολόγηση, όπως «Πώς πιστεύεις ότι τα πηγαίνει η οικογένειά σου στον οικονομικό τομέα;» (4 πιθανές απαντήσεις: «Δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία», «Αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες», «Αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες», «Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες»). Το οικογενειακό εισόδημα δε ρωτήθηκε απευθείας διότι έχουν δείξει προηγούμενες μελέτες ότι η εκτίμηση των μαθητών για το οικογενειακό εισόδημα δεν είναι πάντα αξιόπιστη (Curie, 1997, Skapinakis, 2006).

Ακόμη, ζητήθηκε από τα παιδιά να αξιολογήσουν τις σχέσεις που έχουν με τους γονείς τους το τελευταίο διάστημα. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν πέντε, «Άριστες», «Πολύ Καλές», «Καλές», «Μέτριες» και «Κακές».

Οι μαθητές επίσης κλήθηκαν να αξιολογήσουν την επίδοσή τους στο σχολείο. Ειδικότερα, ζητήθηκε από αυτούς 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». Η μέτρηση της μεταβλητής αυτής στους εφήβους στόχευσε να διερευνήσει την αντίληψή τους για την κοινωνική τους θέση (social position) στο σχολείο.

Β΄ ΦΑΣΗ

2.2.6. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Στη σχολική μελέτη της Ηπείρου, η εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας έγινε με την διαγνωστική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule- Revised» (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη) των Lewis και συνεργατών (1992). Το εργαλείο αυτό είναι μια δομημένη συνέντευξη, σχεδιασμένη με τέτοιο τρόπο ούτως ώστε να μπορεί να χορηγηθεί και από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι ή ψυχίατροι). Η συγκεκριμένη ιδιαιτερότητα αυτή της συνέντευξης είχε ως αποτέλεσμα να έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό, παγκοσμίως (Botega και συν., 1995, Jenkins και συν., 1997, Araya και συν., 2001). Στη μελέτη αυτή, χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική μορφή της συνέντευξης, η οποία έχει βρεθεί να έχει παρόμοια αξιοπιστία με την πρωτότυπη έντυπη μορφή της (Lewis και συν., 1998).

Οι ηλικίες στις οποίες απευθύνεται η CIS-R είναι από 16 ετών και άνω. Ωστόσο, λήφθηκε ιδιαίτερη μέριμνα κατά τη δημιουργία της στην απλότητα της διατύπωσης και ο δείκτης ευκολίας ανάγνωσης κατά Fleisch είναι αρκετά υψηλός (78.5), με αποτέλεσμα να μπορεί να μπορεί να γίνει κατανοητή και από μικρότερες ηλικίες (Lewis και συν., 1992). Η συμπλήρωση της συνέντευξης έγινε στα εργαστήρια πληροφορικής των Λυκείων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Αντικείμενο διερεύνησης της συνέντευξης CIS-R είναι η παρουσία, κατά τις τελευταίες επτά ημέρες, δεκατεσσάρων κοινών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά, με τη σειρά που διερευνήθηκαν είναι τα εξής: σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για τη σωματική υγεία, κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις ιδέες (ανησυχίες), άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Η συνολική βαθμολογία εκτιμάται με την άθροιση του βαθμού όλων των συμπτωμάτων, καθένα από τα οποία βαθμολογείται από 0 έως 4, με εξαίρεση την κατάθλιψη που βαθμολογείται από 0 έως 5. Έτσι, το εύρος της βαθμολογίας στη συνέντευξη κυμαίνεται από μηδέν έως πενήντα επτά. Γενική ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας, στην Μεγάλη Βρετανία και αλλού, θεωρείται το σκορ πάνω από 12.

Πέραν αυτής της γενικής ένδειξης, μπορούν να εκτιμηθούν με τη βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων και οι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές, σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10). Η εφαρμογή των αλγορίθμων αυτών γίνεται με τη βοήθεια ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή και μπορούν να εκτιμηθούν οι εξής διαγνωστικές κατηγορίες: κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ειδικές φοβίες και κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και σύνδρομο ανεξήγητης κόπωσης (νευρασθένεια κατά ICD-10). Η μετάφραση της συνέντευξης στα Ελληνικά έγινε από την ερευνητική ομάδα και η αξιοπιστία της μελετήθηκε στα πλαίσια της πιλοτικής μελέτης στα σχολεία του Νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 2006-2007. Επίσης, δημιουργήθηκε πλατφόρμα όπου αναπτύχθηκε η ηλεκτρονική μορφή της συνέντευξης που βασίστηκε επάνω στην αντίστοιχη Αγγλική έκδοση (Σκαπινάκης και συν., 2007).

2.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο STATA 9.0 SE για να γίνει στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Λόγω της φύσης της δειγματοληψίας χρησιμοποιήθηκαν οι εντολές `svy` του STATA, οι οποίες επιτρέπουν την εισαγωγή δειγματοληπτικών σταθμών και εκτιμούν σωστά τα τυπικά σφάλματα σε μελέτες δυο φάσεων. Επίσης παρέχουν την δυνατότητα να ληφθεί υπόψη η πιθανή συρροή των δεδομένων (clustering) ανά σχολική μονάδα, δεδομένου ότι οι μαθητές που πηγαίνουν στο ίδιο σχολείο τείνουν να μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους. Όλες οι αναλύσεις των δεδομένων της β φάσης έχουν γίνει με την προσθήκη των κατάλληλων σταθμών. Οι αριθμοί που αναφέρονται στους πίνακες είναι αστάθμητοι, αλλά όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα και αντιστοιχούν στον αρχικό πληθυσμό της α φάσης στον οποίο έγινε και η διαλογή. Για την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων και της ψυχιατρικής νοσηρότητας εκτιμήθηκαν οι λόγοι των odds (odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης με την εντολή του STATA `svylogit`.

Ακολουθήθηκε η εξής στρατηγική στην ανάλυση: Πρώτα, συσχετίστηκε μέσω της ανάλυσης « χ^2 » κάθε μια από τις «ανεξάρτητες» μεταβλητές, δηλαδή τα κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, με την ύπαρξη των τεσσάρων κατηγοριών σωματικών συμπτωμάτων. Στη συνέχεια έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης και εκτιμήθηκαν οι λόγοι πιθανοτήτων (odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω της εντολής του STATA `logistic`. Χρησιμοποιήθηκαν τρία μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Στο πρώτο μοντέλο υπολογίστηκαν οι αδροί λόγοι πιθανοτήτων για το φύλο και την ηλικία σε σχέση με την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων. Στο δεύτερο μοντέλο έγινε συσχέτιση όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών με τα σωματικά συμπτώματα, σταθμίζοντας για το φύλο και την ηλικία, ενώ στο τρίτο μοντέλο συσχετίστηκαν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές μαζί με το σκορ στην κλίμακα CIS-R, δηλαδή την ψυχολογική νοσηρότητα, με την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνου, έχοντας επίσης σταθμίσει ως προς το φύλο και την ηλικία.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

3.1.1. ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα αυτή, όπως αναφέρθηκε και στην μεθοδολογία, έγινε σε δύο φάσεις. Οι μαθητές επιλέχθηκαν για την δεύτερη φάση με κριτήριο τη βαθμολογία που είχαν στο ψυχιατρικό ερωτηματολόγιο διαλογής.

Μέσω του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε στις τάξεις κατά την πρώτη φάση, συλλέχθηκαν πληροφορίες για τα κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των οικογενειών τους. Επίσης, ζητήθηκαν από τα παιδιά υποκειμενικές αξιολογήσεις για θέματα όπως η σχολική τους επίδοση, η γενική και ψυχολογική τους υγεία, η σχέση με τους γονείς τους και οι οικονομικές δυσκολίες που πιστεύουν ότι αντιμετωπίζουν.

Στην πρώτη φάση, ο πληθυσμός αποτελούνταν από 2363 μαθητές. Τα αγόρια αντιπροσώπευαν το 46,0% (n=1086) του δείγματος και τα κορίτσια το 54,0% (n=1277). Στην Α΄ Λυκείου φοιτούσε το 37,2% (n=878), στην Β΄ Λυκείου το 34,5% (n=816) και στην Γ΄ Λυκείου το 28,3% (n=669) των μαθητών. Το 91,0% (n=2151) των μαθητών είχε παντρεμένους γονείς, το 6,0% (n=141) διαζευγμένους ή σε διάσταση και το 3,0% (n=71) είχε γονείς σε χηρεία.

Οι παραδοσιακοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες αφορούν τους παράγοντες της μόρφωσης και του επαγγέλματος των γονιών. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των μητέρων, 10,7% (n=253) είχαν τελειώσει το δημοτικό, 12,5% (n=295) το γυμνάσιο και 37,2% (n=880) το λύκειο, ενώ 9,3% (n=220) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και 30,3% (n=715) απόφοιτοι ΑΕΙ. Αντίστοιχα, 11,2% (n=264) των πατεράδων είχε τελειώσει το δημοτικό, 13,4% (n=317) το γυμνάσιο και 30,1% (n=712) το λύκειο, ενώ 11,9% (n=282) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και 33,4% (n=788) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ.

Ως προς την απασχόληση των γονιών, από τις μητέρες, 35,8% (n=845) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 18,0% (n=427) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, 11,6% (n=247) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και 5,1% (n=121) ήταν άνεργες. 23,9% (n=564) των μητέρων είχαν ως απασχόληση τα οικιακά, ενώ 5,6% (n=132) είχαν άλλη απασχόληση. Από τους πατεράδες, το 36,6% (n=866) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 20,4% (n=482) ήταν ιδιωτικοί

υπάλληλοι ενώ το 32,2% (n=761) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες. Το 4,9% (n=115) ήταν συνταξιούχοι και 5,9% (n=139) είχαν άλλη απασχόληση.

Τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των οικογενειών τους, όπως και τα αυτοαναφερόμενα επίπεδα γενικής και ψυχολογικής υγείας, που συλλέχθηκαν κατά την φάση αυτή, παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

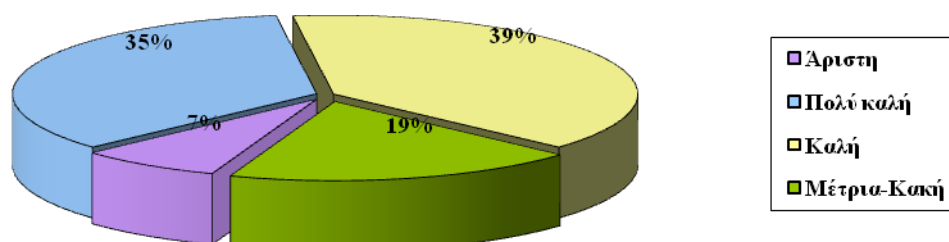
Πίνακας 1:

Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος της πρώτης φάσης

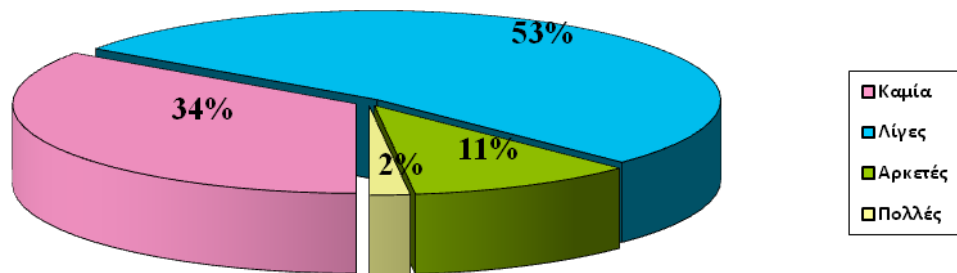
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	N (%)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	N (%)
Φύλο		Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας	
Αγόρι	1086 (46,0%)	Δημοτικό	253 (10,7%)
Κορίτσι	1277 (54,0%)	Γυμνάσιο	295 (12,5%)
		Λύκειο	880 (37,2%)
Ταξή		ΤΕΙ	220 (9,3%)
Α΄ Λυκείου	878 (37,2%)	ΑΕΙ	715 (30,3%)
Β΄ Λυκείου	816 (34,5%)		
Γ΄ Λυκείου	669 (28,3%)	Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα	
Οικογενειακή Κατάσταση		Δημοτικό	264 (11,2%)
Παντρεμένοι	2151 (91,0%)	Γυμνάσιο	317 (13,4%)
Διαζευγμένοι/ Σε διάσταση	141 (6,0%)	Λύκειο	712 (30,1%)
Χηρεία	71 (3,0%)	ΤΕΙ	282 (11,9%)
		ΑΕΙ	788 (33,4%)
Αυτοαναφερόμενη γενική υγεία		Απασχόληση Μητέρα	
Άριστη	638 (28,9%)	Δημόσιος Υπάλληλος	845 (35,8%)
Πολύ Καλή	962 (40,7%)	Ιδιωτικός Υπάλληλος	427 (18,0%)
Καλή	505 (21,4%)	Ελεύθερη Επαγγελματίας	274 (11,6%)
Μέτρια	174 (7,3%)	Άνεργη	121 (5,1%)
Κακή	39 (1,6%)	Οικιακά	564 (23,9%)
		Άλλο	132 (5,6%)
Αυτοαναφερόμενη ψυχολογική υγεία		Απασχόληση Πατέρα	
Άριστη	336 (14,2%)	Δημόσιος Υπάλληλος	866 (36,6%)
Πολύ Καλή	607 (25,7%)	Ιδιωτικός Υπάλληλος	482 (20,4%)
Καλή	695 (29,4%)	Ελεύθερος Επαγγελματίας	761 (32,2%)
Μέτρια	563 (23,8%)		

Κακή	162 (6,9%)	Συνταξιούχος	115 (4,9%)
		Άλλο	139 (5,9%)

Οι υποκειμενικοί δείκτες της σχολικής επίδοσης, των οικονομικών δυσκολιών και της σχέσης των μαθητών με τους γονείς τους φαίνονται στα Γραφήματα 2, 3 και 4 αντίστοιχα. Ως προς την υποκειμενική αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης, το 7,6% (n=180) των μαθητών την χαρακτήρισε ως άριστη, το 34,7% (n=819) ως πολύ καλή, το 38,9% (n=920) ως καλή και το 18,8% (n=444) ως μέτρια (Γράφημα 2). Σε σχέση με την αξιολόγηση των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειάς τους, το 34,7% (n =820) ανέφερε καμιά οικονομική δυσκολία, το 52,7% (n =1245) λίγες, το 10,7% (n =252) αρκετές, ενώ το 1,9% πολλές (Γράφημα 3). Η σχέση με τους γονείς τους ήταν τουλάχιστον καλή σε 87,5% των μαθητών ενώ το 12,5% δήλωσε να έχει μέτρια ή κακή σχέση.

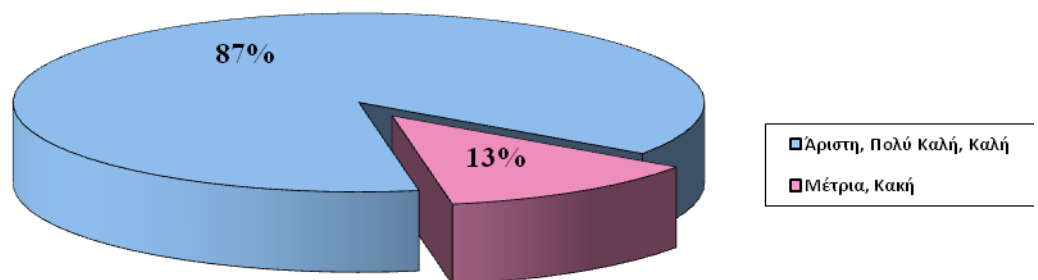


Γράφημα 2:
Υποκειμενική αξιολόγηση σχολικής επίδοσης.



Γράφημα 3:

Υποκειμενική αξιολόγηση οικονομικών δυσκολιών οικογένειας.



Γράφημα 3:

Υποκειμενική αξιολόγηση της σχέσης με γονείς.

3.1.2. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ Β΄ΦΑΣΗΣ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις διαλογής που χρησιμοποιεί η συνέντευξη CIS-R (Lewis και συν., 1992), και από τους 2363 μαθητές, οι 872 επιλέχθηκαν για να αποτελέσουν το δείγμα της δεύτερης ερευνητικής φάσης. Τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος στην δεύτερη φάση της έρευνας παρατίθενται στον Πίνακα 2. Σημειώνεται ότι οι πέντε

κατηγορίες της αυτοαναφερόμενης γενικής και ψυχολογικής υγείας συγχωνεύτηκαν σε δυο («Άριστη, Πολύ Καλή, Καλή» και «Μέτρια, Κακή») για να λόγους στατιστικούς.

Πίνακας 2:

Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος της δεύτερης φάσης

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	N (%)	ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	N (%)
Φύλο		Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας	
Αγόρι	341 (39,1%)	Δημοτικό	107 (12,3%)
Κορίτσι	531 (60,9%)	Γυμνάσιο	100 (11,5%)
Ταξή		Λύκειο	318 (36,5%)
		ΤΕΙ	82 (9,4%)
		ΑΕΙ	265 (30,4%)
		Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα	
Α΄ Λυκείου	303 (34,7%)	Δημοτικό	108 (12,4%)
Β΄ Λυκείου	317 (36,4%)	Γυμνάσιο	116 (13,3%)
Γ΄ Λυκείου	252 (28,9%)	Λύκειο	251 (28,8%)
Οικογενειακή Κατάσταση		ΤΕΙ	110 (12,6%)
Παντρεμένοι	778 (89,2%)	ΑΕΙ	287 (32,9%)
Διαζευγμένοι/ Σε διάσταση	61 (7,0%)	Απασχόληση Μητέρας	
Χηρεία	33 (3,8%)	Δημόσιος Υπάλληλος	301 (34,5%)
Αυτοαναφερόμενη Γενική Υγεία		Ιδιωτικός Υπάλληλος	160 (18,4%)
Άριστη, Πολύ Καλή, Καλή	751 (86,1%)	Ελεύθερη Επαγγελματίας	106 (12,2%)
Μέτρια, Κακή	121 (13,9%)	Άνεργη	55 (6,3%)
Αυτοαναφερόμενη Ψυχολογική Υγεία		Οικιακά	200 (22,9%)
Άριστη, Πολύ Καλή, Καλή	473 (54,2%)	Άλλο	50 (5,7%)
Μέτρια, Κακή	399 (45,8%)	Απασχόληση Πατέρα	
		Δημόσιος Υπάλληλος	337 (38,0%)
		Ιδιωτικός Υπάλληλος	177 (20,3%)
		Ελεύθερος Επαγγελματίας	262 (30,2%)
		Συνταξιούχος	40 (4,6%)
		Άλλο	56 (6,4%)

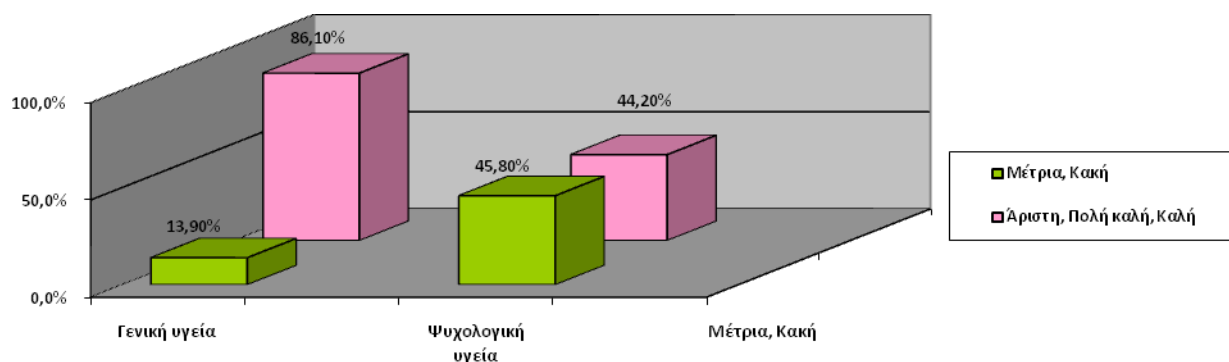
Από τα δεδομένα στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι από το δείγμα των 872 μαθητών, τα αγόρια αποτελούσαν το 39,1% (n=341), ενώ το 60,9% (n=531) ήταν κορίτσια. Αυτό το γεγονός οφείλεται στην επίλογη του δείγματος της δεύτερης φάσης βάσει της βαθμολογίας στο ψυχιατρικό ερωτηματολόγιο διαλογής. Ως προς την κατανομή των μαθητών αυτών στις 3 τάξεις του Λυκείου, το 34,7% ήταν μαθητές της Α΄ Λυκείου, το 36,4% της Β΄ Λυκείου και το 28% της Γ΄ Λυκείου. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των γονέων, 89,2% (n=778) ήταν παντρεμένοι ενώ 7,0% (n=61) των γονιών ήταν διαζευγμένοι ή σε διάσταση και 3,8% (n=33) από αυτούς ήταν σε χηρεία.

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, το Δημοτικό είχαν τελειώσει το 12,3% των μητέρων και το 12,4% των πατεράδων και το Γυμνάσιο 11,5% και 13,3% αντίστοιχα. Λύκειο είχαν τελειώσει 36,5% από της μητέρες και 28,8% από τους πατέρες. 9,4% και 12,6% από τις μητέρες και τους πατέρες αντίστοιχα, είχαν ολοκληρώσει το ΤΕΙ, ενώ 30,4% των μητέρων και 32,9% των πατεράδων είχαν τελειώσει κάποιο ΑΕΙ.

Ως προς την απασχόληση των γονέων, η κατηγορία του Δημόσιου Υπαλλήλου συμπεριλάμβανε το 34,5% των μητέρων και το 38,0% των πατεράδων. Ιδιωτικοί υπάλληλοι ήταν 18,4% των μητέρων και 20,3% των πατεράδων, και αντίστοιχα 12,2% και 30,2% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες. 22,9% των μητέρων είχε ως απασχόληση τα οικιακά ενώ το 6,3% αυτών ήταν άνεργες. Συνταξιούχοι ήταν 4,6% των πατεράδων, και η κατηγορία «Άλλο» συμπεριλάμβανε το 5,7% και το 6,4% των μητέρων και πατέρων, αντίστοιχα.

Όπως και στην πρώτη φάση, εκτός από κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, μετρήθηκαν και υποκειμενικοί παράμετροι όπως οι υποκειμενικές αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειάς τους, την σχολική τους επίδοση και τη σχέση που έχουν με τους γονείς τους (Γραφήματα 6, 7 και 8), αλλά και για την αξιολόγηση της γενικής και ψυχολογικής τους υγείας (Πίνακας 2, Γράφημα 5).

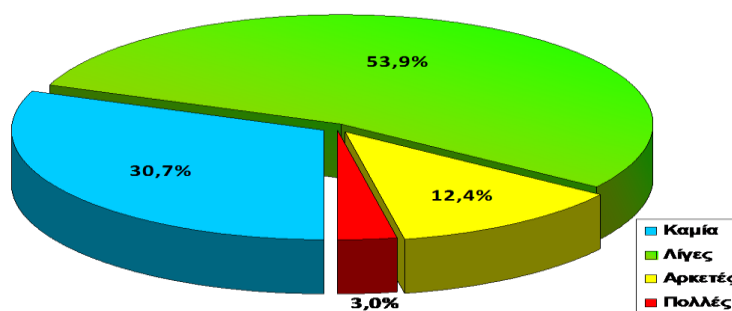
Σε σχέση με τα αυτοαναφερόμενα επίπεδα υγείας, οι πιθανές απαντήσεις στις ερωτήσεις για την γενική και ψυχολογική υγεία ήταν αρχικά πέντε, ωστόσο καταλήξαμε σε δύο τελικές κατηγορίες για μεγαλύτερη ευκολία στην ανάλυση, ορίζοντας ως «επιβαρυσμένη υγεία» τις αποκρίσεις «μέτρια» και «κακή» στην αυτοαξιολόγηση της γενικής και ψυχολογικής υγείας αντίστοιχα. Το 13,9% ανέφερε επιβαρυσμένη γενική υγεία, ενώ το 45,8% επιβαρυσμένη ψυχολογική υγεία.



Γράφημα 5:

Αυτοαναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία.

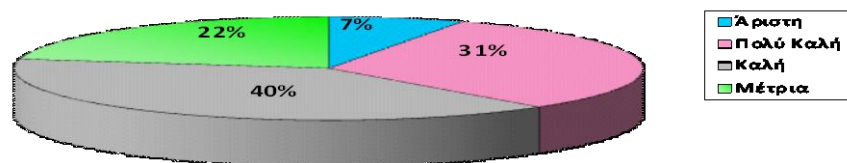
Όπως φαίνεται στο Γράφημα 6, αναφερόμενοι στις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειάς τους, το 30,7% των μαθητών ανέφερε καμία δυσκολία, 53,9% ανέφερε λίγες δυσκολίες, το 12,4% ανέφερε αρκετές δυσκολίες και το 3,0% ανέφερε πολλές.



Γράφημα 6:

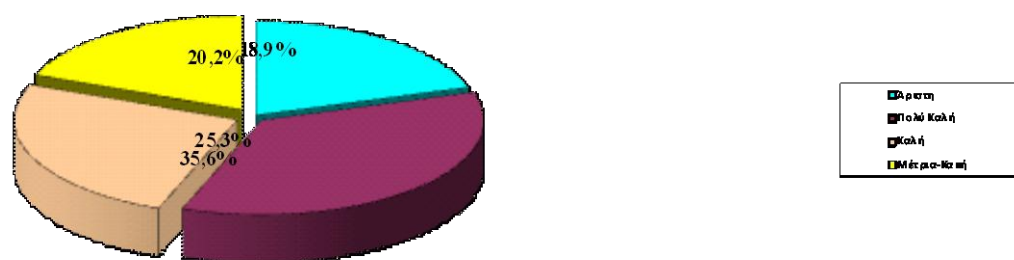
Υποκειμενική αξιολόγηση οικονομικών δυσκολιών οικογένειας.

Στο Γράφημα 7, παρατίθενται οι απαντήσεις των παιδιών ως προς την αντίληψη που έχουν σχετικά με την επίδοσή τους στο σχολείο. Τα ποσοστά των μαθητών που ανέφεραν πολύ καλή και καλή σχολική επίδοση, 31,4% και 39,5%, αντίστοιχα. Λιγότεροι μαθητές ανέφεραν μέτρια επίδοση (22,1%), και ακόμη λιγότεροι άριστη (7,0%).



Γράφημα 7:
Υποκειμενική αξιολόγηση σχολικής επίδοσης.

Η υποκειμενική εκτίμηση της σχέσης των παιδιών με τους γονείς τους φαίνεται παρακάτω, στο Γράφημα 8, όπου 20,2% των παιδιών θεωρούσαν άριστη την σχέση με τους γονείς τους, 35,6% τη θεωρούσε πολύ καλή, 25,3% καλή, ενώ 18,9% αντιλαμβάνονταν τη σχέση με τους γονείς τους μέτρια ή κακή.



Γράφημα 8:
Υποκειμενική αξιολόγηση της σχέσης με γονείς.

Τα συμπτώματα πόνου που διερευνήθηκαν στην εργασία αυτή ήταν η κεφαλαλγία, ο πόνος στο στομάχι και ο πόνος στη μέση. Δημιουργήθηκε μια κατηγορία που συμπεριλάμβανε ένα τουλάχιστον συμπτώματα πόνου από τα παραπάνω («any pain symptom»), την οποία ονομάσαμε «οποιοδήποτε σύμπτωμα πόνου». Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι τα αποτελέσματα των αναλύσεων δεν αντιπροσωπεύουν απλώς το δείγμα της δεύτερης φάσης, αλλά έχουν σταθμιστεί ώστε να αντανakλούν τον αρχικό πληθυσμό των μαθητών (n=2363). Τα αποτελέσματα που αφορούν τη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων πόνου και των βασικών κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών παρατίθενται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3:

Συσχετίσεις συμπτωμάτων πόνου με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές.

	Πονοκέφαλος	Πόνος μέσης	Πόνος στομάχου	Οποιοσδήποτε πόνος
Φύλο				
♂	4,1%	7,7%	3,2%	12,5%
♀	12,3%	9,6%	8,0%	24,3%
$\chi^2(df)$	19,46 (1)	0,94 (1)	9,39 (1)	20,16 (1)
P	0,001	0,232	0,020	0,000
Τάξη				
A΄ Λυκείου	8,6%	7,6%	5,6%	16,9%
B΄ Λυκείου	7,1%	9,9%	4,0%	18,6%
Γ΄ Λυκείου	9,0%	8,3%	7,9%	20,1%
$\chi^2(df)$	0,75 (2)	1,12 (2)	3,66 (2)	0,95 (2)
p	0,543	0,576	0,177	0,559
Οικογενειακή Κατασταση				

Παντρεμένοι	7,9%	8,0%	5,5%	17,4%
Χωρισμένοι/ σε διάσταση	15,0%	12,6%	6,3%	29,1%
Χηρεία	3,2%	16,0%	6,4%	22,3%
$\chi^2(df)$	4,33(2)	3,85 (2)	0,10 (2)	4,67 (2)
p	0,054	0,420	0,908	0,363

Το φύλο βρέθηκε να παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση πόνου στους μαθητές. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3, το φύλο των μαθητών συσχετίζεται σημαντικά ($p=0,000$, $\chi^2(df)= 20,16 (1)$) με την ύπαρξη οποιουδήποτε συμπτώματος πόνου. Επιμερώς, βρέθηκε ο πονοκέφαλος ($p=0,001$, $\chi^2(df)= 19,46 (1)$) να συσχετίζεται περισσότερο από τον πόνο στο στομάχι ($p=0,020$, $\chi^2(df)=9,39 (1)$) με τον παράγοντα «φύλο», ενώ δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση με τον πόνο στη μέση. Η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνου δε βρέθηκε να συσχετίζεται με την τάξη φοίτησης των μαθητών, ούτε με την οικογενειακή τους κατάσταση. Εξαίρεση στα ευρήματα αυτά ήταν ο πονοκέφαλος, που βρέθηκε να συσχετίζεται οριακά με την οικογενειακή κατάσταση, όπου φάνηκε να έχουν πονοκέφαλο τα παιδιά με διαζευγμένους ή σε διάσταση γονείς, περισσότερο από τα παιδιά με γονείς παντρεμένους ή σε χηρεία ($p=0,054$, $\chi^2= 4,33 (2)$).

Ως προς τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, η μόνη παράμετρος που φάνηκε να έχει κάποια σχέση με συμπτώματα σωματικού πόνου ήταν η εκπαίδευση του πατέρα σε επίπεδο γυμνασίου. Οι μαθητές που είχαν πατέρα απόφοιτο γυμνασίου είχαν σε υψηλότερο ποσοστό πονοκέφαλο ($p=0,023$, $\chi^2(df)=19,31(4)$). Στην εμφάνιση πονοκεφάλου στα παιδιά, επίσης υπήρχε τάση συσχέτισης με την απασχόληση της μητέρας τους ($p=0,074$). Η σχέση ανάμεσα στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των γονέων και την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων πόνου στα παιδιά τους φαίνεται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4:

Συσχετίσεις συμπτωμάτων πόνου και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά γονέων.

Πονοκέφαλος	Πόνος μέσης	Πόνος στομάχου	Οποιοσδήποτε πόνος
-------------	-------------	----------------	--------------------

Εκπαίδευση				
Μητέρας				
Δημοτικό	8,5%	7,6%	6,4%	18,2%
Γυμνάσιο	8,6%	4,8%	4,8%	15,2%
Λύκειο	7,7%	9,4%	5,5%	18,5%
ΤΕΙ	11,5%	7,7%	5,5%	20,3%
ΑΕΙ	7,5%	9,7%	5,7%	18,8%
$\chi^2(df)$	1,39 (4)	2,76 (4)	0,23 (4)	0,90 (4)
p	0,778	0,541	0,966	0,826
Εκπαίδευση				
Πατέρα				
Δημοτικό	7,7%	8,9%	4,1%	18,6%
Γυμνάσιο	16,9%	7,0%	6,0%	26,5%
Λύκειο	7,2%	10,5%	5,8%	18,9%
ΤΕΙ	6,5%	11,6%	4,3%	17,0%
ΑΕΙ	6,2%	6,6%	6,2%	15,0%
$\chi^2(df)$	14,31 (4)	4,40 (4)	1,01 (4)	7,62 (4)
p	0,023	0,446	0,724	0,164
Απασχόληση				
Μητέρας				
Δημόσιος	6,1%	9,4%	3,8%	16,9%
Υπάλληλος				
Ιδιωτικός	10,6%	9,2%	4,0%	20,3%
Υπάλληλος				
Ελεύθερη	12,9%	5,2%	5,9%	20,3%
Επαγγελματίας				
Άνεργη	13,0%	6,0%	6,0%	22,0%
Οικιακά	5,1%	10,1%	8,2%	17,5%

Άλλο	13,3%	2,7%	11,5%	17,7%
$\chi^2(df)$	11,50 (5)	5,16 (5)	8,26 (5)	1,57 (5)
p	0,074	0,245	0,159	0,710
Απασχόληση				
Πατέρα				
Δημόσιος	7,8%	7,1%	5,0%	16,9%
Υπάλληλος				
Ιδιωτικός	8,9%	10,0%	5,7%	20,6%
Υπάλληλος				
Ελεύθερος	8,2%	8,7%	5,8%	17,9%
Επαγγελματίας				
Συνταξιούχος	12,4%	1,2%	0,0%	16,6%
Άλλο	5,4%	17,5%	10,7%	24,2%
$\chi^2(df)$	1,56 (4)	9,39 (4)	5,02 (4)	2,97 (4)
p	0,781	0,336	0,434	0,794

Στον Πίνακα 5, απεικονίζεται η σχέση ανάμεσα στις υποκειμενικές αντιλήψεις και αξιολογήσεις των παιδιών και τα σωματικά συμπτώματα πόνου.

Πίνακας 5:

*Συσχετίσεις συμπτωμάτων πόνου και υποκειμενικών αξιολογήσεων μαθητών:
οικονομικές δυσκολίες, σχολική επίδοση, σχέση με γονείς.*

	Πονοκέφαλος	Πόνος μέσης	Πόνος στομάχου	Οποιοσδήποτε πόνος
Οικονομικές δυσκολίες				
Καμία	7,1%	5,2%	5,6%	14,4%
Λίγες	8,1%	9,4%	5,5%	18,6%
Αρκετές	12,2%	16,1%	4,9%	30,2%

Πολλές	8,5%	17,0%	10,6%	27,7%
$\chi^2(df)$	2,19 (3)	12,40 (3)	0,97 (3)	11,97 (3)
p	0,317	0,055	0,667	0,084
Σχολική επίδοση				
Άριστη	5,4%	2,7%	6,7%	11,4%
Πολύ καλή	5,9%	7,9%	5,5%	14,9%
Καλή	8,9%	8,6%	6,3%	19,1%
Μέτρια	11,0%	11,7%	4,2%	24,2%
$\chi^2(df)$	4,93 (3)	4,98 (3)	1,16 (3)	8,55 (3)
p	0,118	0,275	0,662	0,118
Σχέση με γονείς				
Άριστη	7,2%	7,7%	6,1%	17,0%
Πολύ καλή	5,5%	5,3%	4,1%	11,9%
Καλή	9,8%	13,3%	6,4%	24,1%
Μέτρια- Κακή	15,9%	13,4%	7,9%	32,1%
$\chi^2(df)$	12,93 (3)	13,53 (3)	3,08 (3)	28,06 (3)
p	0,029	0,157	0,391	0,004

Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιλαμβάνονταν οι μαθητές στην οικογένειά τους βρέθηκαν να συσχετίζονται με πόνους στη μέση, με οριακή στατιστική σημαντικότητα ($p=0,055$, $\chi^2(df)=12,40$ (3)). Οι δυσκολίες αυτές φαίνεται να τείνουν να συσχετιστούν με την εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος πόνου στους μαθητές ($p=0,084$). Η αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης των μαθητών δε βρέθηκε να συσχετίζεται με κάποιο σύμπτωμα πόνου, ενώ η σχέση που είχαν οι μαθητές με τους γονείς τους έδειξε να σχετίζεται με την εμφάνιση πονοκεφάλου ($p=0,029$, $\chi^2(df)=12,93$ (3)) και πιο έντονα ακόμη με την ύπαρξη οποιουδήποτε συμπτώματος πόνου, γενικά ($p=0,004$, $\chi^2(df)=28,06$ (3)).

Τέλος, τα επίπεδα της αυτοαναφερόμενης γενικής και ψυχολογικής υγείας των μαθητών βρέθηκαν να συσχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων πόνου. Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τις τιμές των συσχετίσεων αυτών.

Πίνακας 6:
Συσχετίσεις συμπτωμάτων πόνου και αυτοαναφερόμενα
επίπεδα γενικής και ψυχολογικής υγείας.

	Πονοκέφαλος	Πόνος μέσης	Πόνος στομάχου	Οποιοσδήποτε πόνος
Αυτοαναφερόμενη γενική υγεία				
Άριστη, Πολύ Καλή,				
Καλή	7,3%	7,9%	4,9%	16,5%
Μέτρια, Κακή	15,9%	15,9%	12,1%	36,2%
$\chi^2(df)$	7,27 (1)	6,05 (1)	7,11 (1)	19,09 (1)
p	0,002	0,030	0,025	0,001
Αυτοαναφερόμενη ψυχολογική υγεία				
Άριστη, Πολύ Καλή,				
Καλή	5,2%	6,6%	3,3%	12,6%
Μέτρια, Κακή	14,4%	12,9%	10,4%	30,5%
$\chi^2(df)$	21,02 (1)	9,63 (1)	17,94 (1)	40,47 (1)
p	0,000	0,058	0,000	0,000

Είναι φανερό ότι και η γενική και η ψυχολογική υγεία των μαθητών, όπως οι ίδιοι τις αναφέρουν, συσχετίζονται με την εμφάνιση κάθε συμπτώματος σωματικού πόνου

ξεχωριστά, αλλά και με όλα τα συμπτώματα μαζί. Η στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων αυτών είναι μεγάλη, με μοναδική εξαίρεση τον πόνο στη μέση, ο οποίος σχετίζεται ασθενέστερα σε σχέση με τα άλλα συμπτώματα με την ψυχολογική υγεία των παιδιών ($p=0,058$, $\chi^2(df)=9,63$ (1)).

3.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Για την ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν τρία μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο, υπολογίστηκαν οι αδροί λόγοι πιθανοτήτων, συσχετίζοντας τα συμπτώματα πόνου με το φύλο και την ηλικία. Στο δεύτερο μοντέλο εξετάστηκε η σχέση του πρώτου μοντέλου και κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής με την εξαρτημένη, δηλαδή τα συμπτώματα πόνου. Έχει γίνει στάθμιση για το φύλο και την ηλικία, η οποία αντιπροσωπεύεται από την μεταβλητή «τάξη», και λόγω του μεθοδολογικού σχεδιασμού «δύο φάσεων» της έρευνας αυτής, τα αποτελέσματα αντιπροσωπεύουν τον συνολικό πληθυσμό των παιδιών ($n=2363$).

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 7, το φύλο των μαθητών συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον πονοκέφαλο ($OR=3,26$ ($1,79 - 5,34$)), τον πόνο στο στομάχι ($OR=2,60$ ($1,17 - 5,74$)) και με την ύπαρξη οποιουδήποτε συμπτώματος πόνου ($OR=2,24$ ($1,70 - 2,97$)), όχι όμως με την τάξη, άρα και την ηλικία των μαθητών. Σημειώνεται ότι η μεταβλητή «Τάξη» λαμβάνεται ως συνεχή, και τα αποτελέσματα αντανakλούν το πόσο αυξάνεται η πιθανότητα να υπάρχει κάποιο σύμπτωμα αν οι μαθητές βρίσκονται κατά μία τάξη πιο πάνω.

Πίνακας 7:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 1)

	Odds Ratio	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		

♀	3,26	1,79 - 5,34	0,002
Τάξη	1,01	0,67 - 1,51	0,974
Πόνος στη Μέση			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	1,26	0,83 - 1,91	0,234
Τάξη	1,06	0,83 - 1,36	0,607
Πόνος στο Στομάχι			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	2,60	1,17 - 5,74	0,024
Τάξη	1,19	0,78 – 1,84	0,374
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	2,24	1,70 – 2,97	0,000
Τάξη	1,19	0,91 – 1,36	0,261

Στον Πίνακα 8, παρουσιάζεται η συσχέτιση των σωματικών συμπτωμάτων με την οικογενειακή κατάσταση των μαθητών, σταθμισμένη ως προς το φύλο και την ηλικία. Από τα δεδομένα της ανάλυσης, δε φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου και την οικογενειακή κατάσταση των μαθητών. Η συσχέτιση των σωματικών συμπτωμάτων με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και το

επάγγελμα των γονέων, φαίνεται στους Πίνακες 9, 10, 11 και 12. Έχει γίνει στάθμιση ως προς το φύλο και την ηλικία.

Πίνακας 8:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/σε διάσταση	1,89	0,86 – 4,13	0,103
Χηρεία	0,30	0,79 – 1,13	0,071
Πόνος στη Μέση			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/σε διάσταση	1,64	0,45 – 5,96	0,407
Χηρεία	2,06	0,34 – 12,35	0,385
Πόνος στο Στομάχι			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/σε διάσταση	1,10	0,47 – 2,56	0,804
Χηρεία	0,95	0,15 – 5,90	0,946
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/σε διάσταση	1,88	0,64 – 5,50	0,215
Χηρεία	1,13	0,29 – 4,39	0,842

Πίνακας 9:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	1,15	0,36 – 3,62	0,793
Λύκειο	1,04	0,51 – 2,12	0,901
ΤΕΙ	1,62	0,57 – 4,57	0,320
ΑΕΙ	0,30	0,49 - 2,35	0,841
Πόνος στη Μέση			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,63	0,17 – 2,33	0,448
Λύκειο	1,29	0,29 – 5,80	0,714
ΤΕΙ	1,04	0,21 – 5,09	0,959
ΑΕΙ	1,36	0,33 – 5,69	0,638
Πόνος στο Στομάχι			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,83	0,31 – 2,17	0,665
Λύκειο	0,94	0,36 – 2,45	0,883
ΤΕΙ	0,94	0,18 – 4,95	0,938
ΑΕΙ	1,04	0,42 – 2,54	0,932
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		

Γυμνάσιο	0,88	0,45 – 1,71	0,674
Λύκειο	1,11	0,51 – 2,45	0,762
ΤΕΙ	1,26	0,39 – 4,09	0,670
ΑΕΙ	1,19	0,47 – 3,03	0,675

Πίνακας 10:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	2,54	1,04 – 6,18	0,042
Λύκειο	0,97	0,43 – 2,22	0,944
ΤΕΙ	0,85	0,37 – 1,95	0,674
ΑΕΙ	0,91	0,43 – 1,90	0,768
Πόνος στη Μέση			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,77	0,28 – 2,08	0,561
Λύκειο	1,21	0,31 – 4,76	0,714
ΤΕΙ	1,33	0,41 – 4,30	0,592
ΑΕΙ	0,733	0,20 – 2,67	0,600
Πόνος στο Στομάχι			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	1,52	0,54 – 4,34	0,386
Λύκειο	1,51	0,39 – 5,74	0,507

TEI	1,07	0,36 – 3,13	0,892
AEI	1,73	0,41 – 7,33	0,410
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	1,61	0,82 – 3,17	0,145
Λύκειο	1,04	0,50 – 2,16	0,915
TEI	0,89	0,41 – 1,96	0,748
AEI	0,84	0,34 – 2,06	0,671

Από τα στοιχεία στον Πίνακα 9 και στον Πίνακα 10, το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων δεν φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά τους. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε η συσχέτιση του πονοκεφάλου στους μαθητές που είχαν πατέρα με εκπαίδευση στο επίπεδο του Γυμνασίου (OR=2,54, (1,04 – 6,18)).

Πίνακας 11:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,60	0,64 – 4,03	0,276
Ελεύθερη Επαγγελματίας	2,52	0,99 – 6,41	0,052
Άνεργη	2,10	0,74 – 5,98	0,144
Οικιακά	0,77	0,28 – 2,12	0,568
Άλλο	2,12	0,50 – 8,95	0,267
Πόνος στη Μέση			

Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,94	0,39 – 2,28	0,882
Ελεύθερη Επαγγελματίας	0,53	0,30 – 0,93	0,030
Άνεργη	0,61	0,26 – 1,40	0,211
Οικιακά	1,12	0,51 – 2,44	0,760
Άλλο	0,25	0,55 – 1,17	0,072
Πόνος στο Στομάχι			
Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,90	0,43 – 1,89	0,753
Ελεύθερη Επαγγελματίας	1,65	0,79 – 3,46	0,159
Άνεργη	1,49	0,31 – 7,23	0,584
Οικιακά	2,12	0,93 – 4,83	0,070
Άλλο	2,90	0,72 – 11,59	0,116
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,12	0,78 – 1,59	0,499
Ελεύθερη Επαγγελματίας	1,31	0,75 – 2,30	0,304
Άνεργη	1,30	0,80 – 2,12	0,250
Οικιακά	0,99	0,63 – 1,55	0,960
Άλλο	0,94	0,31 -2,88	0,910

Πίνακας 12:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			

Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,33	0,67 – 2,64	0,370
Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,99	0,52 – 1,88	0,968
Συνταξιούχος	1,98	0,51 – 7,74	0,286
Άλλο	0,58	0,15 – 2,29	0,394
Πόνος στη Μέση			
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,48	0,77 – 2,84	0,204
Ελεύθερος Επαγγελματίας	1,21	0,80 – 1,84	0,326
Συνταξιούχος	0,17	0,02 – 1,79	0,122
Άλλο	2,69	0,32 – 22,41	0,319
Πόνος στο Στομάχι			
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,27	0,48 – 3,37	0,599
Ελεύθερος Επαγγελματίας	1,07	0,56 – 2,02	0,828
Άλλο	1,37	0,39 – 5,79	0,645
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,41	0,71 – 2,79	0,283
Ελεύθερος Επαγγελματίας	1,01	0,60 – 1,72	0,956
Συνταξιούχος	0,84	0,20 – 3,52	0,792
Άλλο	1,43	0,28 – 7,34	0,633

Όπως φαίνεται στους παραπάνω πίνακες, η μοναδική κατηγορία απασχόλησης των γονέων που συσχετίζεται με κάποιο σύμπτωμα πόνου στα παιδιά τους είναι η απασχόληση της μητέρας ως ελεύθερη επαγγελματίας. Αυτή βρέθηκε να συσχετίζεται, με οριακή στατιστική σημαντικότητα (OR=2,52, (0,99 – 6,41)), με τον πονοκέφαλο στους μαθητές και στατιστικώς σημαντικά με τον πόνο στη μέση (OR=0,53, (0,30 – 0,93)). Σημειώνεται ότι στην κατηγορία «Πόνος στη μέση» οι κατηγορίες «Συνταξιούχος» και «Άλλο» συγχωνεύτηκαν για στατιστικούς λόγους.

Εκτός από τις κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, συσχετίστηκαν με τα σωματικά συμπτώματα μεταβλητές που αξιολογήθηκαν υποκειμενικά και αναφέρθηκαν από τους μαθητές, όπως οι οικονομικές δυσκολίες της οικογένειάς τους, η σχέση με τους γονείς τους, η σχολική τους επίδοση και η κατάσταση της γενικής και ψυχολογικής τους υγείας.

Στον Πίνακα 13 παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα και την υποκειμενική αξιολόγηση των μαθητών για τις οικονομικές δυσκολίες που έχουν οι οικογένειές τους, όπως και την σχέση που αντιλαμβάνονται ότι έχουν με τους γονείς τους. Η μεταβλητή «οικονομικές δυσκολίες» λαμβάνεται ως συνεχή, και τα αποτελέσματα αντανακλούν το πόσο αυξάνεται η πιθανότητα να υπάρχει κάποιο σύμπτωμα αν αυξηθεί η οικονομική δυσκολία κατά μία μονάδα.

Πίνακας 13:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	0,73	0,33 – 1,63	0,403
Καλή	1,38	0,61 – 3,10	0,393
Μέτρια / Κακή	2,07	1,07 – 4,02	0,035
Οικονομικές δυσκολίες			

	1,15	0,83 – 1,60	0,356
Πόνος στη Μέση			
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	0,67	0,15 – 2,91	0,551
Καλή	1,83	0,38 – 8,77	0,406
Μέτρια / Κακή	1,80	0,51 – 6,35	0,319
Οικονομικές δυσκολίες			
	1,71	1,11 – 2,62	0,020
Πόνος στο Στομάχι			
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	0,65	0,16 – 2,61	0,503
Καλή	1,03	0,38 – 2,90	0,946
Μέτρια / Κακή	1,17	0,38 – 3,60	0,755
Οικονομικές δυσκολίες			
	1,01	0,68 – 1,50	0,966
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	0,65	0,30 – 1,45	0,258
Καλή	1,55	0,71 – 3,39	0,241
Μέτρια / Κακή	2,10	0,89 – 4,97	0,083
Οικονομικές δυσκολίες			
	1,43	1,03 – 1,98	0,037

Ο πονοκέφαλος φαίνεται να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την αντίληψη της σχέσης των μαθητών με τους γονείς τους ως «μέτρια/κακή» (OR=2,07, (1,07 – 4,02)). Επίσης, φαίνεται να συσχετίζεται, στατιστικώς σημαντικά, η αντίληψη των μαθητών για τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειάς τους με την ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου στη μέση (OR=1,71, (1,11 – 2,62)) αλλά και με την ύπαρξη οποιουδήποτε σωματικού πόνου γενικά (OR=1,43, (1,03 – 1,98)).

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαναφερόμενη σχολική επίδοση των μαθητών και τα σωματικά συμπτώματα, σταθμισμένη ως προς το φύλο και την ηλικία. Η πολύ καλή και η μέτρια/κακή σχολική επίδοση βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τον πόνο στη μέση (OR=3,19, (1,00 – 10,19) και OR=4,91, (1,43 – 16,81), αντίστοιχα). Η μέτρια / κακή σχολική επίδοση φάνηκε να συσχετίζεται και με την ύπαρξη οποιωνδήποτε σωματικών συμπτωμάτων πόνου στους μαθητές (OR=2,17, (1,18 – 6,18)).

Πίνακας 14:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	1,20	0,37 – 3,91	0,730
Καλή	1,93	0,44 – 8,45	0,342
Μέτρια / Κακή	2,41	0,79 – 7,38	0,108
Πόνος στη Μέση			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	3,19	1,00 – 10,19	0,050
Καλή	3,50	0,92 – 13,41	0,064
Μέτρια / Κακή	4,91	1,43 – 16,81	0,017

Πόνος στο Στομάχι			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	0,87	0,46 – 1,63	0,623
Καλή	1,03	0,23 – 4,67	0,963
Μέτρια / Κακή	0,65	0,18 – 2,41	0,476
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ Καλή	1,46	0,70 – 3,06	0,273
Καλή	2,04	0,67 – 6,23	0,183
Μέτρια / Κακή	2,71	1,18 – 6,18	0,023

Η υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας, γενικής και ψυχολογικής, των παιδιών σε σχέση με την ύπαρξη σωματικού πόνου παρατίθεται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 2)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Γενική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	1,98	1,16 – 3,37	0,018
Ψυχολογική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,41	1,61 – 3,59	0,001
Πόνος στη Μέση			

Γενική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,13	1,03 – 4,41	0,043
Ψυχολογική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,07	0,95 – 4,50	0,063
Πόνος στο Στομάχι			
Γενική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,19	1,03 – 4,67	0,043
Ψυχολογική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,81	1,77 – 4,47	0,001
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Γενική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,49	1,52 – 4,07	0,002
Ψυχολογική Υγεία			
Άριστη, Πολύ καλή, Καλή	1,00 (αναφοράς)		
Μέτρια / Κακή	2,63	1,66 – 4,16	0,001

Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά η μέτρια/ κακή γενική υγεία των μαθητών με τον πονοκέφαλο ($OR=1,98$, $(1,16 - 3,37)$) , με τον πόνο στη μέση ($OR=2,13$, $(1,03 - 4,41)$), στο στομάχι ($OR=2,19$, $(1,03 - 4,67)$) αλλά και με οποιοδήποτε από αυτά ($OR=2,49$, $(1,52 - 4,07)$). Επίσης, φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά η μέτρια / κακή ψυχολογική υγεία των μαθητών, όπως οι ίδιοι την

αντιλαμβάνονται, με την ύπαρξη πονοκεφάλου (OR=2,41, (1,61 – 3,59)), πόνου στο στομάχι (OR=2,81, (1,77 – 4,47)) και οποιουδήποτε συμπτώματος πόνου (OR=2,63, (1,66 – 4,16)).

Στο τρίτο μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης συσχετίστηκαν όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές και οι αδροί λόγοι πιθανοτήτων (συσχέτιση συμπτωμάτων πόνου με ηλικία και φύλο) με τη βαθμολογία των μαθητών στην κλίμακα CIS. Η κλίμακα αυτή έχει εύρος 1 ως 57, όπου οι τιμές της βαθμολογίας χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: 0-5, 6-10, 11-17 και 18 και άνω. Μέσω της πιλοτικής μελέτης προέκυψαν οι συγκεκριμένες τιμές cutoff του ερωτηματολογίου και αντιστοιχεί η τιμή 11 στο 80° και η τιμή 5 στο 30° εκατοστημόριο, οπότε υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα ψυχιατρικής νοσηρότητας είχαν οι μαθητές με σκορ πάνω από 11.

Στον Πίνακα 16 παρατίθενται τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία και τη βαθμολογία των μαθητών στην πλήρη ψυχιατρική συνέντευξη της κλίμακας CIS. Σημειώνεται ότι η μεταβλητή «Τάξη» λαμβάνεται ως συνεχής, και τα αποτελέσματα αντανakλούν το πόσο αυξάνεται η πιθανότητα να συνυπάρχει κάποιο σύμπτωμα και ψυχολογική νοσηρότητα στους μαθητές, για κάθε παραπάνω τάξη στο σχολείο.

Πίνακας 16:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	2,14	1,24 – 3,71	0,012
Τάξη	0,92	0,62 – 1,37	0,656
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	2,09	0,82 – 5,35	0,109
11-17	3,74	1,70 – 8,23	0,004

18+	7,30	3,35 – 15,94	0,000
Πόνος στη Μέση			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	0,87	0,54 – 1,40	0,522
Τάξη			
	0,99	0,75 – 1,29	0,899
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	2,46	1,19 – 5,11	0,021
11-17	4,97	1,34 – 18,41	0,022
18+	5,47	2,26 – 13,20	0,002
Πόνος στο Στομάχι			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	1,32	0,61 – 2,85	0,444
Τάξη			
	1,06	0,67 – 1,68	0,766
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	1,94	0,69 – 5,43	0,181
11-17	3,97	0,96 – 16,36	0,055
18+	16,80	7,14 – 39,55	0,000
Οποιοδήποτε πόνος			
Φύλο			
♂	1,00 (αναφοράς)		
♀	1,44	0,98 – 2,11	0,059

Τάξη	1,02	0,84 – 1,23	0,858
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	2,21	1,15 – 4,25	0,023
11-17	4,58	2,20 – 9,53	0,001
18+	9,20	5,81 – 14,57	0,000

Από τα δεδομένα της ανάλυσης, φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση του πονοκεφάλου στους μαθητές το φύλο ($OR=2,14$ ($1,24 - 3,71$)), και η βαθμολογία CIS «11-17» ($OR=3,74$ ($1,70 - 8,23$)) και «18+» ($OR=7,30$, $3,35 - 15,94$). Ο πόνος στη μέση βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις βαθμολογίες CIS «6-10» ($OR=2,46$ ($1,19 - 5,11$)), «11-17» ($OR=4,97$ ($1,34 - 18,41$)) και «18+» ($OR=5,47$ $2,26 - (13,20)$), ενώ ο πόνος στο στομάχι φάνηκε να έχει σχέση μόνο με τις βαθμολογίες CIS «11-17» ($OR=3,97$ ($0,96 - 16,36$)), και «18+» ($OR=16,80$ ($7,14 - 39,55$)). Τέλος, η ύπαρξη ενός τουλάχιστον από τα παραπάνω συμπτωμάτων βρέθηκε να τείνει να σχετίζεται με το φύλο ($OR=1,44$ ($0,98 - 2,11$)), και να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις βαθμολογίες «6-10» ($OR=2,21$ ($1,15 - 4,25$)), «11-17» ($OR=4,58$ ($2,20 - 9,53$)) και «18+» ($OR=9,20$ ($5,81 - 14,57$)) των μαθητών στην κλίμακα ψυχολογικής νοσηρότητας CIS.

Στους Πίνακες 17, 18, 19 και 20 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στη βαθμολογία των μαθητών στην κλίμακα CIS και τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες (μόρφωση και επάγγελμα γονιών), την οικογενειακή κατάσταση και την υποκειμενική αντίληψη των μαθητών για την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους. Οι συσχετίσεις είναι σταθμισμένες ως προς το φύλο και την τάξη.

Σημειώνεται πως οι κατηγορίες «Συνταξιούχος» και «Άλλο» της απασχόλησης του πατέρα συγχωνεύτηκαν για τον «Πόνο στο στομάχι», για στατιστικούς λόγους. Η μεταβλητή «Οικονομικές δυσκολίες» λαμβάνεται ως συνεχής, και τα αποτελέσματα αντανακλούν το πόσο αυξάνεται η πιθανότητα να συνυπάρχει κάποιο σύμπτωμα και ψυχολογική νοσηρότητα, αν οι μαθητές θεωρούν κατά μια μονάδα περισσότερες τις οικονομικές τους δυσκολίες.

Πίνακας 17:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/ σε διάσταση	1,61	0,85 – 3,05	0,127
Χηρεία	0,33	0,10 – 1,06	0,059
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,83	0,23 – 3,01	0,749
Λύκειο	1,29	0,64 – 2,62	0,431
ΤΕΙ	2,68	0,59 – 12,21	0,175
ΑΕΙ	2,23	0,56 – 8,84	0,220
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	2,74	1,09 – 1,11	0,036
Λύκειο	0,89	0,32 – 2,47	0,794
ΤΕΙ	0,54	0,15 – 1,97	0,308
ΑΕΙ	0,58	0,13 – 2,64	0,433
Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,64	0,94 – 2,85	0,074
Ελεύθερη Επαγγελματίας	2,50	1,29 – 4,85	0,012
Άνεργη	1,86	0,59 – 5,88	0,253
Οικιακά	0,81	0,35 – 1,86	0,574
Άλλο	3,38	0,80 – 14,34	0,089
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,95	0,52 – 1,72	0,849
Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,67	0,36 – 1,27	0,190

Συνταξιούχος	1,49	0,43 – 5,12	0,488
Άλλο	0,50	0,12 – 2,16	0,311
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	0,66	0,27 – 1,59	0,313
Καλή	1,25	0,47 – 3,33	0,614
Μέτρια	1,89	0,89 – 4,01	0,088
Οικονομικές δυσκολίες	1,00	0,71 – 1,40	0,976

Πίνακας 18:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πόνος στη μέση			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/ σε διάσταση	1,53	0,36 – 6,39	0,521
Χηρεία	1,09	0,19 – 6,26	0,915
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,62	0,21 – 1,84	0,347
Λύκειο	1,22	0,28 – 5,34	0,765
ΤΕΙ	0,86	0,13 – 5,59	0,857
ΑΕΙ	1,86	0,29 – 12,12	0,473
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,88	0,31 – 2,47	0,780
Λύκειο	1,15	0,32 – 4,10	0,807
ΤΕΙ	1,35	0,30 – 6,08	0,659
ΑΕΙ	0,69	0,13 – 3,72	0,628

Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,76	0,30 – 1,88	0,505
Ελεύθερη Επαγγελματίας	0,55	0,24 – 1,26	0,138
Άνεργη	0,45	0,13 – 1,51	0,170
Οικιακά	1,09	0,39 – 3,04	0,852
Άλλο	0,19	0,06 – 0,65	0,014
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,67	0,74 – 3,79	0,190
Ελεύθερος Επαγγελματίας	1,31	0,62 – 2,75	0,440
Συνταξιούχος	0,17	0,01 – 2,11	0,145
Άλλο	2,49	0, 21 – 29,34	0,427
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	0,60	0,16 – 2,26	0,403
Καλή	1,82	0,42 – 7,92	0,384
Μέτρια	1,37	0,43 – 4,31	0,553
Οικονομικές δυσκολίες	1,70	1,14 – 2,53	0,014

Πίνακας 19:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πόνος στο στομάχι			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/ σε διάσταση	1,08	0,43 – 2,73	0,850
Χηρεία	0,81	0,10 – 6,91	0,829

Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,73	0,26 – 2,08	0,520
Λύκειο	0,95	0,35 – 2,61	0,917
ΤΕΙ	1,21	0,22 – 6,47	0,808
ΑΕΙ	1,32	0,33 – 5,19	0,661
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	1,53	0,46 – 5,11	0,449
Λύκειο	1,59	0,41 – 6,21	0,464
ΤΕΙ	1,09	0,25 – 4,86	0,898
ΑΕΙ	1,80	0,34 – 9,57	0,447
Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0,94	0,33 – 2,63	0,886
Ελεύθερη Επαγγελματίας	1,97	0,91 – 4,27	0,078
Άνεργη	1,59	0,33 – 7,74	0,525
Οικιακά	2,60	0,91 – 7,46	0,070
Άλλο	3,33	0,81 – 13,74	0,087
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,34	0,53 – 3,37	0,497
Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,92	0,49 – 1,73	0,775
Συνταξιούχος / Άλλο	1,18	0,20 – 6,87	0,836
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	0,62	0,13 – 2,83	0,490
Καλή	0,92	0,28 – 3,00	0,882
Μέτρια	1,18	0,32 – 4,31	0,777
Οικονομικές δυσκολίες	1,06	0,70 – 1,60	0,764

Πίνακας 20:
Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Οποιοσδήποτε πόνος			
Οικογενειακή Κατάσταση			
Παντρεμένοι	1,00 (αναφοράς)		
Χωρισμένοι/ σε διάσταση	1,69	0,60 – 4,75	0,277
Χηρεία	1,01	0,27 – 3,83	0,981
Επίπεδο Εκπαίδευσης Μητέρας			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	0,70	0,28 – 1,76	0,407
Λύκειο	1,26	0,51 – 3,11	0,579
ΤΕΙ	1,66	0,47 – 5,90	0,389
ΑΕΙ	2,18	0,67 – 7,09	0,169
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα			
Δημοτικό	1,00 (αναφοράς)		
Γυμνάσιο	1,79	0,89 – 3,59	0,092
Λύκειο	0,96	0,49 – 1,87	0,897
ΤΕΙ	0,69	0,26 – 1,81	0,408
ΑΕΙ	0,63	0,22 – 1,83	0,350
Απασχόληση Μητέρας			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,01	0,62 – 1,67	0,962
Ελεύθερη Επαγγελματίας	1,42	0,93 – 2,16	0,094
Άνεργη	1,09	0,64 – 1,85	0,729
Οικιακά	1,11	0,65 – 1,90	0,663
Άλλο	1,08	0,34 – 3,37	0,887
Απασχόληση Πατέρα			
Δημόσιος Υπάλληλος	1,00 (αναφοράς)		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1,30	0,64 – 2,63	0,429
Ελεύθερος	0,84	0,51 – 1,40	0,463

Επαγγελματίας			
Συνταξιούχος	0,71	0,14 – 3,61	0,643
Άλλο	1,11	0,14 – 8,70	0,913
Σχέση με γονείς			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	0,58	0,24 – 1,40	0,195
Καλή	1,41	0,62 – 3,21	0,365
Μέτρια	1,66	0,66 – 4,17	0,241
Οικονομικές δυσκολίες			
	1,34	0,97 – 1,84	0,069

Από τα παραπάνω δεδομένα, φαίνεται να συσχετίζεται ο πονοκέφαλος οριακά με οικογενειακή κατάσταση «Χηρεία» και σημαντικά με τη εκπαίδευση του πατέρα σε επίπεδο δημοτικού και την απασχόληση της μητέρας ως ελεύθερη επαγγελματίας. Ο πόνος στη μέση βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την κατηγορία απασχόλησης της μητέρας «Άλλο» αλλά και με την υποκειμενική εκτίμηση των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας. Ο πόνος στο στομάχι όπως και η κατηγορία «ένα τουλάχιστον σωματικό σύμπτωμα» δε βρέθηκαν να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με κανέναν παράγοντα.

Στη συνέχεια, έγινε η συσχέτιση της βαθμολογίας των μαθητών στην κλίμακα CIS, δηλαδή της ψυχολογικής νοσηρότητας, με την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνου, σταθμίζοντας για όλες τις παραπάνω μεταβλητές. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 21. Όπως φαίνεται, η υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα CIS βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με όλα τα συμπτώματα πόνου και με την κατηγορία «οποιοδήποτε σύμπτωμα πόνου». Η αμέσως χαμηλότερη κατηγορία βαθμολογίας (11-17) επίσης βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με όλες τις κατηγορίες συμπτωμάτων πόνου και έδειξε μια τάση συσχέτισης τον πόνο στο στομάχι. Τέλος, η βαθμολογία «6-10» της βαθμολογίας στην κλίμακα CIS φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβλητή «οποιοδήποτε σύμπτωμα πόνου» και να τείνει να σχετιστεί με τον πονοκέφαλο.

Συσχετίστηκε επίσης η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνους στους μαθητές με την υποκειμενική αξιολόγηση της σχολικής τους επίδοσης, σταθμίζοντας προς τις κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Τα αποτελέσματα της

ανάλυσης λογιστικής παλινδρόμησης φαίνονται στον Πίνακα 22. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον πόνο στη μέση βρέθηκε και στην αντίληψη της σχολικής επίδοσης ως καλή και μέτρια. Ο πόνος στη μέση είχε στατιστικά οριακή σχέση με τη πολύ καλή σχολική επίδοση των μαθητών ενώ η μεταβλητή «οποιοσδήποτε πόνος» είχε στατιστικά σημαντική σχέση με την αντίληψη της σχολικής επίδοσης ως μέτρια.

Πίνακας 21:

*Σωματικά Συμπτώματα και Ψυχολογική Νοσηρότητα:
Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)*

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Βαθμολογία CIS			
1	1,00 (αναφοράς)		
2	2,22	1,00 – 4,95	0,051
3	3,67	1,92 – 7,01	0,001
4	7,02	3,44 – 14,31	0,000
Πόνος στη Μέση			
Βαθμολογία CIS			
1	1,00 (αναφοράς)		
2	2,25	0,92 – 5,51	0,071
3	5,44	1,47 – 20,20	0,017
4	6,02	2,50 – 14,52	0,001
Πόνος στο Στομάχι			
Βαθμολογία CIS			
1	1,00 (αναφοράς)		
2	1,88	0,62 – 5,67	0,227
3	4,27	0,95 – 19,14	0,056
4	21,97	7,51 – 64,30	0,000

Οποιοσδήποτε Πόνος			
Βαθμολογία CIS			
1	1,00 (αναφοράς)		
2	2,22	1,05 – 4,69	0,039
3	4,71	2,41 – 9,22	0,001
4	9,39	6,99 – 12,61	0,000

Πίνακας 22:

Σωματικά Συμπτώματα: Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	1,54	0,50 – 4,78	0,411
Καλή	2,32	0,59 – 9,08	0,198
Μέτρια	2,72	0,86 – 8,61	0,081
Πόνος στη Μέση			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	2,90	0,94 – 8,93	0,061
Καλή	3,14	1,19 – 8,82	0,033
Μέτρια	3,45	1,30 – 9,16	0,019
Πόνος στο Στομάχι			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	1,15	0,48 – 2,75	0,729
Καλή	1,32	0,29 – 5,93	0,690

Μέτρια	0,76	0,21 – 2,73	0,639
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Σχολική επίδοση			
Άριστη	1,00 (αναφοράς)		
Πολύ καλή	1,74	0,74 – 4,09	0,174
Καλή	2,33	0,90 – 6,05	0,076
Μέτρια	2,66	1,30 – 5,47	0,013

Τέλος, έγινε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης για να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνου και την ψυχολογική νοσηρότητα, **σταθμίζοντας πια για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές του δείγματος**. Ο Πίνακας 23 παρουσιάζει τη συσχέτιση αυτή. Σταθμίζοντας για την πιθανή «σύγχυση» που θα μπορούσαν να προκαλέσουν άλλοι παράγοντες, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχολογική νοσηρότητα που εκπροσωπούν οι υψηλότερες βαθμολογίες της ψυχιατρικής κλίμακας CIS («11-17» και «18+») και στην ύπαρξη του πονοκεφάλου, του πόνου στη μέση και στο στομάχι αλλά και ενός τουλάχιστον από τα παραπάνω. Ακόμη, η βαθμολογία «6-10» βρέθηκε να τείνει να σχετίζεται με την ύπαρξη πονοκεφάλου και πόνου στη μέση.

Πίνακας 23:

*Σωματικά Συμπτώματα και Ψυχολογική Νοσηρότητα:
Ανάλυση Λογιστικής Παλινδρόμησης (Μοντέλο 3)*

	ODDS RATIO	95% CI	p
Πονοκέφαλος			
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	2,17	0,95 – 4,95	0,063
11-17	3,81	2,11 – 6,88	0,001
18+	6,94	3,40 – 14,17	0,000

Πόνος στη Μέση			
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	2,30	0,93 – 5,69	0,067
11-17	5,75	1,51 – 21,86	0,016
18+	6,09	2,49 – 14,92	0,001
Πόνος στο Στομάχι			
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	1,96	0,67 – 5,77	0,193
11-17	4,39	1,03 – 18,76	0,047
18+	22,46	7,97 – 63,30	0,000
Οποιοσδήποτε Πόνος			
Βαθμολογία CIS			
0-5	1,00 (αναφοράς)		
6-10	2,24	1,02 – 4,92	0,046
11-17	5,02	2,56 – 9,85	0,000
18+	9,59	7,51 – 12,24	0,000

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ – ΒΑΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η εργασία αυτή είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου και ψυχιατρικής νοσηρότητας όπως και τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου (πονοκέφαλο, πόνο στο στομάχι, πόνο στη μέση και ένα τουλάχιστον σύμπτωμα από αυτά) και κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, σε δείγμα 2363 μαθητών Λυκείου της Βορειοδυτικής Ελλάδας. Ελέγχθηκε η βασική υπόθεση ότι η ύπαρξη των σωματικών συμπτωμάτων πόνου σχετίζεται με τη ύπαρξη ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ηλικία αυτή. Επιπλέον, ελέγχθηκε και η υπόθεση ότι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο, και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως οι οικονομικές δυσκολίες, συσχετίζονται με την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων σε έφηβους. Τα ευρήματα έδειξαν να επιβεβαιώνουν τις βασικές μας υποθέσεις.

Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου ένας στους δέκα μαθητές βίωνε πονοκέφαλο τον τελευταίο μήνα, ένας στους δέκα πόνο στη μέση, ένας στους είκοσι πόνο στο στομάχι, ενώ περίπου ένας στους πέντε βίωνε τουλάχιστον ένα από τα παραπάνω συμπτώματα το ίδιο χρονικό διάστημα. Με τα παραπάνω ευρήματα βρέθηκαν να συσχετίζονται κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση αλλά όχι η τάξη, και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, η απασχόληση της μητέρας και οι οικονομικές δυσκολίες που αντιλαμβάνονται οι έφηβοι στην οικογένειά τους. Συσχετίσεις επίσης αναδείχθηκαν ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου και τα αυτοαναφερόμενα επίπεδα γενικής και ψυχικής υγείας, όπως και ανάμεσα σε αυτά και την αντίληψη που είχαν οι μαθητές για τη σχέση με τους γονείς τους. Ως προς τη ψυχιατρική νοσηρότητα, η σχέση ανάμεσα σε αυτήν και την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων στους έφηβους επιβεβαιώθηκε επίσης. Ειδικότερα, έφηβοι με βεβαρημένη ψυχική υγεία βρέθηκαν να έχουν από περίπου 4 ως 7 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώνουν πονοκέφαλο, 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από πόνο στη μέση, 4 ως 22 φορές περισσότερες να έχουν πόνο στο στομάχι, ενώ ήταν περίπου 5 έως 10 φορές πιο πιθανό να βιώνουν τουλάχιστον ένα από τα παραπάνω συμπτώματα πόνου.

Αναλυτικότερα, στο επίπεδο της μονομεταβλητής ανάλυσης εμφανίστηκαν αρκετές συσχετίσεις με μεταβλητές όπως το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, την αντίληψη της σχέσης με τους γονείς και την αυτοαναφερόμενη ψυχική και γενική υγεία. Επίσης φάνηκαν τάσεις στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης των συμπτωμάτων με την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση των γονιών, που θα μπορούσε να είχε αναδειχθεί ως στατιστικά σημαντική αν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο. Πιο συγκεκριμένα, ο παράγοντας «φύλο» βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τον πονοκέφαλο, τον πόνο στο στομάχι και με την ύπαρξη ενός τουλάχιστον συμπτώματος πόνου από τα τρία που μελετήθηκαν, με τα κορίτσια να έχουν αντίστοιχα 3,26, 2,60 και 2,26 μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώνουν πόνο από ότι τα αγόρια. Η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να τείνει να συσχετιστεί σημαντικά με τον πονοκέφαλο, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με πονοκέφαλο είχαν γονείς χωρισμένους ή σε διάσταση, ενώ το μικρότερο ποσοστό ήταν για τα παιδιά με γονείς σε χηρεία. Ο πονοκέφαλος επίσης φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την εκπαίδευση του πατέρα σε επίπεδο γυμνασίου. Ακόμη, έδειξε να σχετίζεται και με την απασχόληση της μητέρας όπου τα παιδιά με μητέρες που ασχολούνταν με οικιακά ή ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν σε χαμηλότερο ποσοστό πονοκέφαλο. Επιπλέον, η κακή ή μέτρια σχέση με τους γονείς συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με τον πονοκέφαλο αλλά και με την ύπαρξη ενός τουλάχιστον συμπτώματος πόνου. Υπήρξε τάση στατιστικώς σημαντικής θετικής σχέσης ανάμεσα στον πόνο στη μέση και τις οικονομικές δυσκολίες. Η τάση αυτή βρέθηκε σε μικρότερο βαθμό ανάμεσα στις οικονομικές δυσκολίες και την ύπαρξη ενός τουλάχιστον συμπτώματος. Το επίπεδο αυτοαναφερόμενης γενικής υγείας βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με όλες τις μεταβλητές πόνου. Παρόμοιες συσχετίσεις βρέθηκαν και για το επίπεδο αυτοαναφερόμενης ψυχικής υγείας με εξαίρεση τον πόνο στη μέση για τον οποίο η σχέση έτεινε να γίνει στατιστικά σημαντική. Όσον αφορά την τάξη φοίτησης, το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, το επάγγελμα των γονιών ή τη σχολική επίδοση των μαθητών, η μονομεταβλητή ανάλυση δεν έδειξε κάποια συσχέτιση με τα συμπτώματα πόνου που εξετάστηκαν.

Στο επίπεδο πολυμεταβλητής ανάλυσης και μετά από στάθμιση για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, τα ευρήματα ήταν παρόμοια με αυτά της μονομεταβλητής ανάλυσης, με λίγες διαφοροποιήσεις. Η ύπαρξη σημαντικής σχέσης ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου (με εξαίρεση τον πόνο στη μέση) και τον παράγοντα φύλο επιβεβαιώθηκε. Επίσης επιβεβαιώθηκε η σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη πονοκεφάλου και

τη μόρφωση των πατεράδων σε επίπεδο γυμνασίου. Ο πονοκέφαλος, και ιδιαίτερα ο πόνος στη μέση, επιβεβαιώθηκε ότι σχετίζονται με την κατηγορία επαγγέλματος της μητέρας «ελεύθερη επαγγελματίας», όχι όμως με την κατηγορία «οικιακά». Η κακή ή μέτρια σχέση με τους γονείς βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τον πονοκέφαλο και την ύπαρξη ενός τουλάχιστον συμπτώματος πόνου, που επίσης συμβαδίζει με τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης. Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής ανάλυσης επίσης ανέδειξαν τη σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στο αυτοαναφερόμενο επίπεδο γενικής και ψυχικής υγείας και τα συμπτώματα πόνου. Αναδείχθηκε, ωστόσο, η σχέση ανάμεσα στη σχολική επίδοση των μαθητών και τα συμπτώματα που βιώνουν, κάτι που δε φάνηκε στη μονομεταβλητή ανάλυση. Η μέτρια ή κακή όπως και η άριστη σχολική επίδοση βρέθηκαν να αυξάνουν τις πιθανότητες του εφήβου να πονά στη μέση, ενώ η πιθανότητα να βιώνει ένα τουλάχιστον σύμπτωμα πόνου αυξανόταν μόνο για αυτούς με μέτρια ή κακή σχολική επίδοση.

4.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Παρά τα ισχυρά σημεία της παρούσας μελέτης που αφορούν το αρκετά ικανοποιητικό μέγεθος και τη μεγάλη συμμετοχή του δείγματος, απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση των ευρημάτων που αναδείχθηκαν είναι η συνεκτίμηση των περιορισμών που τέθηκαν. Αυτοί οι περιορισμοί αφορούν το στοιχείο της μελέτης καθεαυτά αλλά και του δείγματος.

Ο τύπος της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε θέτει από μόνος του περιορισμούς. Η σχολική μελέτη της Ηπείρου ανήκει στις συγχρονικού τύπου έρευνες, οι οποίες αναδεικνύουν συσχετίσεις που μπορούν να ερμηνευτούν ποικιλοτρόπως, αλλά δεν αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης αιτιολογικής σχέσης. Άρα, δε μπορούμε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα για τη φύση ή την κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών, παρά μόνο να εντοπίσουμε την ύπαρξη συμμεταβολής τους. Επιπλέον, η χρήση της «αυτό-αναφοράς» ως τρόπο συλλογής δεδομένων είχε ως συνέπεια κάποιους περιορισμούς. Η αυτό-αναφορά (self-report) έχει αποδειχθεί αξιόπιστος και έγκυρος τρόπος συλλογής δεδομένων όσον αφορά την υγεία τους σε πληθυσμούς εφήβων και έχει διαπιστωθεί ότι είναι ικανοί να παράσχουν αξιόπιστες πληροφορίες (Roth-Isigkeit και συν., 2004,

Haugland, 2004). Παραταύτα, η χρήση της μεθόδου αυτοαναφοράς από εφήβους ενέχει και τον κίνδυνο λανθασμένης ταξινόμησης (misclassification) όπως και του μεγαλύτερο ποσοστού ελλείπουσων τιμών. Εντούτοις, τα φαινόμενα αυτά είναι πιο πιθανόν να συμβούν τυχαία, και σε περίπτωση που επηρεάσουν τα αποτελέσματα, αυτό να γίνει προς της μηδενική τιμή (null value), δηλαδή να αυξηθεί η πιθανότητα σφαλμάτων τύπου II (ψευδώς αρνητικών).

Οι άλλοι περιορισμοί αφορούσαν δυο χαρακτηριστικά του δείγματος που επιλέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα. Πρώτον, το δείγμα επιλέχθηκε από μια συγκεκριμένη η γεωγραφική περιοχή, δηλαδή τη Βορειοδυτική Ελλάδα, και συγκεκριμένα από αστικά σχολεία της περιοχής αυτής. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι για την γενίκευση των ευρημάτων σε πληθυσμούς εφήβων που κατοικούν σε μη αστικές περιοχές ή σε άλλες περιοχές της Ελλάδος, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή. Επιπλέον, η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε σε ένα συγκεκριμένο είδος Λυκείων, τα Γενικά Λυκεία. Έτσι, η γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας αυτής σε μαθητές άλλων τύπου φορέων εκπαίδευσης όπως το Επαγγελματικό Λύκειο ή τα Ιδιωτικά Επαγγελματικά Κέντρα δεν είναι δυνατή.

4.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

4.3.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μια από τις δυο βασικές υποθέσεις της εργασίας αυτής αφορούσε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα και κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Τα ευρήματα φαίνεται να επί τω πλείστω να συμβαδίζουν με ευρήματα άλλων ερευνών στο χώρο.

Η διαφορά βάσει φύλου ήταν εμφανής, με τα κορίτσια τα βιώνουν πιο συχνά από τα αγόρια για την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων εκτός του πόνου στη μέση και να έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώνουν κάποιο ή ένα τουλάχιστον από αυτά. Το εύρημα αυτό συμβαδίζει με αποτελέσματα ερευνών όπως των Perquin και συνεργατών (2000), Roth-Isigkeit και συνεργατών (2004), Reynolds και συνεργατών (2001) και Erginoz και συνεργατών (2004) και φαίνεται να παρουσιάζει διαπολιτισμική σταθερότητα. Επιπλέον,

σε σχέση με το φύλο, μελέτες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια όχι μόνο υποφέρουν πιο συχνά από σωματικά συμπτώματα πόνου και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώσουν τέτοια φαινόμενα, αλλά υποφέρουν και από περισσότερα σωματώματα σε σχέση με τα αγόρια (Dhossche και συν., 2001). Από την άλλη, τα ευρήματα για τον παράγοντα «ηλικία» είναι αντιφατικά. Στην μελέτη αυτή δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ηλικία των παιδιών στις τρεις τάξεις του Λυκείου και την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων παρότι θα περίμενε κανείς να κορυφώνονταν με την αύξηση των απαιτήσεων και προετοιμασιών για τις Πανελλήνιες εξετάσεις. Παρόμοια ευρήματα αναδείχθηκαν στην έρευνα των Dhossche και συνεργατών (2001), ωστόσο έχει βρεθεί και ακριβώς το αντίθετο, τα σωματικά συμπτώματα να αυξάνουν σε συχνότητα και αριθμό με την ηλικία (Groholt και συν, 2003, Roth-Isigkeit και συν, 2004, Ghandour και συν, 2004, Roth-Isigkeit και συν, 2005).

Οι κλασικοί κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες είναι το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονιών, οι οποίοι έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνου στους έφηβους (Lieb και συν, 2000). Ως ένδειξη κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου ζητήσαμε από τους μαθητές να αναφέρουν πόσες οικονομικές δυσκολίες πιστεύουν ότι έχει η οικογένειά τους. Γενικά, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχει παρατηρηθεί να σχετίζεται με αυξημένο επιπολασμό σωματικών συμπτωμάτων πόνου, αυξημένες πιθανότητες να βιώνουν κάποιο από αυτά αλλά και με υψηλότερα ποσοστά παραπόνων για πόνο και στρές (Groholt και συν, 2003, Reynolds και συν, 2001). Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνά τους, οι Boey και Goh (2001) βρήκαν ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η ανειδίκευτη εργασία του πατέρα και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα αυξάνει τις πιθανότητες να βιώνουν τα παιδιά πόνο στο στομάχι. Οι Ghandour και συνεργάτες (2004), σε έρευνα που αντιπροσώπευε πάνω από δέκα εκατομμύρια έφηβων κοριτσιών της Αμερικής, παρατήρησαν ότι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας συσχετιζόταν με την ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου στα κορίτσια. Στη παρούσα μελέτη, βρέθηκε η μόρφωση των πατεράδων σε επίπεδο γυμνασίου να είναι επιβαρυντικός παράγοντας για την ύπαρξη πονοκεφάλου στους έφηβους ενώ η απασχόληση της μητέρας ως ελεύθερη επαγγελματίας φάνηκε να έχει σχέση με την ύπαρξη πονοκεφάλου και πόνου στη μέση. Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιλαμβάνονταν οι έφηβοι συσχετιζόνταν θετικά με τον ύπαρξη κάποιου συμπτώματος από τα τρία που μελετήθηκαν αλλά ιδιαίτερα με τον πόνο στη μέση.

Η μέτρια ή κακή σχέση με τους γονείς φάνηκε να παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ύπαρξη πονοκεφάλου και πόνου στη μέση. Ο ρόλος που διαδραματίζει η σχέση με τους γονείς μπορεί να κατανοηθεί μέσω των επιπτώσεων που έχει το συναισθηματικό κλίμα που δημιουργείται από μια αρνητική σχέση στην ψυχική υγεία αλλά και μέσα από την στήριξη που μπορεί να παράσχει σε έναν έφηβο μια καλή σχέση τέτοιου είδους, αποτελώντας ίσως προστατευτικό παράγοντα απέναντι στα συμπτώματα στην ηλικία αυτή (Erginoz και συν, 2004). Γενικότερα, οι εντάσεις δε φαίνονται να επωφελούν την υγεία, είτε σωματική είτε ψυχική. Στην παρούσα έρευνα η πιθανότητα ύπαρξης σωματικών συμπτωμάτων ήταν μεγαλύτερη από τη διπλάσια όταν τα επίπεδα αυτοαναφερόμενης γενικής και ψυχικής υγείας ήταν «μέτριο ή κακό». Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ως μια επιπλέον ένδειξη της στενής σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στη σωματική και την ψυχολογική υγεία των εφήβων.

4.3.2. ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Οι σύγχρονες τάσεις στην επιστήμη ενθαρρύνουν την αντίληψη του ανθρώπου ως «όλον» και όχι σαν μια μηχανή με ανεξάρτητα μεταξύ τους λειτουργικά μέρη. Η ολιστική αυτή ματιά διευκολύνει την αντίληψη της σύνδεσης ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή. Οι έφηβοι συμμετάσχοντας την ανέδειξαν και στις αυτοαναφορές της γενικής και ψυχολογικής υγείας τους, όπως αναδείχθηκε και από τη συσχέτιση του σκορ τους στην κλίμακα CIS με τα συμπτώματα που καταγράφηκαν από την GHQ. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η πιθανότητα να βιώνουν οι έφηβοι σωματικά συμπτώματα αυξάνεται από περίπου 2 έως 22 φορές αν έχουν βεβαρημένη ψυχική υγεία. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει το εύρημα αυτό, ιδιαίτερα όσον αφορά την κατάθλιψη και της αγχώδεις διαταραχές (Gureje και συν., 1997). Παρότι η φύση της σχέσης αυτής παραμένει άγνωστη, η σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικής νοσηρότητας στους έφηβους έχει βρεθεί να είναι τέτοιας σημασίας που ερευνητές έχουν συνιστήσει έφηβοι, που παραπονιούνται από συμπτώματα πόνου να πρέπει να αξιολογηθούν για ύπαρξη ψυχικής διαταραχής (Dhossche και συν, 2001, Fichtel και Larsson, 2002, Harma και συν, 2002, Puskar και συν, 2003, Santalahti και συν, 2005).

4.4. ΣΗΜΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι έφηβοι της Βορειοδυτικής Ελλάδας όντως υποφέρουν από συμπτώματα πόνου, ιδιαίτερα πονοκέφαλο, και πως η ύπαρξη των συμπτωμάτων αυτών συνοδεύεται από την συνύπαρξη ψυχιατρική νοσηρότητας. Επίσης, επισημαίνεται η σύνδεση μεταξύ σωματικής και ψυχικής τους υγείας όπως και η συμβολή κοινωνικών παραγόντων στη σχέση αυτή. Οι ενδείξεις ότι η επίμονη ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων πόνου και η ψυχιατρική νοσηρότητα διαρκούν και συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή δημιουργούν μια ιδιαίτερη ανησυχία και αποτελούν λόγο και περισσότερη εις βάθος έρευνα. Συνεπώς, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τα συμπτώματα πόνου είναι ένα σοβαρό θέμα για τους εφήβους, ιδιαίτερα για τα κορίτσια, και θα πρέπει να αποδοθεί η ανάλογη προσοχή σε αυτά αλλά και σε επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η κακή ψυχολογική υγεία. Μπορούμε να πούμε πως το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει στην υγεία των εφήβων στο σημείο που ασκεί πίεση λόγω οικονομικών δυσκολιών, κακών σχέσεων ή πιέσεων που ενδεχομένως να δημιουργούνται από τους ίδιους τους γονείς.

Θα ήταν ενδιαφέρον να επεκταθεί αυτή η προσπάθεια έρευνας στον εφηβικό πληθυσμό και στην υπόλοιπη Ελλάδα, για να επιτευχθεί μια συνολική και πιο αντιπροσωπευτική εικόνα των εφήβων αλλά και για να αναδειχτούν ορισμένες τάσεις συσχετίσεων που όμως δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές στην έρευνα αυτή. Ενδιαφέρον επίσης θα ήταν η διερεύνηση της σχέσης και άλλων παραγόντων όπως το εκπαιδευτικό σύστημα, οι κοινωνικές σχέσεις και τα γεγονότα ζωής με τα συμπτώματα πόνου και την ψυχιατρική νοσηρότητα, ούτως ώστε να καλυφθεί το θέμα ύπαρξης σωματικών συμπτωμάτων και ψυχικής υγείας σε μεγαλύτερο βάθος.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Afari, N., & Buchwald, D. (2003). Chronic fatigue syndrome: A review. *American Journal of Psychiatry*, 160, 221-36.
- Alexander, F. (1962). The development of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, xxiv(1), 13-24.
- Anttila, P., Metsahonkala, L., Mikkelsen, M., Helenius, H., & Sillanpaa, M. (2001). Comorbidity of other pains in schoolchildren with migraine or nonmigrainous headache. *The Journal of Pediatrics*, 138 (2), 176-80.
- Apley, J. (1976). Pain in childhood. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 383-389.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuna, J., & Lewis, G. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178, 228-233.
- Aro, H., Hanninen, V., & Paronen, O. (1989). Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16-year-old adolescents. *Social Science and Medicine*, 29(9), 1051-56.
- Bakoula, C., Kapi, A., Veltsista, A, Kavadias, G., & Kolaitis, G. (2006). Prevalence of recurrent complaints of pain among Greek schoolchildren and associated factors: A population-based study. *Acta Paediatrica*, 95, 947-51.
- Balague, F., Dudler, J., & Nordin, M. (2003). Low back pain in children (commentary). *The Lancet*, 361, 1403-04.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the 10 past years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427 –39.
- Bode, G., Brenner, H., Adler, G., & Rothenbacher, D. (2003). Recurrent abdominal pain in children: Evidence from a population-based study that social and familial factors play a major role but not Helicobacter pylori infection. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 417-21.
- Boey, C.C.M. & Goh, K.L. (2001). Predictors of recurrent abdominal pain among 9 to 15-year-old urban school-children in Malaysia. *Acta Paediatrica*, 90, 353-55.
- Boey, C.C.M. & Goh, K.L. (2002). Psychosocial factors and childhood recurrent abdominal pain. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 17, 1250-53.

- Borell-Carrio, F., Suchman, A.L., & Epstein, R.M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-82.
- Borge, A.I.H. & Nordhagen, R. (2000). Recurrent pain symptoms in children and parents. *Acta Paediatrica*, 89, 1479-83.
- Botega, N.J., Pereira, W.A., Bio, M.R., Garcia, C., & Zomignani, M.A. (1995). 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*, 30, 127-131.
- Boyd, C.P., & Gullone, E. (1997). An investigation of negative affectivity in Australian adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 190-197.
- Breidablik, H.J., Meland, E., & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 12-20.
- Bruin, A.D., Pichavet, H.S.J., Nossikov, A. (1996). *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. Copenhagen: WHO Regional Publications.
- Burton, C. (2003). Beyond somatisation: A review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice*, 53, 233-241.
- Chitkara, D.K., Rawat, D., & Talley, N. (2005). The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 100, 1868-75.
- Currie, C.E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., & al. (2000). Health and health behaviour among young people. Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC). International report 1,1–132. No 1 in Series: *Health policy for children and adolescents*. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C.E., Elton, R.A., Todd, J., & Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Education Research*, 12, 385–397.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(4), 191-99.
- Dunn, G., Pickles, A., Tansella, M., & Vasquez-Barquero, J.L. (1999). Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *British Journal of Psychiatry*, 174, 95-100.

- Egger, H.L., Angold, A., Costello, J. (1998). Headaches and psychopathology in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 951–958.
- Egger, H.L., Costello, E.J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 852-60.
- El-Metwally, A., Salminen, J.J., Auvinen, A., Macfarlane, G., & Mikkelsen, M. (2007). Risk factors for development of non-specific musculoskeletal pain in preteens and early adolescents: a prospective 1-year follow-up study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(46).
- Eminson, M. (2001). Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 266-74.
- Eminson, M. (2001). Somatising in children and adolescents. 2. Management and outcomes. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 388-98.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36.
- Erginoz, E., Alikasifoglou, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Albayrak Kaymak, D., & Ilter, O. (2004). Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*, 163, 485-94.
- Farmer, A., Fowler, T., Scourfield, J. & Thapar, A. (2004). Prevalence of chronic disabling fatigue in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 184, 477-81.
- Fearon, P. & Hotopf, M. (2001). Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*, 322, 1145-49.
- Fichtel, A. & Larsson, B. (2002). Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache*, 42, 766-775.
- Fink, P. (1996). From hysteria to somatization: A historical perspective. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 353-363.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Frankle, A.H. (1952). Psychometric investigation of the relationship between emotional repression and the occurrence of psychosomatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 14(4), 252-55.
- Ghandour, R.M., Overpeck, M.D., Huang, Z.J., Kogan, M.D., & Scheidt, P.C. (2004).

- Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States: associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158, 797–803.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph No. 21. Oxford University Press: Oxford.
- Goldberg, D.P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C.(1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27. 191-97.
- Goldberg, D. & Williams, P. (1988). *A User's Guide to the GHQ*. NFER-Nelson: Windsor.
- Goodman, J.E. & McGrath, P.J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46, 247-64.
- Gordon, K.E., Dooley, J.M., & Wood, E.P. (2004). Self-reported headache frequency and features associated with frequent headaches in Canadian young adolescents. *Headache*, 44, 555-61.
- Greene, J.W., Walker, L.S., Hicksson, G., & Thomson, J. (1985). Stressful life events and somatic symptoms in adolescents. *Pediatrics*, 75, 19-22.
- Groholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R., & Kohler, L. (2003). Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *European Journal of Epidemiology*, 18, 965-75.
- Gureje, O., Simon, G.E., Ustun, T.B., & Goldberg, D.P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154, 989–95.
- Hakala, P., Rimpela, A., Salminen, J.J., Virtanen, S.M., & Rimpela, M. (2002). Back, neck and shoulder pain in Finnish adolescents: national cross sectional surveys. *BMJ*, 325, 743-6.
- Harma, A.M., Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., & Rantanen, P. (2002). Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20, 92-96.
- Haugland, S. (2004). Commentary: Pain in childhood and adolescence: diagnosis, smokescreen or everyday complaints? *Acta Paediatrica*, 93, 157-63.
- Haugland, S. & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence: reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24, 611-624.
- (Historical Note). (2003). Nineteenth century nervousness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 56.

- Hotopf, M., Carr, S., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (1998). Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ*, 316, 1196-1200.
- Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (1999). Childhood risk factors for adults with medically unexplained symptoms: Results from a national birth cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1796-1800.
- Hotopf, M., Wilson-Jones, C., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (2000). Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalizations. *British Journal of Psychiatry*, 176, 273-80.
- Hurrelmann, K., Engel, U., Holler, B., & Nordlohne, E. (1988). Failure in school, family conflicts and psychosomatic disorders in adolescence. *Journal of Adolescence*, 11, 237-49.
- Hyams, J.S., Burke, G., Davis, P.M., Rzepski, B., & Andrulonis, P.A. (1996). Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. *The Journal of Pediatrics*, 129(2), 220-26.
- Illis, L.S. (2002). Hysteria (editorial). *Spinal Cord*, 40, 311-12.
- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T., & Farrell, M. (1997). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: strategy and methods. *Psychological Medicine*, 27, 765-774.
- Jones, G.T., Watson, K.D., Silman, A.J., Symmons, D.P.M., & Macfarlane G.J. (2003). Predictors of low back pain in British schoolchildren: A population-based prospective cohort study. *Pediatrics*, 111, 822-28.
- Karvonen, J.T. (2007). *Somatization in young adults: the Northern Finland 1966 birth cohort study*. Thesis. Acta Universitatis Ouluensis. Oulu University Press.
- Kellner, R. (1990). Somatization, theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 150-60.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Robles, T.F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 537-47.
- Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J., & Dao, M.D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663-72.
- Kisely, S., Goldberg, D., & Simon, G. (1997). A comparison between somatic symptoms with and without clear organic cause: results of an international study. *Psychological Medicine*, 27, 1011-19.

- Konijnenberg, A.Y., de Graeff-Meeder, E.R., van der Hoeven, J., Kimpen, J.L.L., Buitelaar, J.K., Uiterwaal, C.S.P.M., & al (2006). Psychiatric morbidity in children with medically unexplained chronic pain: Diagnosis from the pediatrician's perspective. *Pediatrics*, 117, 889-97.
- Konijnenberg, A.Y., Uiterwaal, C.S.P.M., Kimpen, J.L.L., van der Hoeven, J., Buitelaar, J.K., & de Graeff-Meeder, E.R. (2005). Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 680-86.
- Kristjansdottir, G. (2000). Familial aggregation and pain theory relating to recurrent pain experiences in children (commentary). *Acta Paediatrica*, 89, 1403-05.
- Lewis, G., Pelosi, A.J., Araya, R., & Dunn, G. (1992). Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22, 465-486.
- Lewis, G., Pelosi, A.J., Glover, E., Wilkinson, G., Stansfeld, S.A., Williams, P., & al. (1988). The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 18, 737-745.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H.U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 194-208.
- Lien, L., Claussen, B., Hauff, E., Thorese, M., & Bjertness, E. (2005). Bodily pain and associated mental distress among immigrant adolescents: a population-based cross-sectional study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 371-75.
- Lipowski, Z.J. (1984). What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46(2), 153-71.
- Logan, D.E. & Scharff, L. (2005). Relationships between family and parent characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndromes: An investigation of moderating effects in the pathway from pain to disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 698-707.
- Μαγκλάρα, Κ. (2008). *Η συσχέτιση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και ψυχικής υγείας σε δείγμα μαθητών λυκείου της Βορειοδυτικής Ελλάδας*. Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Mayou, R. & Farmer, A. (2002). ABC of psychological medicine: Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ*, 325, 265-68.
- Mikkelsen, M., Salminen, J.J., & Kautiainen, H. (1997). Non-specific musculoskeletal pain in preadolescents. Prevalence and 1-year persistence. *Pain*, 73, 29-35.

- Mikkelsen, M., Salminen, J.J., Sourander, A., & Kautiainen, H. (1998). Contributing factors to the persistence of musculoskeletal pain in preadolescents: a prospective 1-year follow-up study. *Pain*, 77, 67-72.
- Mikkelsen, M., Sourander, A., Piha, J., & Salminen, J.J. (1997). Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia. *Pediatrics*, 100, 220-27.
- Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., & Hotopf, M. (2001). How many functional somatic syndromes? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 549-57.
- Pakalnis, A., Gibson, J., & Colvin, A. (2005). Comorbidity of psychiatric and behavioral disorders in pediatric migraine. *Headache*, 45, 590-96.
- Perquin, C.W., Hazebroek-Kampschreur, A.A.J.M., Hunfeld, J.A.M., Bohnen, A.M., van Suijlekom-Smit, L.W.A., Passchier, J., & van der Wouden, J.C. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87, 51-58.
- Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A.L. (1996). Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(3), 245-52.
- Poikolainen, K., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Lönnqvist, J. (2000). Predictors of somatic symptoms: a five-year follow up of adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 388-392.
- Powers, S.W., Kruglak Gilman, D., & Hershey, A.D. (2006). Headache and psychological functioning in children and adolescents. *Headache*, 46, 1404-15.
- Puskar, K.R., Sereika, S.M., & Haller, L.L. (2003). Anxiety, somatic complaints, and depressive symptoms in rural adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 16(3), 102-11.
- Reynolds, L.K., O’Koon, J.H., Papademetriou, E., Szczygiel, S., & Grant, K.E. (2001). Stress and somatic complaints in low-income urban adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(4), 499-514.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Rapse, H.H., Stoven, H., & Schmucker, P. (2004). Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 93, 258-63.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115, 152-62.
- Salmon, P., Peters, S., & Stanley, I. (1999). Patients’ perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*, 318, 372-76.

- Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*, 115, 434-42.
- Scharff, L. (1997). Recurrent abdominal pain in children: a review of psychological factors and treatment. *Clinical Psychology Review*, 17(2), 145-66.
- Sharpe, M. & Carson, A. (2001). "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Annals of International Medicine*, 134, 926-30.
- Σκαπινάκης, Π., Μαγκλάρα, Κ., Μπέλλος, Σ., Γκάτσα, Τ., Μιχάλης Γ., & Μαυρέας, Β. (2007). Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας. Συγχρονική μελέτη στην Βορειοδυτική Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (Suppl.1)*, 24, 19-29.
- Skapinakis, P., Lewis, G., Mavreas, V. (2003). Cross-cultural differences in the epidemiology of unexplained fatigue syndromes in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 182, 205-209.
- Skapinakis, P., Weich, S., Lewis, G., Singleton, N., & Araya, R. (2006). Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 189, 109-17.
- Smith, M.S., Matrin-Hertz, S.P., Womack, W.M., & Marsigan, J.L. (2003). Comparative study of anxiety, depression, somatization, functional disability, and illness attribution in adolescents with chronic fatigue or migraine. *Pediatrics*, 111, 376-81.
- Stainbrook, E. (1952). Psychosomatic medicine in the nineteenth century. *Psychosomatic Medicine*, xiv (3), 211-227.
- Steinhausen, H.C. & Winkler-Metzke, C. (2007). Continuity of functional somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 508-13.
- Virtanen, R., Aromaa, M., Koskenvuo, M., Sillanpaa, M., Pulkkinen, L., Metsahonkala, L., Suominen, S., Rose, R.J., Helenius, H., & Kaprio, J. (2004). Externalizing problem behaviors and headache: A follow-up study of adolescent Finnish twins. *Pediatrics*, 114, 981-87.
- Watson, K.D., Papageorgiou, A.C., Jones, G.T., Taylor, S., Symmons, D.P.M., Silman, A.J., and Macfarlane, G.J. (2002). Low back pain in schoolchildren: occurrence and characteristics. *Pain*, 97, 87-92.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, 354, 936-39.

- Wessely, S. & White, P. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 185, 95-96.
- White, K.S. & Farrell, A.D. (2006). Anxiety and psychosocial stress as predictors of headache and abdominal pain in urban early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(6), 582-96.
- WHO. (1977). *Health for all by the year 2000*. World Health Assembly. WHO, Geneva.
- WHO. (2005). *The health of children and adolescents in Europe*. Fact Sheet EURO/06/05.
- Zapata, A.L., Pantoja Moraes, A.J., Leone, C., Doria-Filho, U., & Almeida Silva, C.A. (2006). Pain and musculoskeletal pain syndromes in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38, 769-71.

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ CIS-R

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β
ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ
ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΕΩΝ