



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

**Εκτίμηση των συμπτωμάτων πόνου, τα πλαίσια της
σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής και η σχέση τους με
την ψυχική υγεία σε παιδιά σχολικής ηλικίας**

Σπουδάστρια:

Γούναρη Μαριλένα, Ψυχολόγος (Α.Μ. 93)

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, 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.1 Ο ορισμός της ποιότητας ζωής	7
1.1.1 Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής	9
1.1.2 Η ποιότητα ζωής στα παιδιά	10
1.1.3 Ο ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life) στα παιδιά	11
1.1.4 Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life) στα παιδιά	12
1.1.4.1 Κλινική πράξη και θεραπεία	13
1.1.4.2 Η χρησιμότητα της αξιολόγησης	13
1.1.4.3 Η οπτική του παιδιού που νοσεί	14
1.1.4.4 Τα εργαλεία αξιολόγησης	15
1.1.4.4.1 Τα γενικευμένα εργαλεία	16
1.1.4.4.2 Τα επικεντρωμένα στην ασθένεια εργαλεία	17
1.1.4.4.3 Κριτική στις μετρήσεις και στα εργαλεία αξιολόγησης	17
1.1.4.5 Η αξιολόγηση από το παιδί και τους γονείς του	18
1.1.4.5.1 Η χρήση της αυτοαναφοράς (self – report)	19
1.1.4.6.2 Παράλληλες αναφορές	20
1.2 Πόνος και παιδί	21
1.2.1 Ο πόνος, ως διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, στα παιδιά	21
1.2.2. Η αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά	23
1.2.2.1 Αξιολόγηση του πόνου με χρήση αυτοαναφοράς και από άτομα του οικείου του περιβάλλοντος	23
1.3 Διαστάσεις της ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τον πόνο στα παιδιά	25
1.3.1 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και πόνος	25
1.3.2 Η σχέση της Εσωτερικευμένης (internalizing behavior) και Εξωτερικευμένης συμπεριφοράς (externalizing behavior) με τον πόνο	27
1.3.3 Ο ρόλος της οικογένειας	28
2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	29
2.1 Γενικός σκοπός	29
2.1.1 Ειδικοί στόχοι	29
2.2 Μεθοδολογία μελέτης	30
2.2.1 Γενική περιγραφή δείγματος	30
2.2.2 Εργαλεία μέτρησης και μεταβλητές	31
2.2.2.1 Εκτίμηση συμπτωμάτων πόνου	31
2.2.2.2 Εκτίμηση της ψυχικής υγείας	33
2.2.2.3 Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές	36
2.3 Στατιστική ανάλυση	37

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	38
3.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος	38
3.2.2 Περιγραφικά στοιχεία μεταβλητών μελέτης	41
3.2 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τον πόνο	43
3.2.1 Συσχέτιση της διάστασης σωματικός πόνος και ενοχλήματα με τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής	48
3.2.2 Συσχέτιση της διάστασης συναισθηματικές δυσκολίες με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής	49
3.3 Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής	50
3.4 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου των παιδιών	61
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	62
4.1 Περίληψη κυρίων ευρημάτων	62
4.2 Περιορισμοί μελέτης	64
4.3 Συζήτηση κυρίων ευρημάτων	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	82
Ερωτηματολόγιο	82
Ξενόγλωσσο Άρθρο	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ : Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης των σωματικών συμπτωμάτων πόνου, ως διάστασης «της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», με διαστάσεις της ψυχικής υγείας σε παιδιά δημοτικού των πόλεων των Ιωαννίνων και των Αθηνών.

ΥΛΙΚΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ : Στην έρευνα συμμετείχαν 421 παιδιά ηλικίας 6-12 ετών. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τέσσερα σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην πόλη των Ιωαννίνων και σε ένα δημοτικό σχολείο των Αθηνών και ζητήθηκε να συμπληρωθούν από τη μητέρα του παιδιού. Στη μελέτη χορηγήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο υγείας του παιδιού, Child Health Questionnaire (CHQ – PF50) (Landgraf et al. 1996), για την αξιολόγηση των σωματικών συμπτωμάτων πόνου και ενοχλημάτων των παιδιών και το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman 1994, 1997), για την αξιολόγηση των διαστάσεων της ψυχικής τους υγείας. Ακόμα, χρησιμοποιήθηκε και ένα ερωτηματολόγιο με μεταβλητές που περιελάμβαναν κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και την κατάσταση της υγείας των γονέων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Τα αποτελέσματα ήταν, σε μεγάλο βαθμό, συμβατά με τα αντίστοιχα προηγούμενων μελετών. Οι συναισθηματικές δυσκολίες, τα προβλήματα διαγωγής, η υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής και τα προβλήματα στις σχέσεις των παιδιών, σχολικής ηλικίας 6-12 ετών, με συνομηλίκους τους συσχετίζονται με τα σωματικά συμπτώματα πόνου, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους παράγοντες (φύλο και ηλικία παιδιού, έτη εκπαίδευσης μητέρας, γενική υγεία μητέρας, ψυχική υγεία μητέρας, οικογενειακή κατάσταση και ηλικία γονέων).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Από τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη, προέκυψε ότι η ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου συσχετίζεται με την ύπαρξη συναισθηματικών δυσκολιών στα παιδιά. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνουν οι αναφορές για την ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας, έτσι όπως αυτά αξιολογούνται στο SDQ, τόσο μειώνονται οι αναφορές των σωματικών συμπτωμάτων πόνου στα παιδιά και συνεπώς τόσο αυξάνεται ο πόνος. Για την επικύρωση των αποτελεσμάτων απαιτείται επανάληψη παρόμοιας διαδικασίας με σαφώς μεγαλύτερο και περισσότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο πόνος στα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί μια σύνθετη, πολυδιάστατη εμπειρία που ποικίλει σε ποιότητα, ένταση, διάρκεια, εντόπιση και αντοχή. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι παράγοντες όπως αναπτυξιακοί, συναισθηματικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί (πλαίσιο) επηρεάζουν το βίωμα του πόνου στο παιδί (McGrath 1990).

Τα παιδιά μπορεί να βιώσουν ποικίλα είδη πόνου (οξύς, επαναλαμβανόμενος, χρόνιος) που οφείλονται σε τραυματισμό, ασθένεια ή ψυχολογικούς παράγοντες (Franck et al. 2000).

Ο πόνος στα παιδιά και τους εφήβους έχει προσδιοριστεί ως ένα σημαντικό θέμα της δημόσιας υγείας. Ο χρόνιος (chronic pain) και επαναλαμβανόμενος πόνος (recurrent pain) φαίνεται να είναι συχνή εμπειρία για τουλάχιστον 25% των παιδιών και των εφήβων, σύμφωνα με μια επιδημιολογική μελέτη που έγινε στην Ολλανδία στις αρχές της δεκαετίας (Perquin et al. 2000). Η κεφαλαλγία (π.χ. Aromaa et al. 2000, Bille 1997), το κοιλιακό άλγος (π.χ. Crushell et al. 2003, El-Metwally et al. 2007) και άλλες κλινικές καταστάσεις [όπως, οι μυοσκελετικές παθήσεις (π.χ. Anagnostis et al. 2004, Kristjánsdóttir 1996) και η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα (π.χ. Ruperto et al. 2001, Sawyer et al. 2003, Garcia – Munitis et al. 2006)] συναντώνται, ως επαναλαμβανόμενος πόνος, συχνά στα παιδιά και στους εφήβους (Palermo et al. 2004, Roth – Isigkeit et al. 2005).

Η αντίληψη του παιδιού, η έκφραση και η αντίδρασή του ως προς τον πόνο έχει να κάνει με γενετικούς, αναπτυξιακούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Franck et al. 2000).

Η ιατρική κοινότητα έστρεψε το ενδιαφέρον της στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο, το παιδί που πονά, αντιλαμβάνεται και αντιδρά σ' αυτό το βίωμα (Haas 1999). Έτσι, η ερευνητική δραστηριότητα προσανατολίστηκε στην αξιολόγηση του πόνου του παιδιού, ως διάστασης «της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» (Jeney & Campbell 1997, Haas 1999).

Οι επικεντρωμένες στην ασθένεια αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής στα παιδιά, που σχετίζονται με πλήθος διαταραχών και ασθενειών, συνήθως αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως αξιολογήσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να αξιολογηθεί ως η ερμηνεία, από την οπτική του ασθενούς, που εμπερικλείει τη σωματική, νοητική, κοινωνική και λειτουργική πλευρά της ευημερίας και λειτουργικότητάς του (Ravens – Sieberer & Bullinger 1998). Η αξιολόγησή της ενσωματώνει αντιλήψεις, ρόλους, πλευρές της κοινωνικότητας, τη γενική υγεία και μελετά πολλές φορές πλευρές της πνευματικότητας, της σεξουαλικής συμπεριφοράς, της ικανοποίησης από η ζωή και το περιβάλλον (Andersen & Meyers 2000).

Ο πόνος είναι μια πολυσύνθετη, αισθητική εμπειρία που επηρεάζεται από εύρος ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως είναι μεταξύ άλλων το συναίσθημα, η συμπεριφορά, το πλαίσιο και το νόημα που αποδίδει το άτομο στον πόνο (Turk & Okifuji 2002).

Η έρευνα που σχετίζεται με τη μελέτη του σωματικού και επαναλαμβανόμενου πόνου, ως «διάστασης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» στα παιδιά, έχει καταδείξει ότι τα παιδιά που βιώνουν συμπτώματα πόνου, με ή χωρίς προφανή κλινική αιτιολογία, αντιμετωπίζουν συναισθηματικές δυσκολίες και εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς (Watson et al. 2003, Adamson et al. 2007, Egger et al. 1999, Mikkelsen et al. 1997, Mikkelsen et al. 1998, Vaalamo et al. 2002).

Στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου, που βιώνουν τα παιδιά δημοτικού σε σχολεία των Ιωαννίνων και των Αθηνών και σε διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Η βασική υπόθεση που εξετάζουμε είναι ότι τα συμπτώματα πόνου σχετίζονται με την ύπαρξη συναισθηματικών δυσκολιών στα παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12 ετών). Συγκεκριμένα, υποθέτουμε ότι στα παιδιά που αναφέρουν να βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα πόνου αναμένουμε να εντοπίζονται περισσότερες συναισθηματικές δυσκολίες, λαμβάνοντας υπόψη και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου στον κ. Πέτρο Σκαπινάκη, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής, Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, η συμβολή του οποίου υπήρξε καταλυτική στην εκπόνησή της. Τον ευχαριστώ πολύ για την καθοδήγηση, το χρόνο που διέθεσε, την αμεσότητα στις απαντήσεις του, τις

καίριες και ουσιαστικές παρατηρήσεις του, τη δυνατότητα για ουσιαστικό και εποικοδομητικό διάλογο, την προσήνεια και την ευγένεια του χαρακτήρα του.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ο ορισμός της ποιότητας ζωής

Τα τελευταία είκοσι χρόνια εντοπίζεται συνεχής ενασχόληση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με το θέμα της ποιότητας ζωής σε ενήλικες και παιδιά, τόσο σε ερευνητικά πλαίσια όσο και σε επίπεδο κλινικής πρακτικής και αξιολόγησης (Jeney & Campbell 1997, Gill & Feinstein 1994, Farguhar 1995, Ruperto et al 2001, Aaronson et al. 1991).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με τον τρόπο που ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τις συνθήκες της ζωής του, ενταγμένες στο πολιτιστικό πλαίσιο και στο σύστημα αξιών του, σε συσχετισμό με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τους κανόνες και τους προβληματισμούς του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με σύνθετο τρόπο από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις, τις προσωπικές του πεποιθήσεις και την αλληλεπίδραση του με τα παραπάνω, ως εξέχοντα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος (WHO 1994, 2000). Ο Harding υποστηρίζει ότι πολλοί ορισμοί αναδεικνύουν την υποκειμενική φύση της ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου, ενώ άλλοι διατηρούν μια στενή οπτική της έννοιας, αποκλείοντας τις κοινωνικές σχέσεις και το ρόλο του περιβάλλοντος (Harding 2001).

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι προτεινόμενοι ορισμοί της ποιότητας ζωής μπορεί να χαρακτηριστούν γενικοί και ασαφείς ως προς την κλινική πρακτική (π.χ., Haas 1999), καθώς τείνουν να προσεγγίσουν πολλαπλά και διαφορετικά επίπεδα της κοινωνικής και κοινοτικής συμπεριφοράς και δραστηριότητας του ατόμου, σε συνδυασμό με εκφάνσεις της προσωπικής του θεώρησης, εξεταζόμενα σε ένα θεωρητικό πλαίσιο. Αν και ευρέως χρησιμοποιούμενος, για τον όρο ποιότητα ζωής δεν υπάρχει ένας καθολικά αποδεκτός ορισμός από την ιατρική κοινότητα (Aaronson 1992) ενώ παρατηρείται ότι ο όρος επιδέχεται πολλές και διαφορετικές ερμηνείες στο πεδίο της υγείας (Haas 1999).

Πράγματι, ο όρος ποιότητα ζωής (Quality of Life) έχει αποπειραθεί να οριστεί ανεπιτυχώς από τους ερευνητές με επαρκή και ολιστικό τρόπο (Jeney & Campbell 1997, Spieth & Harris 1996, Gill & Feinstein 1994). Η ποιότητα ζωής είναι ευρέως αποδεκτό ότι αποτελεί μια πολυπαραγοντική και πολυσύνθετη έννοια (Spieth & Harris 1996, Haas 1999, Andersen & Meyers 2000, Eiser 1997, Harding 2001, Bradlyn et al. 1996), που περιλαμβάνει πολλά και διαφορετικά πεδία της ανθρώπινης δραστηριότητας και συναλλαγής καθώς και την εκτίμηση του ατόμου για τη ζωή του. Ωστόσο, παρατηρείται η ύπαρξη ποικίλων ορισμών (Felce & Perry 1995) και, χωρίς συνοχή μεταξύ τους προσεγγίσεων και θεωρητικών μοντέλων (Farguhar 1995, Gill & Feinstein 1994, Hunt 1997, Spieth & Harris 1996) που προσπαθούν να ορίσουν λειτουργικά και να αξιολογήσουν την ποιότητα ζωής του ατόμου (Felce & Perry 1995), με αποτέλεσμα οι προσεγγίσεις αυτές να εστιάζουν σε ορισμένες κάθε φορά διαστάσεις της ποιότητας ζωής, χωρίς να διερευνούν όλες τις εκφάνσεις της (Haas 1999, Farguhar 1995). Περιορίζεται, με άλλα λόγια, η διευρυμένη οπτική της έννοιας και κατ' επέκταση και η δυνατότητα να αξιολογηθεί και να χρησιμοποιηθεί με αυτόν τον τρόπο στην κλινική πρακτική.

Σ' αυτό συνηγορεί και ο Farguhar το 1995, ο οποίος προσπαθεί να εξηγήσει το φαινόμενο της έλλειψης συνοχής στον ορισμό της ποιότητας ζωής από τους ερευνητές, επικαλούμενος την ευρεία χρήση του όρου στην καθομιλουμένη γλώσσα των δυτικών κοινωνιών, με αποτέλεσμα να οικειοποιείται και να «τεμαχίζεται» η έννοια του όρου και να προσδιορίζονται οι επιμέρους διαστάσεις της. Ο ίδιος αναφέρει επίσης ότι έρευνες, δημοσιευμένες πριν το 1995, που χρησιμοποιούν στον τίτλο τους τον όρο ποιότητα ζωής, προσεγγίζουν την έννοια με περιορισμένη οπτική ενώ άλλες δεν την ορίζουν καθόλου (Farguhar 1995).

Μια προσπάθεια ορισμού της ποιότητας ζωής έρχεται από τον Calman, το 1984, ο οποίος επιχειρεί να την ορίσει, σε ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο, διατυπώνοντας τον ορισμό της ως υπόθεση, την οποία πρότεινε για περαιτέρω έρευνα και απόδειξη. Η συνεισφορά του ορισμού που έδωσε στον όρο ποιότητα ζωής έγκειται στο γεγονός ότι τοποθετούσε τον ασθενή υπό το πρίσμα μιας συνολικής θέασής του, καθιστώντας σημαντικές τις αντιλήψεις του ατόμου, τις προσδοκίες και την εμπειρία του. Έτσι απομακρύνθηκε από έναν ορισμό προσανατολισμένο στη θεραπεία ή στην ασθένεια και αναγνώρισε το ασθενή ως μια ολότητα (Calman 1984, Eiser et al. 1999).

Ακόμα, οι Felce και Perry το 1995 εμπλουτίζουν τον ορισμό της ποιότητας ζωής του Landesman που εμπεριείχε τις συνθήκες ζωής (life conditions) και την ικανοποίηση από τη ζωή (personal satisfaction) (Landesman, 1986) και ενσωματώνουν σ' αυτό το μοντέλο τις προσωπικές αξίες του ατόμου (personal values), ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο σχεδιάστηκε για πληθυσμό με νοητική υστέρηση και δυσκολίες στην επικοινωνία (Felce & Perry 1995). Έτσι, κάνουν λόγο για την ποιότητα ζωής που είναι το άθροισμα μια αλληλουχίας αντικειμενικά προσδιοριζόμενων συνθηκών ζωής που το άτομο έχει βιώσει. Οι συνθήκες αυτές έχουν να κάνουν με την υγεία σε επίπεδο φυσιολογίας, με τις συνθήκες καθημερινής διαβίωσης (για παράδειγμα, εισόδημα κ.λπ), με την κοινωνικότητα, το επίπεδο λειτουργικότητας και ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις. Επιπλέον, εισάγει την έννοια της υποκειμενικής ανταπόκρισης και αξιολόγησης του ατόμου στις συνθήκες της ζωής του που σχετίζεται με την προσωπική ικανοποίηση από τη ζωή, για την οποία έκανε λόγο ο Landesman. Το 1999 η Haas, σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προσεγγίζει τον όρο ποιότητα ζωής ως μια πολυδιάστατη αξιολόγηση των τωρινών συνθηκών ζωής του ατόμου στο πολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο διαβιώνει. Πρόκειται για μια υποκειμενική έννοια της ευημερίας (well-being) εμπεριέχοντας διαστάσεις που σχετίζονται με τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική υγεία καθώς και με την πνευματικότητα.

1.1.1 Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται μόνο σε ψυχολογικές ή μόνο σε σωματικές εκφάνσεις της ζωής του ατόμου (Eiser 1997, Spieth & Harris 1996), αλλά φαίνεται να ενσωματώνει και να εμπεριέχει διαστάσεις που σχετίζονται, σε ένα ευρύ φάσμα, με την υγεία του ατόμου σε επίπεδο φυσιολογίας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής λειτουργικότητας, καθώς και μπορεί να αξιολογεί δυσλειτουργία, συμπτωματολογία και ανικανότητα (Andersen & Meyers 2000). Ακόμα, οι Gill και Feinstein αναφέρουν ότι η γενικευμένη θεώρηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου δεν περιλαμβάνει μονάχα παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία του, όπως είναι η σωματική, ψυχική, συναισθηματική υγεία και η λειτουργικότητα αλλά εμπεριέχει παράγοντες που δεν σχετίζονται με την υγεία του, όπως είναι η εργασία, η οικογένεια, το κοινωνικό δίκτυο (Gill & Feinstein 1994).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι οι μελετητές της ποιότητας ζωής σε ενηλίκους και παιδιά συγκλίνουν στο γεγονός ότι πρόκειται για μια διάσταση της οποίας ο ορισμός και η αξιολόγηση, την καθιστούν αυστηρά προσωπικό θέμα για το άτομο στο οποίο αναφέρεται. Ακόμα ο ορισμός της σχετίζεται με το πλαίσιο μέσα στο οποίο μελετάται ως διάσταση (Jeney & Campbell 1997).

Εντοπίστηκε, λοιπόν, η ανάγκη να εμπλουτιστεί η κατανόηση της ευρύτερης ιατρικής κοινότητας για τον αντίκτυπο που έχει ο τρόπος με το οποίο το άτομο αξιολογεί τη ζωή του και τη δική του στάση ως προς τη ζωή του, καθώς τα τεχνολογικά επιτεύγματα ολοένα αύξαναν το προσδόκιμο ζωής (Haas 1999). Έτσι, η έρευνα, στην κλινική πράξη, προσανατολίστηκε στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς, με σκοπό να αξιολογηθεί και να διερευνηθεί η επίδραση της θεραπείας αρχικά αλλά και της ασθένειας στον πάσχοντα (Jeney & Campbell 1997, Haas 1999).

1.1.2 Η ποιότητα ζωής στα παιδιά

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια σημαντική διάσταση στην αξιολόγηση παιδιών που πάσχουν από ασθένεια (Harding 2001). Εξαιτίας της ραγδαίας αύξησης του προσδόκιμου ζωής, παιδιατρικές ασθένειες, που μέχρι πρότινος πιθανώς θεωρούνταν καταληκτικές, πλέον αντιμετωπίζονται ως χρόνιες ασθένειες (Newacheck & Taylor 1992, Harding 2001). Σ' αυτό συνηγορούν και οι Eiser και Morse (2001a) που υποστηρίζουν ότι η πρόοδος στην παροχή ιατρικής φροντίδας τα τελευταία χρόνια έδωσε έμφαση στην πρόληψη και τον έλεγχο της χρόνιας ασθένειας στην παιδιατρική. Η θνησιμότητα έχει πάψει να θεωρείται πια ως η αναπόφευκτη κατάληξη αφού αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της ιατρικής παρέμβασης. Σ' αυτή τη διαδικασία σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ποιότητα ζωής του παιδιού που νοσεί (Eiser & Morse 2001a). Ως αποτέλεσμα, στην άσκηση της ιατρικής πρακτικής επικρατεί η τάση προς μια ολιστική θεώρηση του παιδιού, που συνδέει άμεσα το σώμα και το πνεύμα και κατ' επέκταση τη σωματική με την ψυχολογική υγεία του παιδιού (Eiser & Morse 2001a) και, επομένως, επικρατεί η ανάγκη για δημιουργία νέων εργαλείων αξιολόγησης που αντανακλούν αυτή την οπτική στην ιατρική πρακτική. Ακόμα, η τάση της ιατρικής πρακτικής και παρέμβασης προς την ολιστική θεώρηση του πάσχοντος παιδιού επιτάσσει την αναγνώριση των θεραπόντων που ασκούν την παρέμβαση ότι δεν είναι αρκετή η φροντίδα της

σωματικής ασθένειας του παιδιού αλλά ότι η συνολική κατάσταση της υγείας του εξαρτάται από την ασθένεια και το αντίθετο (Harding 2001).

Οι Bradlyn, Ritchey, Harris και οι συνεργάτες τους (1996) όρισαν την ποιότητα ζωής στην παιδιατρική ογκολογία. Τη θεώρησαν ως μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει, χωρίς να περιορίζεται από αυτές, την κοινωνική, σωματική και συναισθηματική λειτουργικότητα του παιδιού και του εφήβου και όταν κρίνεται αναγκαίο, η οικογένειά του χρειάζεται να είναι ανοιχτή στις αλλαγές που θα συμβούν κατά την ανάπτυξή του. Επιπρόσθετα, οι Gill και Feinstein το 1994 προσέγγισαν την ποιότητα ζωής στα παιδιά και έκαναν λόγο για μια μοναδική, προσωπική αντίληψη, δίνοντας έμφαση στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής νιώθει για την κατάσταση της υγείας του και/ή για τις μη κλινικές πλευρές της ζωής του. Οι ορισμοί αυτοί επιχειρούν να αξιολογήσουν την επίπτωση της ασθένειας στον άνθρωπο που νοσεί και επομένως επικεντρώνονται στις σχετιζόμενες με την υγεία πλευρές της ποιότητας ζωής (Jenney & Campbell 1997).

1.1.3 Ο Ορισμός της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» (Health Related Quality of Life) στα παιδιά

Πρώιμες αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής στα παιδιά ήταν επικεντρωμένες στην ασθένεια (disease – specific measures) και αυτή η τάση επικράτησε στο πεδίο της έρευνας (Harding 2001). Οι εκτιμήσεις της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», με βάση τη βιβλιογραφία, έχουν να κάνουν, για παράδειγμα, με την αξιολόγηση παιδιών με καρκίνο (Calman 1984, Varni et al. 1998, Eiser et al. 1995), άσθμα (Christie & French 1994, Goldbeck et al. 2007, Juniper et al 1996), διαβήτη (Wake et al. 2000), νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα (Ruperto et al. 2001, Sawyer et al. 2004) και κυστική ίνωση (Sanders et al. 1991). Οι επικεντρωμένες στην ασθένεια αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής στα παιδιά, που σχετίζονται με πλήθος διαταραχών και ασθενειών, συνήθως αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως αξιολογήσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life).

Η «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (Health Related Quality of Life) ορίζεται ως η υποκειμενική και αντικειμενική επίδραση της δυσλειτουργίας που σχετίζεται με μια ασθένεια ή ένα τραύμα, με την κλινική πρακτική και τον τρόπο διαχείρισης της ιατρικής φροντίδας (Spieth & Harris 1996). Εξ ορισμού, πρόκειται

για μια πιο στοχευμένη έννοια σε σχέση με την ευρεία έννοια της ποιότητα ζωής, αφού σχετίζεται με την αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής ιατρικής φροντίδας και ενσωματώνει διαστάσεις που αφορούν την αντίληψη του ίδιου του ασθενούς ως προς αυτή (Andersen & Meyers 2000).

Ένας άλλος ορισμός από τους Ravens-Sieberer και Bullinger το 1998 αναφέρει ότι η «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» μπορεί να θεωρηθεί ως μια ψυχολογική ερμηνεία που περιγράφει τη σωματική, νοητική, κοινωνική, ψυχολογική και λειτουργική πλευρά της ευημερίας και λειτουργίας από την οπτική του ασθενούς.

Οι Carr, Gibson και Robinson (2001) αναφέρουν ότι η «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» έχει να κάνει με πλευρές της υποκειμενικής εμπειρίας του ατόμου που σχετίζονται άμεσα και έμμεσα με την υγεία, την ασθένεια, τη φθορά και την ανεπάρκεια. Οι σχετιζόμενες με την υγεία του αντιλήψεις του ατόμου είναι εξατομικευμένες και μεταβάλλονται με την πάροδο των ετών. Ακόμα, οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι οι άνθρωποι τείνουν να αξιολογούν τη «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» τους με βάση τη σύγκριση ανάμεσα στις προσδοκίες και την εμπειρία τους.

Ακόμα, η αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής» ενσωματώνει συνήθως αντιλήψεις, ρόλους, την κοινωνικότητα, την γενική υγεία και διερευνά, πολλές φορές, πλευρές της πνευματικότητας, της σεξουαλικής συμπεριφοράς, της ικανοποίησης από τη ζωή και του περιβάλλοντος (Andresen & Meyers 2000).

1.1.4 Η αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» (Health Related Quality of Life) στα παιδιά

Στη βιβλιογραφία εντοπίζεται αυξημένο ενδιαφέρον αναφορικά με την αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» στα παιδιά, όχι μόνο στον τομέα της έρευνας αλλά και στην κλινική πρακτική (Harding 2001). Η αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» σχετίζεται με την υποκειμενική εκτίμηση του ασθενούς ως προς τη γενική κατάσταση της υγείας του και της λειτουργικότητάς του εμπεριέχοντας, στη θεώρηση αυτή, τις διαστάσεις που συνολικά συνιστούν την έννοια της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» (Solans et al. 2008).

1.1.4.1 Κλινική πράξη και θεραπεία

Η αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» αποτελεί στις μέρες μας ένα σημαντικό δείκτη αποτελέσματος στην εκτίμηση των παρεμβάσεων και των θεραπειών στην κλινική πρακτική. Η αξιολόγησή της είναι σημαντική για την κατανόηση της λειτουργίας της ασθένειας, την ανάδειξη των ανεπαρκειών της ιατρικής φροντίδας με σκοπό την αναζήτηση αποτελεσματικότερων ιατρικών παρεμβάσεων και πόρων για τον τομέα της υγείας αλλά και για την περαιτέρω ιατρική έρευνα και επιδημιολογική μελέτη (Solans et al. 2008).

Σε επίπεδο κλινικής πρακτικής, οι Higginson και Carr (2001) αναφέρουν ότι τα εργαλεία που αξιολογούν την «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» είναι χρήσιμα στην ανάδειξη προβλημάτων υγείας για τον ασθενή, στη διευκόλυνση και βελτίωση της ποιότητας της επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή και το ιατρικό προσωπικό, στον εντοπισμό αναπάντεχων ή υποβοσκόντων προβλημάτων υγείας καθώς και σε θέματα που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων των θεραπόντων ή την αλλαγή της κλινικής κατάστασης του ασθενούς ή τις αντιδράσεις του ασθενούς που σχετίζονται με τη θεραπεία. Οι Spieth και Harris (1996) προσθέτουν, ως προς τη χρησιμότητα της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, τον υπολογισμό των αναγκών της ιατρικής φροντίδας μιας ομάδας του πληθυσμού καθώς και την κατανόηση των αιτιών και των επιπτώσεων που επιφέρουν οι αλλαγές στην υγεία.

1.1.4.2 Η χρησιμότητα της αξιολόγησης

Οι Mansour και συνεργάτες (2003) κάνουν λόγο για την ανάγκη ύπαρξης εργαλείων αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» σε ποικίλους πληθυσμούς παιδιών με παιδιατρικά προβλήματα με στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και της κλινικής αποτελεσματικότητας των ιατρικών παρεμβάσεων ή των προγραμμάτων που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας του παιδιού.

Ακόμα, η Eiser (1997), αναφορικά με τη χρησιμότητα των εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των παιδιών, αναφέρει ότι οι κλίμακες και τα εργαλεία που αξιολογούν την ποιότητας ζωής μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία ανίχνευσης (screening tools) συγκεκριμένων δυσκολιών στα παιδιά, τα οποία χρίζουν θεραπείας ή συμβουλευτικής. Ακόμα, αναφέρει ότι η αξιολόγηση της

ποιότητας ζωής στα παιδιά είναι πιθανά χρήσιμη στη σύγκριση διαφορετικών θεραπειών, στην εκτίμηση της κλινικής πρακτικής και των πιθανών ιατρικών παρεμβάσεων. Έτσι, καταλήγει ότι η εκτίμηση της ποιότητας ζωής του παιδιού μπορεί να είναι σημαντική στην παιδιατρική. Θέτει, όμως, κάποιους περιορισμούς που σχετίζονται με τον τρόπο της αξιολόγησης, τον οποίο συσχετίζει άμεσα με το στόχο της αξιολόγησης, τη χρήση του εργαλείου μέτρησης και το θεωρητικό προσανατολισμό του ερευνητή.

Οι Eiser και Morse (2001b) προσθέτουν ότι είναι σημαντικό στον τρόπο της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής του παιδιού, εκτός από την εγκυρότητα και την αξιοπιστία, η μελέτη να έχει τη δυνατότητα να εντοπίζει την αλλαγή στην ποιότητα ζωής του παιδιού που σχετίζεται με την ασθένεια ή τη θεραπεία. Επιπλέον, οι Spieth και Harris (1996) αναφέρουν ως σημαντικό, τα εργαλεία, που αξιολογούν την ποιότητα ζωής στα παιδιά, να είναι πολυδιάστατα, δηλαδή να αξιολογούν πολλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής του παιδιού, να βαθμολογείται ξεχωριστά ο κάθε τομέας (που μπορεί να αποτελείται από περισσότερες από μία διαστάσεις), να έχουν εγκυρότητα και αξιοπιστία ως εργαλεία, να είναι σταθμισμένα με ομάδες παιδιών σε ποικίλα στάδια της ασθένειας και της θεραπείας και να αξιολογούν περισσότερο τη συχνότητα προβλημάτων παρά την ικανότητα.

1.1.4.3 Η οπτική του παιδιού που νοσεί

Ένα ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης των Spieth και Harris είναι το γεγονός ότι οι μέχρι τότε διαθέσιμες μελέτες, ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στα παιδιά, δεν έδιναν βαρύτητα στις υποκειμενικές, προσωπικές εκτιμήσεις του παιδιού που νοσεί με αποτέλεσμα να μην περιλαμβάνουν ταυτόχρονα υποκειμενικά (ποιοτικά δεδομένα, από την προσωπική θεώρηση του παιδιού που νοσεί) και αντικειμενικά (μετρήσιμα) δεδομένα (Spieth & Harris 1996).

Κάτι τέτοιο επιβεβαιώνεται και από τους Garratt και τους συνεργάτες (2002) του, οι οποίοι αναφέρουν σε πιο πρόσφατη μελέτη τους μια αντίφαση στο πεδίο της έρευνας της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με αυτήν, ερευνητικά παρατηρείται να υπάρχει ενδιαφέρον για τη δυνατότητα, των σχετικών με το θέμα εργαλείων αξιολόγησης, να ενσωματώσουν με έγκυρο μεθοδολογικά τρόπο την οπτική του ασθενούς ως προς την συνολική κατάσταση της υγείας του και τον αντίκτυπο της ασθένειάς του. Ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο στους συγγραφείς του

άρθρου πόσο καλά αναπτυγμένη είναι μια τέτοια μέθοδος και πόσο ευρέως διαδεδομένα και διαθέσιμα είναι τέτοιου είδους εργαλεία για μεγάλο εύρος ασθενειών.

Επιπρόσθετα, οι μετρήσεις της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» κινούνται σε λάθος στόχο όταν δεν παρέχεται από την έρευνα η δυνατότητα στον κάθε ασθενή να διατυπώσει τη δική του μοναδική άποψη και εμπειρία ως προς την υγεία του. Άλλωστε, η τάση της ποιότητας ζωής να ενσωματώσει τις προτιμήσεις, τις σκέψεις, την εμπειρία, το συναίσθημα και τις αξίες του ασθενούς, τη διαχωρίζει από όλες τις άλλες μεθόδους αξιολόγησης στον τομέα της υγείας (Gill & Feinstein 1994).

1.1.4.4 Τα εργαλεία αξιολόγησης

Οι Spieth και Harris σε μια συστηματική ανασκόπηση σχετικά με την αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» σε παιδιά και εφήβους, παραθέτουν αρχικά τους τρεις τομείς, έτσι όπως ορίστηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), στο πρώτο μισό του εικοστού αιώνα, αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στα παιδιά και αφορούν τη σωματική διάσταση (physical), τη διανοητική διάσταση (mental) και την κοινωνική (social). Οι ερευνητές θεώρησαν ότι μπορεί να υπάρχουν κι άλλοι σημαντικοί τομείς στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στα παιδιά, πέραν των τριών τομέων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Έπειτα από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, συνόψισαν τους εξής τέσσερις τομείς για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στα παιδιά, ο προσδιορισμός των οποίων βασίστηκε στη διατύπωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) : η κατάσταση της ασθένειας και των σωματικών συμπτωμάτων (disease state and physical symptoms), το επίπεδο λειτουργικότητας (functional state), η ψυχολογική λειτουργικότητα (psychological functioning) και η κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning) (Spieth & Harris 1996).

Για την αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» πληθώρα ερωτηματολογίων έχουν κατασκευαστεί και χρησιμοποιηθεί, αρχικά σε ενήλικες και στη συνέχεια σε παιδιά, σε προσαρμοσμένες εκδοχές (Ruperto et al. 2001). Δύο τύπους μετρήσεων συναντά κανείς όταν ανατρέξει την αντίστοιχη βιβλιογραφία στην αξιολόγηση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» : γενικευμένες (Generic measures) και επικεντρωμένες στην ασθένεια μετρήσεις

(Disease – related measures). Η επιλογή ανάμεσα στα δύο είδη μετρήσεων και, αντιστοίχως, των διαθέσιμων εργαλείων έχει να κάνει με τους στόχους, τους μεθοδολογικούς περιορισμούς και τις πρακτικές δυνατότητες της έρευνας (Jenney & Campbell 1997).

1.1.4.4.1 Τα γενικευμένα εργαλεία

Τα γενικευμένα εργαλεία (generic instruments), τα οποία αξιολογούν την ποιότητα ζωής ανεξάρτητα από την ασθένεια του πάσχοντος ατόμου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πλήθος ασθενειών, επιτρέποντας την άμεση σύγκριση διαφορετικών καταστάσεων (Ruperto et al. 2001). Τα γενικευμένα εργαλεία αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» στα παιδιά περιλαμβάνουν ποικίλους τομείς (για παράδειγμα, σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς) (Harding 2001). Χρησιμοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών από υγιή αλλά και παιδιά που νοσούν, σε επίπεδο γενικού πληθυσμού ή στην κλινική πρακτική. Επιτρέπουν τη σύγκριση καταστάσεων που αφορούν τη «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» σε διαφορετικές καταστάσεις και πλαίσια και ανάμεσα σε υγιή και παιδιά που νοσούν (Solans et al. 2008). Οι ευρύτερες κατηγορίες γενικευμένων εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής είναι τα προφίλ υγείας (health profiles) και τα εργαλεία ωφελείας ή χρησιμότητας (utility measures) που καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο εκτίμησης της λειτουργικότητας και της ύπαρξης δυσκολιών που σχετίζονται με την υγεία και αφορούν ένα μεγάλο εύρος κλινικών καταστάσεων (Pal 1996).

Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα γενικευμένων εργαλείων αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» παιδιών είναι το Child Health Questionnaire - CHQ (Landgraf et al. 1996) και το γερμανικό KINDL (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Το Child Health Questionnaire - CHQ (Landgraf et al. 1996) σχεδιάστηκε για να αποτυπώσει το επίπεδο της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας παιδιών ηλικίας πέντε ετών και άνω (Ruperto et al. 2001). Έχει βασιστεί στη θεώρηση ότι η «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» των παιδιών στηρίζεται σε δύο βασικούς άξονες, τη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και ευημερία (Harding 2001). Επιπλέον, το KINDL (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998) προέρχεται από ένα θεωρητικό μοντέλο που συμπεριλαμβάνει τους τέσσερις τομείς της ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει συνεντεύξεις με παιδιά ενώ, για τα παιδιά

μικρότερης ηλικίας, οι αναφορές προκύπτουν από τους γονείς (proxy reports). Ακόμα, καλύπτει με επάρκεια τις ψυχομετρικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έχει συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος και έχει προσαρμογές για συγκεκριμένες ασθένειες (Harding 2001).

1.1.4.4.2 Τα επικεντρωμένα στην ασθένεια εργαλεία

Τα επικεντρωμένα στην ασθένεια εργαλεία (disease – related instruments) αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» του παιδιού έχουν σχεδιαστεί για μια συγκεκριμένη κλινική κατάσταση, στην οποία έχουν εφαρμογή, γεγονός που οφείλεται στη δυνατότητά τους να αξιολογούν σημαντικές αλλαγές σε κλινικό επίπεδο (Ruperto et al. 2001). Τα συγκεκριμένα εργαλεία στοχεύουν στη συλλογή πληροφοριών ως προς τα συμπτώματα ή τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με μια ασθένεια. Αφορούν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού που νοσούν από μια ασθένεια ή έχουν συγκεκριμένο σύμπτωμα (για παράδειγμα, πόνος ή θεραπεία) (Solans et al. 2008). Ακόμα, αυτά τα εργαλεία χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την κλινική πρακτική. Για την αξιολόγηση του άσθματος, του καρκίνου και της επιληψία έχουν περισσότερο χρησιμοποιηθεί εργαλεία επικεντρωμένα στην ασθένεια (disease – related instruments) (Eiser & Morse 2001a). Όσον αναφορά στα παιδιά που πάσχουν από διάφορες ασθένειες, οι ίδιοι μελετητές, αναφέρουν ότι είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιηθούν γενικευμένα εργαλεία (generic instruments) για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Ένα παράδειγμα επικεντρωμένου στην ασθένεια εργαλείου αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» παιδιών είναι το Childhood Arthritis Impact Measurement Scales (CHAIMS) (Coulton et al. 1987) το οποίο αξιολογεί τη σωματική ανικανότητα και τον πόνο στη νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα (Ruperto et al. 2001).

1.1.4.4.3 Κριτική στις μετρήσεις και στα εργαλεία αξιολόγησης

Στη βιβλιογραφία συναντά κανείς κριτική ως προς τον ένα (γενικευμένες μετρήσεις) και τον άλλο (επικεντρωμένες στην ασθένεια μετρήσεις) τρόπο αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» και των αντίστοιχων

εργαλείων. Τα αποτελέσματα, που προκύπτουν από τη χρήση γενικευμένων εργαλείων, αν και παρέχουν τη δυνατότητα για πολλαπλή σύγκριση σε έρευνες και ασθένειες, ωστόσο, στερούνται ακρίβειας και ευαισθησίας (στον εντοπισμό της αλλαγής σε κλινικό επίπεδο) (Harding 2001, Jenney & Campbell 1997). Αντίστοιχα, οι επικεντρωμένες στην ασθένεια μετρήσεις είναι περισσότερο δυσνόητες και δεν επιτρέπουν συγκρίσεις ως προς τη δυσλειτουργία μεταξύ ασθενειών (Spieth & Harris 1996), ούτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συγκρίσεις ομάδας ανθρώπων με κάποια δυσλειτουργία ή ασθένεια, με τον γενικό πληθυσμό ή για σύγκριση ομάδων ανθρώπων με διαφορετικές ασθένειες (Andersen & Meyers 2000). Από την άλλη, οι γενικευμένες μετρήσεις δεν έχουν συχνά αξιολογηθεί για τη χρήση τους σε διευρυμένες ομάδες ανθρώπων με ασθένεια (Andersen & Meyers 2000).

Η Harding (2001) αναφέρει ότι ο πιο εμφανής τομέας που παραλείπεται σε όλα τα εργαλεία αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» είναι το πλαίσιο ή το περιβάλλον, αν και όλα περιλαμβάνουν τουλάχιστον τους τρεις από τους τέσσερις τομείς του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) (σωματικός, κοινωνικός ψυχολογικός).

Τέλος, ένα άλλο είδος κριτικής σχετίζεται με τη φιλοσοφία των μετρήσεων της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής». Παρατηρείται, λοιπόν, μεγάλη πρόοδος στον τομέα της παραγωγής συγκεκριμένων μεθόδων και εργαλείων αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» που σχετίζονται με την ασθένεια ή τον πληθυσμό, χωρίς ωστόσο να υπάρχει η αντίστοιχη πρόοδος στη μελέτη των ίδιων ασθενειών και των ανθρώπων που εξειδικεύονται για να τις θεραπεύσουν (Garratt et al. 2002).

1.1.4.5 Η αξιολόγηση από το παιδί και τους γονείς του

Τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια, η ερευνητική δραστηριότητα έχει αναπτύξει ένα πλήθος μελετών, στο πεδίο της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των παιδιών» (Jokovic et al. 2004), στις οποίες χρησιμοποιούνται αναφορές και δεδομένα από τα ίδια τα παιδιά (ερωτηματολόγια αυτοσυμπληρούμενης μορφής) ή από άτομα του άμεσου περιβάλλοντός τους (συνήθως οι γονείς τους ή οι δάσκαλοι ή το ιατρικό προσωπικό με το οποίο έρχονται σε επαφή). Τα άτομα που παρέχουν τις πληροφορίες εκ μέρους των παιδιών (proxy informants) είναι συνήθως οι γονείς τους. Έχει

σχεδιαστεί πλήθος εργαλείων αξιολόγησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» των παιδιών που χρησιμοποιούν παράλληλα αναφορές και από τα ίδια τα παιδιά (self – report version) και από τους γονείς τους (proxy version) (Landgraf et al. 1996, Varni et al. 2003, Theunissen et al. 1998). Ενδεικτικά αναφέρουμε ως χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιου είδους εργαλείων το Child Health Questionnaire (CHQ), το KINDL και το PedsQL 4.0 (Landgraf et al. 1996, Ravens-Sieberer & Bullinger 1998, Varni et al. 2003).

1.1.4.5.1 Η χρήση της αυτοαναφοράς (self – report)

Αν και αρκετοί από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας και τους παιδίατρους θεωρούν ότι οι γονείς είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες ως προς την επίδραση μιας ασθένειας και της θεραπείας εκ μέρους των παιδιών τους, ωστόσο είναι ευρέως αποδεκτή η άποψη σύμφωνα με την οποία η οπτική του ίδιου του παιδιού, αν και πολύ συχνά διαφορετική από αυτή του γονέα, είναι εξίσου έγκυρη (Eiser & Morse 2001b). Πράγματι, μια ολιστική και πολυπαραγοντική θεώρηση του παιδιού στην ιατρική έρευνα και πρακτική δεν μπορεί παρά να εξετάζει και να λαμβάνει πολύ σοβαρά υπόψη της την άποψη και την τοποθέτηση του παιδιού, το οποίο μάλιστα, στην περίπτωση της σχετιζόμενης με υγεία ποιότητας ζωής των παιδιών, βρίσκεται στο επίκεντρο της αξιολόγησης.

Από την άλλη πλευρά, πολλοί είναι εκείνοι που υποστηρίζουν ότι ένα παιδί μπορεί να είναι ακατάλληλη πηγή παροχής πληροφοριών σε μια έρευνα για τη μελέτη της ποιότητας ζωής, εξαιτίας της δυσκολίας του να παρέχει κατανοητές πληροφορίες, με αποτέλεσμα να καλείται να το πράξει ένα άτομο του άμεσα οικείου του περιβάλλοντος (Jokovic et al. 2004). Πράγματι, ο περιορισμός σε επίπεδο γνωστικών λειτουργιών και γλωσσικής ικανότητας που μπορεί να συναντά κανείς σε παιδιά μικρότερων αναπτυξιακών σταδίων, καθιστά ενδεχομένως αναξιόπιστες τις παρεχόμενες από το παιδί πληροφορίες (Eiser & Morse 2001b). Αν και ένα παιδί εννιά ετών είναι σε θέση να εκφράσει σκέψεις, προβληματισμούς και το συναίσθημά του ως προς τη διαδικασία παροχής της ιατρικής φροντίδας και τον αντίκτυπο στο ίδιο της ασθένειάς του, ωστόσο ένα παιδί τριών ετών δεν έχει αυτήν την ικανότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ένα άτομο του άμεσα κοντινού του περιβάλλοντος θα παράσχει τις απαιτούμενες πληροφορίες αντ' αυτού.

Ωστόσο, καθώς οι ανωτέρω τοποθετήσεις εκφράζουν θέσεις και προβληματισμούς που ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, είναι αξιοσημείωτο και ενδιαφέρον ερευνητικά το γεγονός ότι στη βιβλιογραφία δεν διατυπώνονται με σαφήνεια και ξεκάθαρο τρόπο τα κριτήρια σύμφωνα με τα οποία το ίδιο το παιδί είναι σε θέση να παρέχει τα απαιτούμενα στοιχεία για τη μελέτη. Επιπλέον, ασαφές είναι το πότε και κάτω από ποιες συνθήκες αποφασίζει ο ερευνητής για το εάν αυτά τα στοιχεία παρέχονται από τους οικείους ή μόνο από το παιδί ή και από τους δύο.

Η τάση που επικρατεί στις έρευνες που συμμετέχουν μικρότερης ηλικίας παιδιά είναι ότι τα δεδομένα, γι' αυτά τα παιδιά, συλλέγονται από τους γονείς τους, ενώ η ηλικία έναρξης χρήση της αυτοαναφοράς από το παιδί, παράλληλα με τις αναφορές από άτομα του άμεσα οικείου του περιβάλλοντος, κατατίθεται ως πρόταση από κάποιους ερευνητές. Έτσι, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι παιδιά σχολικής ηλικίας μπορούν με άνεση να συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς στην ηλικία των 11 ετών και άνω (Goodman 1997, Watson et al. 2002), χωρίς όμως να προτείνεται η ηλικία αυτή ως κατώφλι χρήσης της αυτοαναφοράς αλλά ούτε και να απορρίπτεται. Επιπλέον, ο Achenbach και οι συνεργάτες του (1987) προτείνουν τη χρήση εργαλείων αυτοαναφοράς από παιδιά 10 ετών και άνω, παράλληλα με τις αναφορές των γονέων και των δασκάλων τους. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ένα παιδί από την ηλικία των 6 ετών είναι σε θέση να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την υγεία του, ανεξάρτητα από τους γονείς του (Riley 2004).

Στο ίδιο κλίμα κινείται και μια ακόμη έρευνα, σύμφωνα με την οποία, ένας περιορισμένος αριθμός ερευνών δίνει τη δυνατότητα για παράλληλη συμμετοχή σε γονείς και παιδιά, ακόμα κι όταν το εργαλείο που χρησιμοποιούν διατίθεται σε αυτοσυμπληρούμενη μορφή και σε μορφή που συμπληρώνεται από γονείς (Eiser & Morse 2001a). Έτσι η αντίληψη, το συναίσθημα και η οπτική του παιδιού, που αποτελεί και το αντικείμενο μελέτης τέτοιου τύπου ερευνών, δεν αξιοποιούνται, αν και επικρατεί η άποψη ότι τα παιδιά χρειάζεται να αξιολογούν τη δική τους ποιότητα ζωής όποτε αυτό είναι δυνατό (Varni et al. 1998).

1.1.4.5.2 Παράλληλες αναφορές

Η τοποθέτηση που επαναλαμβανόμενα εμφανίζεται σχεδόν σε όλη, τη σχετική με υπό αναφορά θέμα, βιβλιογραφία είναι ότι η παράλληλη αναφορά (parallel reporting) από το παιδί και το γονέα συνίσταται ζωηρά, καθώς με αυτό τον τρόπο,

προκύπτουν αποτελέσματα που εμπεριέχουν τη συνολική οπτική της ποιότητας ζωής του παιδιού, χωρίς όμως να διευκρινίζονται τα κριτήρια που κανείς επιλέγει ανάμεσα στη μια ή στην άλλη κατεύθυνση όταν δεν έχει τη δυνατότητα για την παράλληλη αναφορά. Πάντως, ακόμα κι όταν οι αναφορές εκ μέρους του ίδιου του παιδιού είναι διαθέσιμες, η οπτική του γονέα σχετικά με την υγεία του παιδιού βαρύνει στη λήψη ιατρικών αποφάσεων (Jokovic et al. 2004).

Οι ανωτέρω διαπιστώσεις καθίστανται σημαντικές αν αναλογιστεί κανείς το γεγονός ότι οι αξιολογήσεις των παιδιών και των γονέων τους, ως προς την επίδραση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στα παιδιά, παρουσιάζουν αντιφάσεις και είναι ανακόλουθες (Achenbach et al. 1987, Harding 2001, Jokovic et al. 2004, Eiser & Morse 2001b, Eiser & Morse 2001a, Solans et al. 2008, Theunissen et al. 1998). Τελικά, ο Achenbach και οι συνεργάτες του (1987) σχολιάζουν ότι αυτές οι διαφοροποιήσεις που προκύπτουν, όταν προκύπτουν, ανάμεσα σε γονείς και παιδιά, καταδεικνύουν περισσότερο ότι οι υπό αξιολόγηση διαστάσεις μπορούν να ποικίλουν σε διαφορετικά πλαίσια, παρά ότι οι αναφορές των παιδιών και των γονέων είναι αναξιόπιστες. Ακόμα, οι διαφοροποιήσεις αυτές, ως προς την αξιολόγηση των διαστάσεων της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» του παιδιού, μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι τα άτομα που τις κάνουν (γονείς, δάσκαλος, ιατρικό προσωπικό), αλληλεπιδρούν και σχετίζονται με διαφορετικό τρόπο με το παιδί και ίσως έρχονται σε επαφή με διαφορετικές πλευρές της συμπεριφοράς του (Achenbach et al. 1987).

1.2 Πόνος και παιδί

1.2.1. Ο πόνος, ως διάσταση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», στα παιδιά

Ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη αισθητική εμπειρία, εσωτερικά δυσάρεστη που προκαλεί αίσθημα λύπης και δυσφορίας. Τα χαρακτηριστικά του πόνου δηλαδή, η ένταση, η διάρκεια, η εντόπιση, η ποιότητα, ποικίλουν και παρά το ότι ο πόνος είναι ένα αισθητικό ερέθισμα, εν τούτοις, περιλαμβάνει συνειδησιακά ή/και συναισθηματικά στοιχεία. Σύμφωνα με τον ορισμό που καθιέρωσε η IASP (International Association for the Study of Pain) το 1979, πόνος είναι μία δυσάρεστη

αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική ιστική καταστροφή ή που περιγράφεται σαν τέτοια. Ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος προκαλείται ήπιος, μέτριος, σοβαρός ή πολύ σοβαρός πόνος.

Ο πόνος στα παιδιά και τους εφήβους έχει προσδιοριστεί ως ένα σημαντικό θέμα της δημόσιας υγείας (Perquin et al. 2000) και στα πλαίσια αυτά αξιολογείται ως διάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής . Ο χρόνιος (chronic pain) και επαναλαμβανόμενος πόνος (recurrent pain) φαίνεται να είναι συχνή εμπειρία για τουλάχιστον 25% των παιδιών και των εφήβων, σύμφωνα με μια επιδημιολογική μελέτη που έγινε στην Ολλανδία στις αρχές της δεκαετίας (Perquin et al. 2000). Η κεφαλαλγία (π.χ. Aromaa et al. 2000, Bille 1997), το κοιλιακό άλγος (π.χ. Crushell et al. 2003, El-Metwally et al. 2007) και άλλες κλινικές καταστάσεις [όπως, οι μυοσκελετικές παθήσεις (π.χ. Anagnostis et al. 2004, Kristjánsdóttir 1996) και η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα (π.χ. Ruperto et al. 2001, Sawyer et al. 2003, Garcia – Munitis et al. 2006)] συναντώνται, ως επαναλαμβανόμενος πόνος, συχνά στα παιδιά και στους εφήβους (Palermo et al. 2004, Roth – Isigkeit et al. 2005).

Μέχρι σήμερα, διαφορετικού κυρίως τύπου συμπτώματα πόνου έχουν μελετηθεί σε παιδιά και οι σχετικές έρευνες, που εξηγούν με κατανοητό τρόπο τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στα συμπτωμάτων πόνου, με τη μεγαλύτερη συχνότητα, είναι λίγες (Petersen et al. 2006). Επιπλέον, οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι τα υψηλά επίπεδα στον επιπολασμό των πιο συχνών συμπτωμάτων πόνου αναγκάζουν τους μελετητές να κάνουν λόγο για την ενδεχόμενη εξέλιξη των συμπτωμάτων πόνου στα παιδιά, στη μορφή μιας γενικής διαταραχής πόνου, παρά για την ύπαρξη μιας σωματόμορφης διαταραχής με διάσπαρτες στο σώμα εστίες πόνου.

Επιπλέον, η επίδραση του χρόνιου και επαναλαμβανόμενου πόνου στην καθημερινή ζωή του παιδιού φαίνεται να λαμβάνει τέτοιες διαστάσεις ώστε να επηρεάζει τόσο το ίδιο το παιδί όσο και την οικογένειά του καθώς και την ευρύτερη κοινότητα στην οποία ζουν (Palermo et al. 2004, Aromaa et al. 2000). Ο πόνος που βιώνουν τα παιδιά και οι έφηβοι, στις μέρες μας, συνδέεται άμεσα με αξιοσημείωτο αριθμό σχολικών απουσιών (Roth – Isigkeit et al. 2005), μείωση στις κοινωνικές δραστηριότητες και ασχολίες του ελεύθερου χρόνου (Langeveld et al. 1997) και συναισθηματική δυσφορία, όπως συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης (Fearon & Hotopf 2001). Καθίσταται, επομένως, αναγκαία η ευρύτερη κατανόηση της αιτιολογίας του πόνου στα παιδιά, με σκοπό τη βελτίωση της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής» του παιδιού και της οικογένειάς του αλλά και τον επαρκή

καταμερισμό των πόρων που προορίζονται για τον τομέα της υγείας (Perquin et al. 2000, Palermo et al. 2004).

1.2.2 Η αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά

Ο πόνος συχνά εμπεριέχει συναισθήματα που σχετίζονται με τον φόβο ως προς τον πόνο, το άγχος και απότομες εξάρσεις συμπεριφοράς από τα παιδιά που τον βιώνουν (Franck et al. 2000). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εμπειρία του πόνου περιλαμβάνει πτυχές που έχουν να κάνουν με το συναίσθημα, τις αισθήσεις και την αντίληψη του παιδιού, ως προς την κατάσταση και την εμπειρία του πόνου και επομένως η αξιολόγησή του χρειάζεται να εκτιμά και αυτές τις διαστάσεις (Humphrey et al. 1992).

Τα βρέφη δεν έχουν την ικανότητα να κοινοποιούν τον πόνο τους χρησιμοποιώντας τη γλώσσα και τα νήπια τείνουν να μιλούν για τον πόνο χρησιμοποιώντας άλλες λέξεις γι' αυτόν, προσαρμοσμένες στο λεξιλόγιο και την αναπτυξιακή τους φάση (Franck et al. 2000). Τα παιδιά σχολικής ηλικίας έχουν τη δυνατότητα να μιλούν για τα συμπτώματα πόνου με περισσότερο αφηρημένους όρους και να απαντούν σε άμεσες και επικεντρωμένες ερωτήσεις. Επιπρόσθετα, είναι σε θέση να παρέχουν συγκεκριμένες και λεπτομερείς πληροφορίες για την ποιότητα και την εντόπιση του πόνου τους, ενώ χρησιμοποιούν συμπεριφοριστικές και γνωστικές στρατηγικές αντιμετώπισής του. Επίσης αρχίζουν να κατανοούν την ανάγκη των ιατρικών πράξεων και βρίσκονται σε ένα στάδιο ανάπτυξης στο οποίο τους ζητείται η έγκριση γι' αυτές και συχνά προσπαθούν να διατηρήσουν τον έλεγχο συμπεριφοράς τους (Harbeck & Peterson 1992).

1.2.2.1 Αξιολόγηση του πόνου με χρήση αυτοαναφοράς και από άτομα του οικείου περιβάλλοντος

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του πόνου στα παιδιά είναι η αυτοαναφορά (self – reports) από το ίδιο το παιδί, η παρατήρηση της συμπεριφοράς (behavioral observations, proxy reports) από άτομα του άμεσου περιβάλλοντος του παιδιού και η μέτρηση φυσιολογικών παραμέτρων (physiologic measures). Οι αξιολογήσεις που χρησιμοποιούν πολλαπλές μετρήσεις (συμπεριφοράς και μέτρηση φυσιολογικών παραμέτρων) και που εκτιμούν διαφορετικές διαστάσεις

της εμπειρίας του πόνου (για παράδειγμα, ένταση, τοποθεσία, πρότυπο, πλαίσιο και σημασία) μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την πιο ακριβή εκτίμηση της εμπειρίας του πόνου στα παιδιά (Franck et al. 2000).

Παρόλο που η αυτοαναφορά (self – report) του ίδιου του παιδιού για τον πόνο που βιώνει φαίνεται στη βιβλιογραφία ότι γενικά προτιμάται, τα παιδιά δεν είναι πάντα αξιόπιστη πηγή αναφοράς του πόνου, εξαιτίας του αναπτυξιακού τους σταδίου, των γλωσσικών ικανοτήτων τους και της συναισθηματικής φόρτισης (Chambers et al. 1998). Ως εκ τούτου, άτομα του άμεσα οικείου περιβάλλοντος του παιδιού και κυρίως οι γονείς τους, αποτελούν την βασική πηγή συλλογής πληροφοριών (Jokovic et al. 2004, Eiser & Morse 2001b), ανεξάρτητα από την κλινική κατάσταση του παιδιού και παρέχουν δεδομένα στα οποία βασίζεται η διαγνωστική κατεύθυνση και η θεραπεία (Chambers et al 1998). Κάτι τέτοιο φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στην περίπτωση των παιδιών που βιώνουν συμπτώματα πόνου (Bellman & Paley 1993, Manne et al. 1992, Chambers et al. 1998). Παρ' όλα αυτά, αν και οι γονείς θεωρούνται ως οι πλέον αρμόδιοι για την παροχή πληροφοριών και στοιχείων που αφορούν στο παιδί τους, δεν επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι η αξιολόγηση του πόνου που βιώνει ένα παιδί από τους γονείς του αποτελεί μια ακριβή περιγραφή του βιώματος του πόνου (Chambers et al. 1998).

Αν και υπάρχουν έρευνες που εντοπίζουν καλή ταύτιση ανάμεσα στα επίπεδα πόνου των αναφορών παιδιού και γονέα (West et al 1994), ωστόσο μέτριες διαφορές, αναφέρονται σε άλλες έρευνες, στις οποίες οι γονείς τείνουν να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα πόνου από ότι τα παιδιά (Bellman & Paley 1993, Manne et al. 1992).

Σε μελέτη που διενέργησαν η Chambers και οι συνεργάτες της (1998) αναφορικά με τα επίπεδα συμφωνίας στις αναφορές παιδιών ηλικίας 7-12 ετών με μετεγχειρητικό πόνο και στους γονείς τους, κατέληξαν στο ότι οι γονείς δυσκολεύονταν στην αναγνώριση κλινικά σημαντικού πόνου στα παιδιά τους, εύρημα που επιβεβαιώνει την τάση, που επικρατεί στη βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία οι γονείς αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα πόνου από ότι τα παιδιά που πονούν. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι οι διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα ταύτισης των αναφορών του πόνου σε παιδιά και τους γονείς τους μπορεί να σχετίζονται με το είδος του πόνου που αξιολογείται (για παράδειγμα, οξύς πόνος ή μετεγχειρητικός πόνος) και το είδος των μετρήσεων και των εργαλείων αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται. Τονίζουν, μάλιστα, ότι ακριβώς επειδή οι αναφορές των επιπέδων

πόνου χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς λόγους και στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, είναι κλινικά χρήσιμη η ακρίβεια στην ταύτιση των αναφορών ανάμεσα σε παιδί και γονείς ως προς τα επίπεδα πόνου, γεγονός που ενισχύει τη θέση για χρήση αναφορών από το παιδί και τους γονείς του στις μελέτες για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής .

1.3 Διαστάσεις της ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τον πόνο στα παιδιά

Ο πόνος είναι μια πολυσύνθετη, αισθητική εμπειρία που επηρεάζεται από εύρος ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Μεταξύ άλλων, οι ψυχοκοινωνικοί αυτοί παράγοντες έχουν να κάνουν με το συναίσθημα, το κοινωνικό πλαίσιο, το κοινωνικοπολιτισμικό πεδίο, το νόημα που αποδίδει το άτομο στον πόνο και τις αντιλήψεις, πεποιθήσεις, προσδοκίες του, καθώς και τους βιολογικούς παράγοντες (Turk & Okifuji 2002)..

Οι μελέτες σχετικά με τα συμπτώματα πόνου σε παιδιά φαίνεται ότι περιορίζονται στην εξέταση ενός ή ορισμένων σημείων εντοπισμένου πόνου στο σώμα, με αποτέλεσμα να στερούνται της δυνατότητας μιας ολιστικής, ευρείας θεώρησης και συσχέτισης του πόνου στα παιδιά, σε σχέση με τους παράγοντες με τους οποίους σχετίζεται (Adamson et al. 2007).

Η Egger και οι συνεργάτες της (1999) αναφέρουν ότι αν και οι κλινικές μελέτες σε παιδιά και εφήβους δείχνουν να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον επαναλαμβανόμενο σωματικό πόνο και τα συμπτώματα ψυχιατρικών διαταραχών, ωστόσο λίγες επιδημιολογικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για το συσχετισμό σωματικών συμπτωμάτων με τις ψυχιατρικές διαγνώσεις στον ίδιο πληθυσμό.

1.3.1 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και πόνος

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, που αξιολογεί το SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman 1994, 1997) και, που για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας, αποτελούν τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας στα παιδιά ηλικίας 6 – 12 ετών, έχουν να κάνουν με τη συμπεριφορά, το συναίσθημα και τις σχέσεις τους. Συγκεκριμένα, πρόκειται για τέσσερις ξεχωριστές διαστάσεις της

ψυχικής υγείας των παιδιών – οι τέσσερις αναφέρονται σε αρνητικές συμπεριφορές ή «δυσκολίες» του παιδιού και έχουν να κάνουν με την υπερκινητικότητα, τα προβλήματα διαγωγής, τις συναισθηματικές δυσκολίες και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους του. Η πέμπτη διάσταση, που σχετίζεται με τη θετική συμπεριφορά ή τις «δυνατότητες» του παιδιού, είναι η θετική κοινωνική συμπεριφορά και δεν αξιολογείται στη συγκεκριμένη έρευνα.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εμπλέκονται στην εμφάνιση συμπτωμάτων πόνου, χωρίς κλινική αιτιολογία, στα παιδιά (Watson et al. 2003). Σε μια επιδημιολογική έρευνα, που διενεργήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής για τη συσχέτιση ψυχιατρικών διαταραχών με σωματικά ενοχλήματα/πόνου, βρέθηκε ότι οι σωματικές ενοχλήσεις (όπως κεφαλαλγία, στομαχικός πόνος, και μυοσκελετικός πόνος) συσχετίζονται με συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές διαγωγής στα παιδιά 9 – 16 ετών (Egger et al. 1999).

Παρομοίως, σε μια έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά σχολικής ηλικίας της Βρετανίας, βρέθηκε ότι τα παιδιά που βίωναν συμπτώματα διάχυτου πόνου ανέφεραν περισσότερες συναισθηματικές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς σε σχέση με τα παιδιά που δεν πονούσαν (Watson et al. 2003). Ακόμα, σε άλλη έρευνα η ύπαρξη συμπτωμάτων καθολικού/γενικευμένου πόνου συσχετίζεται με συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς και άλλες σωματικές ενοχλήσεις (Jones et al. 2003).

Προηγούμενες μελέτες έχουν εντοπίσει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στον πόνο που βιώνουν τα παιδιά – κυρίως μυοσκελετικός πόνος - και στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες – έτσι όπως αυτοί αξιολογούνται από το SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman 1994, 1997) (Mikkelsen et al. 1998, Watson et al. 2003). Στις ίδιες μελέτες, οι ερευνητές προτείνουν τα συμπτώματα πόνου ως ένδειξη συναισθηματικής φόρτισης στα παιδιά που τον βιώνουν.

Ακόμα, οι μελέτες, σχετικά με το μυοσκελετικό πόνο στα παιδιά, δείχνουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες – όπως οι συναισθηματικές δυσκολίες, η υπερκινητικότητα και τα προβλήματα διαγωγής - φαίνεται να συσχετίζονται περισσότερο με τα συμπτώματα μυοσκελετικού πόνου που αναφέρουν τα παιδιά και οι έφηβοι και λιγότερο με τους μηχανικούς παράγοντες (βάρος σχολικής τσάντας, περιστασιακή απασχόληση με χειρονακτικές εργασίες που απαιτούν σήκωμα βαρέων αντικειμένων και σωματική άσκηση), γεγονός που αντανακλά τη συναισθηματική φόρτιση που βιώνουν (Watson et al. 2003).

1.3.2 Η σχέση της Εσωτερικευμένης (internalizing behavior) και Εξωτερικευμένης συμπεριφοράς (externalizing behavior) με τον πόνο

Ο σωματικός και επαναλαμβανόμενος πόνος στα παιδιά συσχετίζεται θετικά με την ύπαρξη δυσκολιών εσωτερικευμένων (internalizing behavior) και εξωτερικευμένων συμπεριφορών (externalizing behavior) (Vaalamo et al. 2002).

Οι δυσκολίες εσωτερικευμένης συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται από έντονο συναίσθημα και κατασταλτική συμπεριφορά. Εμπρικλείουν συμπεριφορές που σχετίζονται με κοινωνική απόσυρση, άγχος, διαταραχές διάθεσης και ψυχοσωματικές αντιδράσεις. Οι δυσκολίες εξωτερικευμένης συμπεριφοράς χαρακτηρίζονται από έντονο συναίσθημα και ενεργητική συμπεριφορά. Περιλαμβάνουν συμπεριφορές που σχετίζονται με επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα (Eisenberg et al. 2001).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αξιολογεί το SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman 1994, 1997), ως εργαλείο ανίχνευσης της συμπεριφοράς παιδιών ηλικίας 4 – 16 ετών είναι οι συναισθηματικές δυσκολίες (Emotional Symptoms), η υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής (Hyperactivity), τα προβλήματα διαγωγής (Conduct Problems), οι δυσκολίες στις σχέσεις με συνομήλικους (Peer Problems) και η θετική κοινωνική συμπεριφορά (Prosocial Behaviour). Ο Goodman και ο Scott (1999) κατηγοριοποιούν τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που αξιολογεί το SDQ, αρχικά για την εκδοχή του ερωτηματολογίου που συμπληρώνουν οι γονείς. Η περαιτέρω αυτή κατηγοριοποίηση αφορά τη συχνότητα και το επίπεδο βαθμού εμφάνισης των συμπεριφορών των παιδιών που αντιστοιχούν στις κλίμακες του ερωτηματολογίου. Έτσι, προκύπτουν δύο ευρύτερες κατηγορίες, η εσωτερικευμένη συμπεριφορά και κλίμακα (internalizing behavior and scale), που περιλαμβάνει τις συναισθηματικές δυσκολίες και η εξωτερικευμένη συμπεριφορά και κλίμακα (externalizing behavior and scale), που περιλαμβάνει τα προβλήματα διαγωγής και την υπερκινητικότητα. Με αυτόν τον τρόπο κατασκευάζουν ένα «διαγνωστικό αλγόριθμο», όπως τον ονομάζουν, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιεί μεθοδολογικά το συνδυασμό των συμπτωμάτων που ανιχνεύονται στο SDQ και τον αντίκτυπο των βαθμολογιών τους, ώστε να αναγνωρίζουν διαταραχές στα παιδιά που σχετίζονται με αυτές τις δύο κατηγοριοποιήσεις.

Η ερευνητική δραστηριότητα στη διερεύνηση της σχέσης πόνου και εσωτερικευμένης και εξωτερικευμένης συμπεριφοράς στα παιδιά έχει δείξει ότι τα παιδιά που βιώνουν επαναλαμβανόμενο πόνο, αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα δυσκολίες εσωτερικευμένης (Martin-Herz et al. 1999, Mikkelsen et al. 1997) και εξωτερικευμένης συμπεριφοράς (Mikkelsen et al. 1997) και ότι ο επαναλαμβανόμενος πόνος σχετίζεται με το άγχος και τις διαταραχές διάθεσης (Martin-Herz et al. 1999, Mikkelsen et al. 1997).

Επιπλέον, η Pulkkinen (1995) αναφέρει ότι τα παιδιά που βιώνουν πόνο τείνουν να καταστέλλουν την έκφραση των συναισθημάτων τους και άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι η ύπαρξη επαναλαμβανόμενου πόνου στα παιδιά και τους εφήβους συσχετίζεται με προβλήματα εξωτερικευμένης συμπεριφοράς, όπως η διάσπαση προσοχής και η επιθετικότητα (Mikkelsen et al. 1997).

Ορισμένες μελέτες, όμως, δεν επιβεβαιώνουν πλήρως τις ανωτέρω διαπιστώσεις. Συγκεκριμένα, κάποιες έρευνες, αναφορικά με τη σχέση πόνου και εσωτερικευμένης και εξωτερικευμένης συμπεριφοράς στα παιδιά, δεν εντοπίζουν σχέση ανάμεσα στον πόνο και τις δυσκολίες εξωτερικευμένης συμπεριφοράς (McGrath et al. 1983, Walker et al. 1993, Walker & Greene 1989).

1.3.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Η αιτιολογία των συμπτωμάτων πόνου σε παιδιά, χωρίς παθολογικά ευρήματα, έχει συζητηθεί στη βιβλιογραφία (Terre & Ghiselli 1997). Η έρευνα, για την αιτιολογία της ανάπτυξης διαφορετικών συνδρόμων πόνου στα παιδιά, έχει επικεντρωθεί τα τελευταία χρόνια στην οικογένεια και στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες («psychosocial factors») (Borge & Nordhagen 2000). Αρκετές έρευνες συνδέουν την ύπαρξη συμπτωμάτων πόνου στα παιδιά με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας και δυσλειτουργικών σχέσεων στα πλαίσια της οικογένειας, όπως η έλλειψη γονεϊκής υποστήριξης, έλλειψη οργάνωσης και συνοχής της οικογένειας καθώς και ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών και επιβαρυνμένης γενικής υγείας των γονέων (Terre & Ghiselli 1997, Hotopf et al. 1998, Egger et al. 1999). Πολύ λίγα στοιχεία γνωρίζουμε για τα διαπροσωπικά δυναμικά που αναπτύσσονται ανάμεσα στους ανθρώπους που πάσχουν από συμπτώματα πόνου και στο περιβάλλον του,

κυρίως σε μη κλινικά πλαίσια (Borge & Nordhagen 2000) και στην επίδραση αυτής της αλληλεπίδρασης στον άνθρωπο που πονά.

Η Aromaa και οι συνεργάτες της (2000) υποστηρίζουν ότι εκτός από τους γενετικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες, ο παράγοντας της κοινωνικής μάθησης στον πόνο φαίνεται ότι διαμορφώνεται και αναπτύσσεται στα πλαίσια της οικογένειας. Πράγματι, στην εμπειρία του πόνου του παιδιού καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν καταστάσεις που σχετίζονται με την οικογένεια αλλά και οι σχέσεις που αναπτύσσονται στα πλαίσιά της, αφού ο πόνος που βιώνει ένα παιδί, σε όποια μορφή, αρχικά αντιμετωπίζεται μέσα στους κόλπους της. Οι Lipani και Walker (2006) αναφέρουν ότι η επίδραση του πόνου στο παιδί εξαρτάται από τη σχέση που έχει διαμορφωθεί στην οικογένειά του, ανάμεσα στον πόνο και στα μέλη της. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς τους σε παιδιά και στις μητέρες τους, που απευθύνθηκαν σε παιδιατρική κλινική λόγω κοιλιακού άλγους, ο φόβος των παιδιών ως προς τα συμπτώματα πόνου τείνει να αναπτύσσεται περισσότερο ως αντίδραση στην ανησυχία της μητέρας και στις αλλαγές που συνέβαιναν στην καθημερινότητα της οικογένειας.

2. ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1 Γενικός σκοπός

Τα σωματικά συμπτώματα πόνου σχετίζονται με την ύπαρξη συναισθηματικών δυσκολιών και προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά σχολικής ηλικίας (Watson et al. 2003, Adamson et al. 2007, Egger et al. 1999, Mikkelsen et al. 1997, Mikkelsen et al. 1998, Vaalamo et al. 2002). Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης των σωματικών συμπτωμάτων πόνου και ενοχλημάτων, ως διάστασης «της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», με διαστάσεις της ψυχικής υγείας σε παιδιά δημοτικού των πόλεων των Ιωαννίνων και των Αθηνών.

2.1.1 Ειδικοί στόχοι

Πιο συγκεκριμένα, στόχος ήταν να μελετηθεί κατά πόσο τα σωματικά συμπτώματα πόνου, ως «διάστασης της σχετιζόμενης ποιότητας ζωής» στα παιδιά,

έτσι όπως αυτές περιγράφονται στο Child Health Questionnaire (CHQ), συσχετίζονται με τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ), λαμβάνοντας υπόψη κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και την ψυχική υγεία της μητέρας, με τη χρήση αναλύσεων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Επιπλέον, τα σωματικά συμπτώματα πόνου και οι συναισθηματικές δυσκολίες των παιδιών συμπεριλήφθηκαν, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, σε ένα στατιστικό μοντέλο με τη χρήση της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης, που εξέτασε τον αντίκτυπο αυτών των μεταβλητών στις διαστάσεις της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», έτσι όπως αυτές περιγράφονται στο Child Health Questionnaire (CHQ).

Τέλος, διερευνήθηκε η σχέση των επιπέδων πόνου με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας στα παιδιά, με τη χρήση της πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής ανάλυσης.

2.2 Μεθοδολογία μελέτης

2.2.1 Γενική περιγραφή του δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν 421 παιδιά (n=421) ηλικίας 6 έως 12 ετών. Από αυτά το 47.7% ήταν αγόρια και το 52.3% ήταν κορίτσια. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τέσσερα σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην πόλη των Ιωαννίνων (Β΄ Πειραματικό δημοτικό σχολείο Ιωαννίνων, 8^ο δημοτικό σχολείο Ιωαννίνων, 12^ο δημοτικό σχολείο Ιωαννίνων και 14^ο δημοτικό σχολείο Ιωαννίνων) και σε ένα δημοτικό σχολείο των Αθηνών (Βυζάντιο δημοτικό σχολείο). Το σχολείο των Αθηνών επιλέχθηκε βάσει της διαθεσιμότητας των ερευνητών στην τότε χρονική περίοδο.

Τα ερωτηματολόγια ζητήθηκε να συμπληρωθούν από τη μητέρα του κάθε παιδιού, αφού έχει βρεθεί ότι οι μητέρες σχετίζονται περισσότερο, από τους πατέρες, με την εκδήλωση συμπεριφορών του παιδιού που αφορούν στον πόνο (Walker & Zeman 1992). Σε δύο περιπτώσεις κατά τις οποίες η μητέρα του παιδιού δεν ήταν στη ζωή, τροποποιήθηκαν οι οδηγίες των δύο ερωτηματολογίων και ζητήθηκε να συμπληρωθούν από τον πατέρα.

Το δείγμα αφορούσε παιδιά από όλες οι τάξεις των δημοτικών σχολείων (Α' δημοτικού - Στ' δημοτικού). Για να διεξαχθεί η έρευνα εγκρίθηκε η συμμετοχή του κάθε σχολείου από τον διευθυντή και το σύλλογο διδασκόντων, καθώς και χορηγήθηκε άδεια διεξαγωγής της από τους Συλλόγους Γονέων και Κηδεμόνων του σχολείου, μέσω του οποίου έγινε η ενημέρωση των γονέων.

Στη μελέτη αυτή χορηγήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, το ερωτηματολόγιο υγείας του παιδιού, Child Health Questionnaire (CHQ – PF50) (Landgraf et al. 1996) και το Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman 1994, 1997) καθώς και ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις υγείας. Τα ανωτέρω διανεμήθηκαν από το δάσκαλο/δασκάλα της κάθε τάξης στα παιδιά, με οδηγία να τα μεταφέρουν στο σπίτι όπου και θα συμπληρώνονταν από τη μητέρα, κατά την περίοδο Οκτώβριο – Δεκέμβριο 2008 για τα σχολεία των Ιωαννίνων και το Φεβρουάριο 2009 για το σχολείο των Αθηνών.

2.2.2 Εργαλεία μέτρησης και μεταβλητές

2.2.2.1 Εκτίμηση συμπτωμάτων πόνου

Το Child Health Questionnaire - CHQ (Landgraf et al. 1996) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της γενικής υγείας παιδιών το οποίο έχει σχεδιαστεί ώστε να αξιολογεί τη σωματική και ψυχοκοινωνική κατάσταση παιδιών, ανεξάρτητα από την υπό μελέτη ασθένεια (Pratsidou-Gertsis et al. 2001, Ruperto et al. 2001). Το CHQ διατίθεται σε τρεις μορφές : το CHQ - PF50 που αφορά σε παιδιά σχολικής ηλικίας, συμπληρώνεται από τους γονείς και περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις (Landgraf et al. 1998, Raat et al. 2005), το CHQ – PF28 που αφορά στην περιορισμένη μορφή του CHQ - PF50 και περιλαμβάνει ορισμένες από τις κλίμακες του τελευταίου (Raat et al. 2005) και τέλος το CHQ – CF87 που αφορά στο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο από παιδιά σχολικής ηλικίας (Landgraf et al. 1996, Raat et al. 2002, Landgraf & Abetz 1997). Οι βαθμολογίες μπαίνουν σε μια κλίμακα από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει καλύτερη λειτουργία και ευημερία.

Η ελληνική έκδοση του CHQ- PF50 έχει προσαρμοστεί δια-πολιτισμικά με τρεις εμπρόσθιες και όψιμες μεταφράσεις, σε σχέση με την αρχική αμερικανική

έκδοση του CHQ (Pratsidou-Gertsi et al. 2001) και έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί για χρήση σε 32 χώρες, περιλαμβάνοντας και την Ελλάδα (Ruperto et al. 2001).

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του CHQ - έντυπο γονέα (PF50), που έχει θεωρηθεί ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής παιδιών, ηλικίας τουλάχιστον 5 ετών, ανεξάρτητα από την ασθένεια που μπορεί να πάσχει, επιτρέποντας την άμεση σύγκριση διαφορετικών, κλινικών καταστάσεων (Ruperto et al. 2001), με στόχο τη διερεύνηση και τη συσχέτιση των συμπτωμάτων πόνου, ως «διάστασης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», με διαστάσεις της ψυχικής υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας.

Το CHQ που συμπληρώνει ο γονέας (Parent Form 50) αποτελείται από 50 ερωτήσεις στις οποίες περιλαμβάνονται οι παρακάτω διαστάσεις :

- η Γενική Υγεία - Global Health (GB), με 1 ερώτηση
- η Σωματική Λειτουργικότητα - Physical Functioning (PF), με 6 ερωτήσεις
- ο Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς - Role/Social, Emotional/Behavioral Limitations (REB), με 3 ερωτήσεις
- ο Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας - Role/Social, Physical Limitations (RP), με 2 ερωτήσεις
- ο Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα - Bodily Pain/Discomfort (BP), με 2 ερωτήσεις
- η Συμπεριφορά – Behaviour (BE), με 5 ερωτήσεις
- η Γενική Συμπεριφορά - Global behavior (GBE), με 1 ερώτηση
- η Ευεξία - Mental health (MH), με 5 ερωτήσεις
- η Αυτοεκτίμηση - Self-Esteem (SE), με 6 ερωτήσεις
- η Γενική Αντίληψη Υγείας - General Health Perception (GH), με 5 ερωτήσεις
- η Αλλαγή Υγείας - Change in Health (CH), με 1 ερώτηση
- η Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα - Emotional Impact on the Parent (PE), με 3 ερωτήσεις
- ο Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα - Impact on the Parent's Personal Time (PT), με 3 ερωτήσεις
- οι Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων - Limitations in Family Activities (FA), με 6 ερωτήσεις και

- Οικογενειακή Συνοχή - Family Cohesion (FC), με 1 ερώτηση.

Οι ερωτήσεις αφορούν το διάστημα των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων εκτός τις ερωτήσεις γενικών κλιμάκων (Γενική Υγεία, Γενική Συμπεριφορά, Γενική Αντίληψη Υγείας, Αλλαγή Υγείας, Οικογενειακή Συνοχή) και κατά τη βαθμολόγηση, το υψηλότερο σκορ σημαίνει καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής (Ruperto et al. 2001).

Για την αξιολόγηση των σωματικών συμπτωμάτων πόνου, τα δεδομένα συλλέχτηκαν από την κλίμακα του CHQ (Parent Form 50) «Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα - Bodily Pain/Discomfort» (BP), με 2 ερωτήσεις, που αξιολογούν την αντίληψη της μητέρας, που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο, ως προς τα συμπτώματα πόνου του παιδιού της κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων. Η πρώτη ερώτηση αφορά *πόσο σωματικό πόνο ή πόσα σωματικά ενοχλήματα ένιωσε το παιδί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων* και η δεύτερη *πόσο συχνά είχε το παιδί σωματικό πόνο ή ενοχλήματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων*. Η βαθμολόγηση για την πρώτη ερώτηση αντιστοιχεί σε εξατάξια κλίμακα από *καθόλου* έως *πολύ δυνατό πόνο*. Η δεύτερη ερώτηση βαθμολογείται κι αυτή σε εξατάξια κλίμακα από *ποτέ* έως *κάθε/σχεδόν κάθε μέρα* (βλ. Παράρτημα – ερωτηματολόγιο σελίδα 82 και εξής).

Τα δυνατά σημεία του ερωτηματολογίου είναι το ηλικιακό εύρος, η αξιολόγηση των ψυχομετρικών παραγόντων, η διάκριση ανάμεσα σε υγιή και ασθενή πληθυσμό, η διαθέσιμη έκδοση για συμπλήρωση από το γονέα και η ύπαρξη κλιμάκων που αφορούν με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life) (Harding 2001). Τα λιγότερο δυνατά σημεία του ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τον ίδιο μελετητή, είναι η απουσία ποιοτικών μεταβλητών, το γεγονός ότι η αρχική στάθμιση περιελάμβανε μικρό και όχι αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού (βλ. Landgraf et al. 1996) και το γεγονός ότι δεν συμπεριλαμβάνει περιβαλλοντικούς παράγοντες προς αξιολόγηση.

2.2.2.2 Εκτίμηση της ψυχικής υγείας

Το ερωτηματολόγιο SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman 1994, 1997) – Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Μπίμπου – Νάκου και συν. 2000) είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που καλύπτει τη διερεύνηση πλευρών της συμπεριφοράς, του συναισθήματος και των σχέσεων παιδιών και εφήβων (Goodman 1997) ηλικίας 4 - 16 ετών. Εστιάζει όχι μονάχα στις

δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει ένα παιδί, στους τομείς που αναφέραμε προηγουμένως, αλλά και στα θετικά του σημεία, στις δυνατότητες που έχει και που μπορεί εν δυνάμει να αναπτύξει, με αποτέλεσμα να διαφέρει από τα προηγούμενα εργαλεία αξιολόγησης της συμπεριφοράς παιδιών (Goodman 1997). Ο Goodman (1994) αναφέρει για το συγκεκριμένο εργαλείο ότι η εστίαση στις δυνατότητες (strengths) και στις δυσκολίες (difficulties or weaknesses) του παιδιού αυξάνει τις πιθανότητες για καλή αποδοχή του εργαλείου από τους γονείς που το συμπληρώνουν και μπορεί να αυξήσει το κίνητρο τους για τη συμπλήρωσή του.

Το ερωτηματολόγιο SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman 1994, 1997) περιλαμβάνει 25 δηλώσεις που αφορούν στη συμπεριφορά του παιδιού και έχουν άλλοτε θετική χροιά και άλλοτε αρνητική. Συγκεκριμένα, από τις 25 δηλώσεις οι 10 μπορεί να θεωρηθούν ως δυνατότητες του παιδιού, έχουν δηλαδή θετική χροιά και 14 από αυτές μπορεί να θεωρηθούν ως δυσκολίες του παιδιού, έχουν δηλαδή αρνητική χροιά. Υπάρχει και μια δήλωση («*τα πηγαίνει καλύτερα με τους μεγάλους παρά με τα παιδιά*») που θεωρείται να έχει ουδέτερη χροιά (Goodman 1997). Οι δηλώσεις αυτές ανήκουν σε πέντε ευρύτερες κατηγορίες και αφορούν τις εξής πλευρές της συμπεριφοράς του παιδιού :

- Συναισθηματικές Δυσκολίες (Emotional Symptoms)
- Υπερκινητικότητα/Διάσπαση Προσοχής (Hyperactivity)
- Προβλήματα Διαγωγής (Conduct Problems)
- Προβλήματα στις Σχέσεις με Συνομήλικους (Peer Problems)
- Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (Prosocial Behaviour)

Ο κάθε παράγοντας αποτελείται από πέντε δηλώσεις, το άθροισμα των οποίων συνιστά τη βαθμολογία του παράγοντα (η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 – 10). Οι τέσσερις πρώτοι παράγοντες εξάγουν μια συνολική βαθμολογία που προκύπτει από το άθροισμά τους, σε κλίμακα από 0 - 40. Η κλίμακα Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (Prosocial Scale) δεν υπολογίζεται στο συνολικό δείκτη της τελικής βαθμολογίας. Σύμφωνα με τον Goodman (1997), η απουσία θετικών κοινωνικών συμπεριφορών είναι εννοιολογικά διαφορετική από την παρουσία ψυχολογικών προβλημάτων. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι δηλώσεις που αφορούν στην κλίμακα Θετική Κοινωνική Συμπεριφορά (Prosocial Scale) δεν έχουν συμπεριληφθεί, καθώς δεν συμμετέχουν στη συνολική βαθμολογία. Δηλαδή, το ερωτηματολόγιο της εν λόγω μελέτης αποτελείται από είκοσι δηλώσεις που αποτελούν ανά πέντε τις εξής κλίμακες

- Συναισθηματικές Δυσκολίες (Emotional Symptoms Scale), που περιλαμβάνει

1. Παραπονείται συχνά για πονοκεφάλους, στομαχόπονους ή αδιαθεσία
 2. Συχνά φαίνεται ανήσυχος/η, ή τον/την απασχολεί το παραμικρό
 3. Συχνά αισθάνεται στενοχώρια, λύπη ή απογοήτευση, ή κλαίει συχνά
 4. Σε καινούριες καταστάσεις είναι νευρικός/η ή δείχνει συμπεριφορά προσκόλλησης, εύκολα χάνει την αυτοπεποίθησή του/της
 5. Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα
- **Υπερκινητικότητα / Διάσπαση Προσοχής (Hyperactivity Scale), που περιλαμβάνει**
 1. Ανήσυχος/η και υπερδραστήριος/α, δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολύ ώρα
 2. Συνεχώς στριφογυρίζει νευρικά ή δεν στέκεται ήσυχος/η, έχει νευρικότητα
 3. Η προσοχή του/της διασπάται εύκολα, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί
 4. Πριν κάνει κάτι το μελετάει προσεκτικά
 5. Ολοκληρώνει συνήθως μια δουλειά που έχει αρχίσει, έχει καλή προσοχή
 - **Προβλήματα Διαγωγής (Conduct Problems Scale), που περιλαμβάνει**
 1. Συχνά εκνευρίζεται ή χάνει την ψυχραιμία του/της
 2. Γενικά είναι υπάκουος/η, ή συνήθως κάνει ό,τι του/της ζητούν οι μεγαλύτεροι
 3. Συχνά μαλώνει με άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει, τα φοβερίζει, τα κτυπά
 4. Συχνά λέει ψέματα ή εξαπατά
 5. Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού και
 - **Προβλήματα στις Σχέσεις με Συνομήλικους (Peer Problems Scale)**
 1. Είναι συνήθως μοναχικός/ή, συνήθως παίζει μόνος/η
 2. Έχει τουλάχιστον ένα φίλο/φίλη
 3. Γενικά είναι συμπαθής στα άλλα παιδιά
 4. Τα άλλα παιδιά τον/την έχουν στο μάτι ή τον/την κοροϊδεύουν, τον/την φοβερίζουν, τον/την κτυπούν
 5. Τα πηγαίνει καλύτερα με τους μεγάλους παρά με τα παιδιά

(βλ. Παράρτημα – ερωτηματολόγιο σελίδα 82 και εξής).

Οι έρευνες που έχουν γίνει για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) υποδεικνύουν ότι έχει ικανοποιητικές ψυχομετρικές λειτουργίες (Goodman & Scott 1999, Goodman 2001, Klasen et al. 2000). Συγκεκριμένα, το SDQ είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης προβλημάτων διαγωγής, υπερκινητικότητας, συμπτωμάτων διαταραχών διάθεσης (συναισθηματικών δυσκολιών) και ορισμένων αγχωδών διαταραχών σε παιδιά ηλικίας 4 – 16 ετών (Goodman et al. 2000b). Άλλωστε οι διαστάσεις που αξιολογεί το εν λόγω εργαλείο ανίχνευσης της συμπεριφοράς του παιδιού κατασκευάστηκε βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων ταξινόμησης του DSM-IV

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) και του ICD-10 (World Health Organization, 1993) για την παιδική ψυχοπαθολογία. Για παράδειγμα, οι πέντε δηλώσεις που αποτελούν την κλίμακα Υπερκινητικότητα / Διάσπαση Προσοχής (Hyperactivity Scale) έχουν επιλεγεί με τέτοιο τρόπο ώστε να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διάσπαση προσοχής (2 δηλώσεις), την υπερκινητικότητα (2 δηλώσεις) και την παρορμητικότητα (1 δήλωση) που αποτελούν βασικά συμπτώματα για τη διάγνωση του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας του DSM-IV (ADHD, American Psychiatric Association, 1994) και της διάγνωσης για υπερκινητικότητα στο ICD-10 (World Health Organization, 1993).

Το ερωτηματολόγιο διατίθεται σε τρεις μορφές ανάλογα από το ποιος το συμπληρώνει : ο γονιός και ο δάσκαλος για παιδιά ηλικίας 4 – 16 ετών, το ίδιο το παιδί. Το έντυπο αυτοαναφοράς (self – report) διατίθεται για παιδιά ηλικίας 11 – 16 ετών. Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μορφή του ερωτηματολογίου που συμπληρώνεται από το γονέα.

Η εγκυρότητα του έχει μελετηθεί σε αρκετές έρευνες σε Ευρώπη, Βόρεια και Νότια Αμερική, Αυστραλία, Ασία και Άπω Ανατολή (για παράδειγμα, Goodman et al. 2003, Goodman & Scott 1999, Goodman 1999, Bourdon et al. 2005, Cury & Golfeto 2003, Dickey & Blumberg 2004, Du et al. 2008, Hawes & Dadds 2004, Marzocchi et al. 2004, Muris et al. 2003, Syed et al. 2007, Ruchkin et al. 2007, Ramos & Golfeto 2003) και στην Ελλάδα χρησιμοποιείται ερευνητικά τα τελευταία χρόνια, χωρίς ωστόσο να έχει σταθμιστεί (Μπίμπου – Νάκου και συν. 2000). Το έντυπο συμπλήρωσης - και στις 3 εκδοχές - η βαθμολόγηση και επιπλέον πληροφορίες αναφορικά με το συγκεκριμένο εργαλείο διατίθενται ελεύθερα στο διαδίκτυο σε 40 διαλέκτους, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής γλώσσας (<http://www.sdqinfo.com>).

2.2.2.3 Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Επίσης, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις υγείας που αφορούν στη μητέρα, η οποία συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο, που περιελάμβανε τα εξής:

- τον αριθμό και το φύλο των παιδιών που φοιτούν στο συγκεκριμένο σχολείο

- την ηλικία της μητέρας και του πατέρα,
- την οικογενειακή κατάσταση (παντρεμένος/η, διαζευγμένος/η - σε διάσταση, χήρος/α, άλλο),
- το μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτος/η δημοτικού/γυμνασίου, λυκείου, τεχνολογικού εκπαιδευτικού ιδρύματος, πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, άλλων μεταπτυχιακών σπουδών),
- την απασχόληση της μητέρας και του πατέρα (μισθωτός/η στο δημόσιο τομέα, μισθωτός/η στον ιδιωτικό τομέα, αυτοαπασχολούμενος/η, άνεργος/η - δεν δουλεύει αλλά ψάχνει για δουλειά, συνταξιούχος, οικοκυρικά, άλλο),
- το κάπνισμα και
- τη σωματική - ψυχική υγεία της μητέρας κατά το τελευταίο διάστημα. (βλ. Παράρτημα – ερωτηματολόγιο σελίδα 82 και εξής).

2.3 Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ και των μεταβλητών της ψυχικής υγείας, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο SDQ, χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσες τιμές. Οι βαθμολογίες, των μεταβλητών της ποιότητας ζωής, μπαίνουν σε μια κλίμακα από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει καλύτερη λειτουργία και ευημερία, ενώ για τις μεταβλητές της ψυχικής υγείας η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 – 10, με την υψηλότερη βαθμολογία να συνιστά την ύπαρξη περισσότερων προβλημάτων και δυσκολιών.

Για να διερευνηθεί εάν οι διαστάσεις της ψυχικής υγείας, έτσι όπως αξιολογούνται στο SDQ, συσχετίζονται με τον πόνο διενεργήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τον πόνο και ανεξάρτητες τις διαστάσεις του SDQ, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία των γονιών, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, την γενική και ψυχική υγεία της μητέρας, το φύλο και την τάξη. Οι διαστάσεις του SDQ, σ' αυτή τη φάση, δεν εισήχθησαν μαζί στο ίδιο μοντέλο λόγω του υψηλού βαθμού συσχέτισής τους. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για

την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και τον πόνο από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Στη συνέχεια, για τον έλεγχο της σχέσης της διάστασης *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* - *bodily pain/discomfort* (BP) με τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ αλλά και της διάστασης *συναισθηματικές δυσκολίες* (*emotional symptoms*) του SDQ με τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Ακόμα, διερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες *συναισθηματικές δυσκολίες* (*emotional symptoms*) και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* (*bodily pain/discomfort*) (BP), με τη χρήση πολυμεταβλητών αναλύσεων.

Τέλος, τα επίπεδα πόνου κατηγοριοποιήθηκαν σε 2 κατηγορίες με βάση την τιμή που αντιστοιχεί στο 25^ο εκατοστιαίο σημείο. Η σχέση τους με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και τις διαστάσεις της ψυχικής υγείας διερευνήθηκε με τη χρήση της πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής ανάλυσης.

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφικά στοιχεία δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 421 παιδιά. Το 52,3% (N=220) των παιδιών ήταν κορίτσια και το 47,7% (N=201) ήταν αγόρια. Επίσης, ενδεικτικά αναφέρουμε, ότι το 18,8% (N=79) πήγαιναν στην Γ' δημοτικού. Η μέση ηλικία των μητέρων ήταν τα 40,3 έτη ($\pm 4,6$ έτη) και των πατέρων τα 44,2 έτη ($\pm 5,7$ έτη). Στο 90,6% (N=378) των

παιδιών οι γονείς ήταν παντρεμένοι. Επίσης, η πλειοψηφία των μητέρων ήταν πτυχιούχοι ανώτατης σχολής με το ποσοστό να φτάνει το 43,2% (N=180). Το 45,5% (N=190) των μητέρων είχαν πολύ καλή γενική υγεία και το 41,1% (N=172) πολύ καλή ψυχική υγεία.

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών.

Πίνακας 1

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος και κατάσταση υγείας της μητέρας			
		N	%
Φύλο παιδιού	Αγόρια	201	47,7
	Κορίτσια	220	52,3
Τάξη παιδιού	A	71	16,9
	B	68	16,2
	Γ	79	18,8
	Δ	73	17,3
	E	68	16,2
	ΣΤ	62	14,7
Ηλικία μητέρας, μέση τιμή±SD		40,3±4,6	
Ηλικία πατέρα, μέση τιμή±SD		44,2±5,7	
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	378	90,6
	Διαζευγμένος/Σε Διάσταση	30	7,2
	Χήρα	6	1,4
	Άλλο	3	0,7
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Απόφοιτη δημοτικού/γυμνασίου	22	5,3
	Απόφοιτη λυκείου	104	24,9
	Απόφοιτη Τ.Ε.Ι.	61	14,6
	Απόφοιτη Π.Ε.	180	43,2
	Απόφοιτη άλλων μεταπτυχιακών σπουδών	50	12,0
Γενική υγεία μητέρας	Άριστη	120	28,7
	Πολύ καλή	190	45,5
	Καλή	87	20,8
	Μέτρια	21	5,0
Ψυχική υγεία μητέρας	Εξαιρετική	62	14,8
	Πολύ καλή	172	41,1
	Καλή	127	30,4
	Μέτρια	47	11,2
	Κακή	10	2,4

Στον ακόλουθο πίνακα (πίνακας 2) δίνονται κάποια από τα δημογραφικά στοιχεία μετά από κατάλληλες κατηγοριοποιήσεις.

Πίνακας 2

Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία μετά από κατάλληλες κατηγοριοποιήσεις			
		N	%
Τάξη παιδιού	A-B-Γ	218	51,8
	Δ-E-ΣΤ	203	48,2
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένη	378	90,6
	Άλλο	39	9,4
Έτη εκπαίδευσης	≤12	126	30,2
	>12	291	69,8
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη	310	74,2
	Κακή έως καλή	108	25,8
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή έως εξαιρετική	234	56,0
	Κακή έως καλή	184	44,0

Συγκεκριμένα, το ποσοστό των παιδιών που φοιτούσαν στις τρεις πρώτες τάξεις του δημοτικού (Α', Β' και Γ' τάξη) αντιστοιχεί στο 51,8% (N=218) του συνολικού δείγματος, ενώ το 48,2% (N=203) των παιδιών φοιτούσε στις τρεις τελευταίες τάξεις (Δ', Ε' και ΣΤ' τάξη).

Από τις μητέρες, το 90,6% (N=378) ήταν παντρεμένες ενώ μόλις το 9,4% (N=39) είχαν άλλη οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένη/σε διάσταση, χήρα, άλλο).

Ως προς τα έτη εκπαίδευσης, το 69,8% (N=291) των μητέρων δηλώνει να έχει περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης, που σημαίνει απόφοιτη πανεπιστημιακής, τεχνολογικής σχολής ή άλλων μεταπτυχιακών σπουδών και το 30,2% (N=126) δηλώνει να έχει λιγότερα ή ίσα με 12 έτη σπουδών, που σημαίνει απόφοιτη δημοτικού, γυμνασίου ή λυκείου.

Από τις μητέρες, το 74,2% (N=310) δηλώνει να έχει πολύ καλή έως άριστη γενική υγεία ενώ το 25,8% (N=108) δηλώνει να κακή έως καλή γενική υγεία.

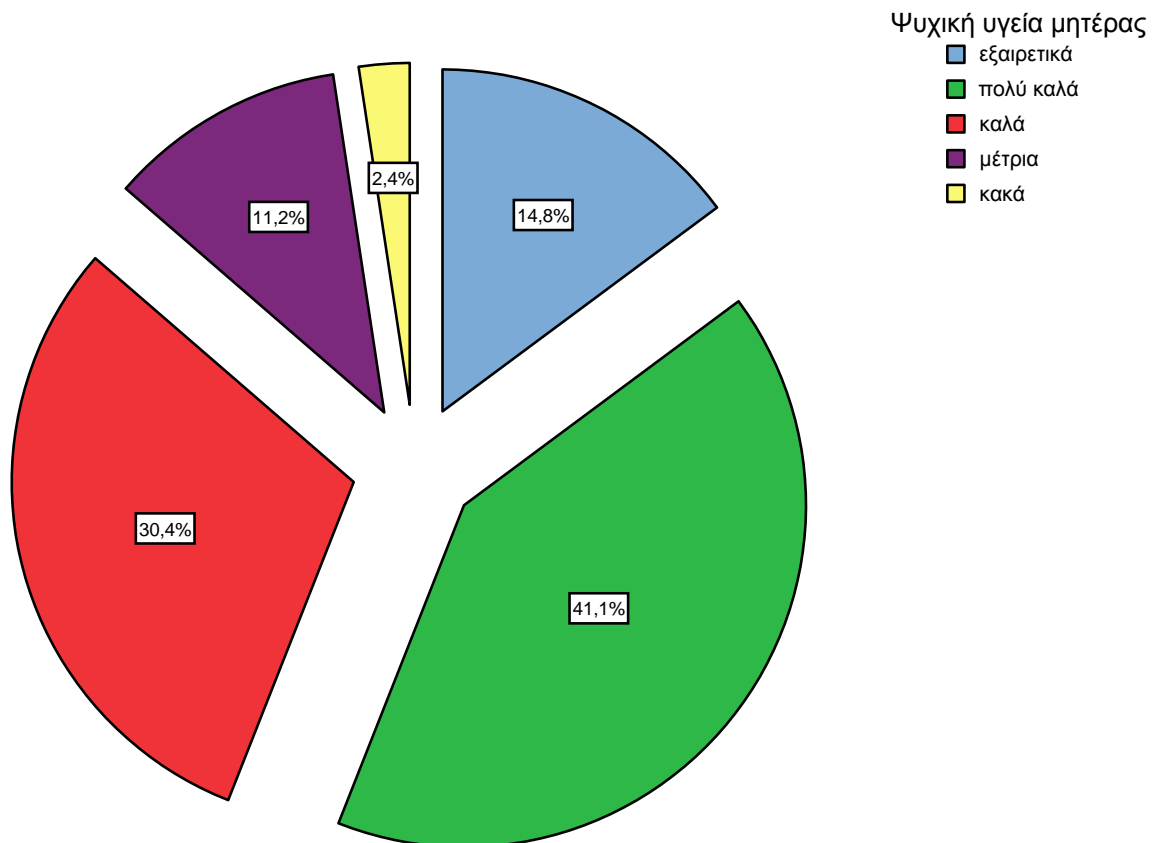
Επιπλέον, ως προς την ψυχική υγεία των μητέρων, περισσότερες από τις μισές (56%) (N=236) μητέρες αναφέρουν πολύ καλή έως εξαιρετική ψυχική υγεία και το 44% (N=184) αναφέρει κακή έως καλή ψυχική υγεία.

Στο παρακάτω γράφημα (γράφημα 1) δίνονται αναλυτικά τα στοιχεία που αφορούν στις αναφορές για την ψυχική υγεία της μητέρας.

Συγκεκριμένα, το 41,1% (N=172) των μητέρων αναφέρουν να έχουν πολύ καλή ψυχική υγεία, το 30,4% (N=127) καταγράφουν καλή ψυχική υγεία, το 14,8% (N=62) αναφέρει εξαιρετική ψυχική υγεία, το 11,2% (N=47) μέτρια ψυχική υγεία και μόλις το 2,4% (N=10) καταγράφει να έχει κακή ψυχική υγεία.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Ψυχική Υγεία μητέρων



3.2.2 Περιγραφικά στοιχεία μεταβλητών μελέτης

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ και των μεταβλητών της ψυχικής υγείας, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο SDQ, χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσες τιμές. Στον ακόλουθο πίνακα (πίνακας 3) περιγράφονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο ερωτηματολόγιο υγείας του παιδιού CHQ, των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη:

Πίνακας 3

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των κλιμάκων του ερωτηματολογίου υγείας του παιδιού CHQ					
	Μέση τιμή	SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος
Γενική Υγεία (GB)	92,4	11,3	40,0	100,0	100,0
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	97,3	8,9	25,0	100,0	100,0
Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)	97,6	8,7	33,3	100,0	100,0
Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)	97,6	9,5	25,0	100,0	100,0
Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα (BP)	90,7	12,1	41,7	100,0	100,0
Συμπεριφορά (BE)	90,3	8,7	20,0	100,0	92,0
Γενική Συμπεριφορά (GBE)	85,3	12,7	40,0	100,0	80,0
Ευεξία (MH)	88,3	9,7	44,0	100,0	92,0
Αυτοεκτίμηση (SE)	93,9	8,1	46,7	100,0	96,7
Γενική Αντίληψη Υγείας Health(GH)	58,6	11,6	20,0	100,0	56,0
Αλλαγή Υγείας (CH)	73,8	18,3	40,0	100,0	60,0
Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)	84,1	18,0	20,0	100,0	93,3
Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)	75,8	7,6	20,0	86,7	80,0
Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)	93,0	8,6	56,7	100,0	96,7
Οικογενειακή Συνοχή (FC)	77,9	15,6	20,0	100,0	80,0
Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων	85,0	5,4	59,1	98,7	85,3
Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων	87,6	6,9	48,1	98,5	89,0

Στον Πίνακα 3 φαίνονται όλες οι βαθμολογίες (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή και διάμεσος) στις κλίμακες του CHQ των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η βαθμολογίες μπαίνουν σε μια κλίμακα από 0 έως 100, με την υψηλότερη βαθμολογία να δείχνει καλύτερη λειτουργία και ευημερία.

Τα παιδιά αναφέρονται να έχουν καλή σωματική υγεία (GB, PF, RP, BP, GH, CH) στις κλίμακες *Γενική Υγεία* (m=92,4), *Σωματική Λειτουργικότητα* (m=97,3), *Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας* (m=97,6) και η κλίμακα *Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα* βαθμολογείται με 90,7. Χαμηλότερα βρίσκονται οι βαθμολογίες για τη *Γενική Αντίληψη Υγείας* (m=58,6) και την *Αλλαγή Υγείας* (m=73,8).

Όσον αφορά την ψυχοκοινωνική λειτουργία (REB, BE, GBE, MH, SE, PE, PT, FA, FC) υψηλό σκορ παρατηρήθηκε στις κλίμακες *Ρόλος / κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς* (m=97,6), *Συμπεριφορά* (m=90,3) *Αυτοεκτίμηση* (m=93,9) και *Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων* (m=93), Χαμηλότερο σκορ προέκυψε στις κλίμακες *Γενική Συμπεριφορά* (m= 85,3), *Ενεξία* (m=88,3) και *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα* (m=84,1). Ακόμα πιο χαμηλή βαθμολογία σημειώθηκε στις κλίμακες *Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα* (m=75,8) και *Οικογενειακή Συνοχή* (m=77,9).

Στον ακόλουθο πίνακα (πίνακας 4) περιγράφονται οι βαθμολογίες των παιδιών στις διαστάσεις του SDQ:

Πίνακας 4

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των διαστάσεων της ψυχικής υγείας του παιδιού SDQ					
	Μέση τιμή	SD	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Διάμεσος
Συναισθηματικές δυσκολίες	1,4	1,6	0,0	8,0	1,0
Προβλήματα διαγωγής	1,2	1,2	0,0	7,0	1,0
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	2,4	2,1	0,0	9,0	2,0
Προβλήματα στις σχέσεις με συνομηλίκους -	0,8	1,3	0,0	6,0	0,0
Συνολικό σκορ SDQ	5,8	4,7	0,0	28,0	5,0

Στον πίνακα 4 φαίνονται οι βαθμολογίες (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή και διάμεσος) στις κλίμακες του ερωτηματολογίου SDQ για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας στον παιδιών. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 – 10, με την υψηλότερη βαθμολογία να συνιστά την ύπαρξη περισσότερων προβλημάτων και δυσκολιών.

3.2 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τον πόνο

Για να διερευνηθεί εάν τα αναφερόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας βάση του SDQ, συσχετίζονται με τον σωματικό πόνο και τα ενοχλήματα, διενεργήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το

σωματικό πόνο και ενοχλήματα και ανεξάρτητες τις διαστάσεις του SDQ, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία των γονιών, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, την γενική και ψυχική υγεία της μητέρας, το φύλο και την τάξη. Οι διαστάσεις του SDQ δεν εισήχθησαν μαζί στο ίδιο μοντέλο λόγω του υψηλού βαθμού συσχέτισής τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 5) δίνονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τη διάσταση *Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα*, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τη βαθμολογία τους στη κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες*.

Ως ανεξάρτητοι παράγοντες ήταν η ηλικία των γονιών, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, η γενική και ψυχική υγεία της μητέρας, το φύλο, η τάξη και η διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες*.

Πίνακας 5

Συσχέτιση σωματικού πόνου και ενοχλημάτων με συναισθηματικές δυσκολίες				
		β	SE	P
Ηλικία μητέρας		0,10	0,17	0,564
Ηλικία πατέρα		-0,02	0,14	0,899
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	0,00*		
	Άλλο	-1,93	2,10	0,359
Έτη εκπαίδευσης	≤12			
	>12	-1,69	1,25	0,175
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη	0,00		
	Κακή έως καλή	-1,94	1,46	0,184
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή έως εξαιρετική	0,00		
	Κακή έως καλή	-3,03	1,32	0,022
Φύλο παιδιού	Αγόρι	0,00		
	Κορίτσι	0,07	1,13	0,953
Τάξη παιδιού	A-B-Γ	0,00		
	Δ-E-ΣΤ	-1,31	1,15	0,254
Συναισθηματικές δυσκολίες		-2,69	0,37	<0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι η *ψυχική υγεία* της μητέρας και η βαθμολογία στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* βρέθηκαν να είναι οι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για τη βαθμολογία στη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ανέφεραν να έχουν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 3,03 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* από τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Αυτό καταδεικνύει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες*, τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Στη συνέχεια, στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τη βαθμολογία τους στη κλίμακα *προβλήματα διαγωγής*. Ως ανεξάρτητοι παράγοντες ήταν η ηλικία των γονιών, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, η γενική και ψυχική υγεία της μητέρας, το φύλο, η τάξη και η διάσταση *προβλήματα διαγωγής*.

Πίνακας 6

Συσχέτιση σωματικού πόνου και ενοχλημάτων με προβλήματα διαγωγής		β	SE	P
Ηλικία μητέρας		0,19	0,18	0,282
Ηλικία πατέρα		-0,11	0,15	0,457
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	0,00*		
	Άλλο	-1,44	2,23	0,517
Έτη εκπαίδευσης	≤12			
	>12	-1,30	1,31	0,322
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη	0,00		
	Κακή έως καλή	-1,98	1,54	0,198
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή έως εξαιρετική	0,00		
	Κακή έως καλή	-3,97	1,40	0,005
Φύλο παιδιού	Αγόρι	0,00		
	Κορίτσι	-0,40	1,19	0,738
Τάξη παιδιού	A-B-Γ	0,00		
	Δ-E-ΣΤ	-1,74	1,21	0,152
Προβλήματα διαγωγής		-1,52	0,51	0,003

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από τον πίνακα 6 φαίνεται ότι η ψυχική υγεία της μητέρας και τα αναφερόμενα *προβλήματα διαγωγής* βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 3,97 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* από τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ανέφεραν να έχουν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *προβλήματα διαγωγής* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 7) δίνονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τη βαθμολογία τους στη κλίμακα *υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής*. Ως ανεξάρτητοι παράγοντες ήταν η ηλικία των γονιών, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, η γενική και ψυχική υγεία της μητέρας, το φύλο, η τάξη και η διάσταση *υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής*.

Πίνακας 7

Συσχέτιση σωματικού πόνου και ενοχλημάτων με υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής		β	SE	P
Ηλικία μητέρας		0,18	0,18	0,329
Ηλικία πατέρα		-0,10	0,14	0,470
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	0,00*		
	Άλλο	-1,75	2,21	0,429
Έτη εκπαίδευσης	≤12	0,00		
	>12	-1,47	1,31	0,261
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη	0,00		
	Κακή έως καλή	-1,58	1,54	0,306
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή έως εξαιρετική	0,00		
	Κακή έως καλή	-3,94	1,38	0,005
Φύλο παιδιού	Αγόρι	0,00		
	Κορίτσι	-1,12	1,21	0,356
Τάξη παιδιού	A-B-Γ	0,00		

Δ-Ε-ΣΤ	-2,11	1,21	0,082
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	-1,02	0,30	0,001

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από τον πίνακα 7 βλέπουμε ότι η ψυχική υγεία της μητέρας και η βαθμολογία στην κλίμακα *υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής* βρέθηκαν να είναι οι ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για τη βαθμολογία στη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*. Ειδικότερα, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία είχαν κατά 3,94 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* από τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Έτσι, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τη βαθμολογία τους στη κλίμακα *προβλήματα στις σχέσεις με συνομήλικους*. Ως ανεξάρτητοι παράγοντες ήταν η ηλικία των γονιών, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης, η γενική και ψυχική υγεία της μητέρας, το φύλο, η τάξη και η διάσταση *προβλήματα στις σχέσεις με συνομήλικους*.

Πίνακας 8

Συσχέτιση του σωματικού πόνου και ενοχλημάτων με προβλήματα στις σχέσεις με συνομήλικους		β	SE	P
Ηλικία μητέρας		0,17	0,18	0,350
Ηλικία πατέρα		-0,09	0,15	0,527
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	0,00*		
	Άλλο	-2,02	2,22	0,362
Έτη εκπαίδευσης	≤12	0,00		
	>12	-1,37	1,31	0,298
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη	0,00		
	Κακή έως καλή	-2,04	1,54	0,187
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή έως εξαιρετική	0,00		
	Κακή έως καλή	-4,10	1,39	0,003

Φύλο παιδιού	Αγόρι	0,00		
	Κορίτσι	-0,55	1,19	0,648
Τάξη παιδιού	A-B-Γ	0,00		
	Δ-E-ΣΤ	-1,73	1,21	0,154
προβλήματα στις σχέσεις με συνομήλικους		-1,40	0,51	0,006

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Από τον πίνακα 8 φαίνεται ότι η ψυχική υγεία της μητέρας και τα αναφερόμενα *προβλήματα στις σχέσεις με συνομήλικους* συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*. Έτσι, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 4,10 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Φαίνεται, λοιπόν, ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *προβλήματα στις σχέσεις με συνομήλικους* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

3.2.1 Συσχέτιση της διάστασης *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* με τις υπόλοιπες διαστάσεις ποιότητας ζωής

Στη συνέχεια, για τον έλεγχο της σχέσης της διάστασης *σωματικός πόνος και ενοχλήματα (BP)*, με τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 9) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της βαθμολογίας στη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* με τις υπόλοιπες διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Πίνακας 9

Συσχέτιση πόνου με τις υπόλοιπες διαστάσεις του CHQ		
	Σωματικός Πόνος και Ενοχλήματα	
	r	P
Γενική Υγεία (GB)	0,24	<0,001
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	0,20	<0,001
Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)	0,19	<0,001
Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)	0,19	<0,001
Συμπεριφορά (BE)	0,32	<0,001
Γενική Συμπεριφορά (GBE)	0,18	<0,001
Ευεξία (MH)	0,36	<0,001
Αυτοεκτίμηση (SE)	0,28	<0,001
Γενική Αντίληψη Υγείας Health(GH)	-0,09	0,054
Αλλαγή Υγείας (CH)	0,03	0,502
Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)	0,37	<0,001
Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)	0,23	<0,001
Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)	0,30	<0,001
Οικογενειακή Συνοχή (FC)	0,30	<0,001
Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων	0,51	<0,001
Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων	0,39	<0,001

Από τα παραπάνω, προκύπτει σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης σωματικός πόνος και ενοχλήματα με όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις ποιότητας ζωής εκτός από τις βαθμολογίες στις διαστάσεις *Γενική Αντίληψη Υγείας (GH)* και *Αλλαγή Υγείας (CH)*. Οπότε, όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*, δηλαδή υπάρχει λιγότερος πόνος, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

3.2.2 Συσχέτιση της διάστασης συναισθηματικές δυσκολίες με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης της διάστασης *συναισθηματικές δυσκολίες* του SDQ, με τις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αυτές αξιολογούνται στο CHQ. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 10) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της διάστασης *συναισθηματικές δυσκολίες* με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Πίνακας 10

Συσχέτιση συναισθηματικών δυσκολιών με τις διαστάσεις του CHQ		
	Συναισθηματικές Δυσκολίες	
	r	P
Γενική Υγεία (GB)	-0,22	<0,001
Σωματική Λειτουργικότητα (PF)	-0,15	0,004
Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)	-0,24	<0,001
Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)	-0,13	0,007
Σωματικός Πόνος και ενοχλήματα (BP)	-0,39	<0,001
Συμπεριφορά (BE)	-0,50	<0,001
Γενική Συμπεριφορά (GBE)	-0,19	<0,001
Ευεξία (MH)	-0,54	<0,001
Αυτοεκτίμηση (SE)	-0,34	<0,001
Γενική Αντίληψη Υγείας Health(GH)	0,15	0,003
Αλλαγή Υγείας (CH)	0,09	0,056
Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)	-0,48	<0,001
Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)	-0,30	<0,001
Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)	-0,42	<0,001
Οικογενειακή Συνοχή (FC)	-0,29	<0,001
Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων	-0,15	0,003
Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων	-0,54	<0,001

Από τον πίνακα 10, φαίνεται να υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες* με όλες τις υπόλοιπες διαστάσεις ποιότητας ζωής εκτός από τη βαθμολογία στη διάσταση *Αλλαγή Υγείας*. Οπότε όσο αυξάνεται η βαθμολογία στη διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες*, τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

3.3 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής

Στον πίνακα 11α (σελ.58) δίνονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τις διαστάσεις *Γενική Υγεία (GB)*, *Σωματική Λειτουργικότητα (PF)*, *Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων*

Συμπεριφοράς (REB), Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP) και Συμπεριφορά (BE) ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες συναισθηματικές δυσκολίες και σωματικός πόνος/ενοχλήματα.

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι η *Γενική Υγεία(GB)* συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, την κατάσταση γενικής υγείας της, την τάξη του παιδιού και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες και σωματικός πόνος και ενοχλήματα.*

Έτσι, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας αυξάνεται και η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *Γενική Υγεία (GB)*. Ακόμα, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή γενική υγεία, είχαν κατά 6,77 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Γενική Υγεία (GB)*, από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/άριστη γενική υγεία. Επιπλέον, τα παιδιά που πήγαιναν Δ-Ε-ΣΤ δημοτικού είχαν κατά 2,25 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Γενική Υγεία (GB)*, από τα παιδιά που πήγαιναν Α-Β-Γ δημοτικού. Επιπρόσθετα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Γενική Υγεία (GB)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Γενική Υγεία (GB)*.

Η *Σωματική Λειτουργικότητα (PF)* συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τα έτη εκπαίδευσης της μητέρας, την ψυχική της υγεία και τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα.*

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης, είχαν κατά 2,59 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Σωματική Λειτουργικότητα (PF)*, από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης. Ακόμα, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 2,81 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Σωματική Λειτουργικότητα (PF)*, από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Επιπλέον, είναι φανερό ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Σωματική Λειτουργικότητα (PF)*.

Η διάσταση *Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)* συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τα έτη

εκπαίδευσης της μητέρας, την τάξη του παιδιού και τη διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες*.

Αναλυτικότερα, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης, είχαν κατά 2,68 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης. Ακόμα, φαίνεται ότι τα, παιδιά που πήγαιναν Δ-Ε-ΣΤ δημοτικού, είχαν κατά 2,12 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)*, από τα παιδιά που πήγαιναν Α-Β-Γ δημοτικού. Επιπλέον, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες*, τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)*.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)* φαίνεται ότι συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ψυχική υγεία της μητέρας και τη διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 2,25 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Ακόμα, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)*.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Συμπεριφορά (BE)* συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, την ψυχική της υγεία και τη διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες*.

Αναλυτικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας τόσο αυξάνεται η βαθμολογία στην κλίμακα *Συμπεριφορά (BE)*. Ακόμα, φαίνεται ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 3,56 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Συμπεριφορά (BE)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Επιπλέον, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Συμπεριφορά (BE)*.

Στον πίνακα 11β (σελίδα 59) δίνονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τις διαστάσεις *Γενική Συμπεριφορά (GBE)*, *Ευεξία (MH)*, *Αυτοεκτίμηση (SE)*, *Γενική Αντίληψη Υγείας Health (GH)* και *Αλλαγή Υγείας (CH)*, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Η διάσταση *Γενική Συμπεριφορά (GBE)* φαίνεται ότι συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, τη γενική και ψυχική υγεία της και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας, αυξάνεται και η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *Γενική Συμπεριφορά (GBE)*. Ακόμα, προκύπτει ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή γενική υγεία, είχαν κατά 3,56 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Γενική Συμπεριφορά (GBE)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/άριστη γενική υγεία. Επιπλέον, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 5,02 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Γενική Συμπεριφορά (GBE)*, από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία.

Επιπρόσθετα, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Γενική Συμπεριφορά (GBE)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Γενική Συμπεριφορά (GBE)*.

Στη συνέχεια, φαίνεται ότι η διάσταση *Ευεξία (MH)* συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης της, τη γενική και ψυχική υγεία της και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *πόνος και ενοχλήματα*.

Αναλυτικότερα, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας αυξάνεται και η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *Ευεξία (MH)*. Ακόμα, φαίνεται ότι τα παιδιά, των οποίων οι γονείς δήλωναν «άλλη» οικογενειακή κατάσταση, είχαν κατά 3,17 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση *Ευεξία (MH)* από τα παιδιά των οποίων οι γονείς ήταν παντρεμένοι. Επίσης, τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης είχαν κατά 2,27 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Ευεξία (MH)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν

λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή γενική υγεία, είχαν κατά 2,13 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Ευεξία (MH)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/άριστη γενική υγεία. Ακόμα, προκύπτει ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία είχαν κατά 2,73 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Ευεξία (MH)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία.

Επιπλέον, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Ευεξία (MH)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Ευεξία (MH)*.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Αυτοεκτίμηση (SE)* φαίνεται ότι συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την κατάσταση γενικής και ψυχικής υγείας της μητέρας και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή γενική υγεία, είχαν κατά 1,98 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Αυτοεκτίμηση (SE)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/άριστη γενική υγεία. Ακόμα, προκύπτει ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 3,80 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Αυτοεκτίμηση (SE)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία.

Επιπλέον, προκύπτει ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Αυτοεκτίμηση (SE)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Αυτοεκτίμηση (SE)*.

Για τη διάσταση *Γενική Αντίληψη Υγείας Health(GH)* βρέθηκε να είναι, η τάξη του παιδιού, ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι τα παιδιά, που πήγαιναν Δ-Ε-ΣΤ δημοτικού, είχαν κατά 2,75 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Γενική Αντίληψη Υγείας Health(GH)* από τα παιδιά που πήγαιναν Α-Β-Γ δημοτικού.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Αλλαγή Υγείας (CH)* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση, τα έτη εκπαίδευσης της

μητέρας και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*

Αναλυτικότερα, φάνηκε ότι τα παιδιά, των οποίων οι γονείς δήλωναν «άλλη» οικογενειακή κατάσταση είχαν κατά 7,79 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Αλλαγή Υγείας (CH)* από τα παιδιά των οποίων οι γονείς που ήταν παντρεμένοι. Ακόμα, προέκυψε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης, είχαν κατά 4,99 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Αλλαγή Υγείας (CH)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης.

Επιπλέον, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες*, τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Αλλαγή Υγείας (CH)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Αλλαγή Υγείας (CH)*.

Στον πίνακα 11γ (σελίδα 60) δίνονται τα αποτελέσματα των πολυμεταβλητών αναλύσεων για τις διαστάσεις *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)*, *Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)*, *Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)*, *Οικογενειακή Συνοχή (FC)*, *Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων* και *Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων* ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Η διάσταση *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, την οικογενειακή κατάσταση των γονιών, την ψυχική υγεία της μητέρας και τη διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες*.

Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας αυξάνεται και η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)*. Ακόμα, φαίνεται ότι τα παιδιά, των οποίων οι γονείς δήλωσαν «άλλη» οικογενειακή κατάσταση, είχαν κατά 9,73 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)* από τα παιδιά των οποίων οι γονείς που ήταν παντρεμένοι. Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 5,31 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία.

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)*.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)*., ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)*.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)* προέκυψε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)*.

Στη συνέχεια, η διάσταση *Οικογενειακή Συνοχή (FC)* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, τα έτη εκπαίδευσης της, την ψυχική της υγεία, την τάξη του παιδιού και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας αυξάνεται και η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *Οικογενειακή Συνοχή (FC)*. Ακόμα, προέκυψε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν περισσότερα από 12 έτη εκπαίδευσης είχαν κατά 3,34 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Οικογενειακή Συνοχή (FC)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν λιγότερα από 12 έτη εκπαίδευσης. Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 10,38 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Οικογενειακή Συνοχή (FC)* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Επιπρόσθετα, προέκυψε ότι τα παιδιά, που

πήγαιναν Δ-Ε-ΣΤ δημοτικού, είχαν κατά 3,24 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Οικογενειακή Συνοχή (FC)* από τα παιδιά που πήγαιναν Α-Β-Γ δημοτικού.

Ακόμα, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Οικογενειακή Συνοχή (FC)*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Οικογενειακή Συνοχή (FC)*.

Στη συνέχεια, για τη διάσταση *Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων*, η διάσταση *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*, βρέθηκε να είναι ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων*.

Τέλος, η διάσταση *Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων* βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ηλικία της μητέρας, την ψυχική υγεία της μητέρας και τις διαστάσεις *συναισθηματικές δυσκολίες* και *σωματικός πόνος και ενοχλήματα*.

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας αυξάνεται και η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων*. Επιπλέον, προέκυψε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες είχαν κακή έως καλή ψυχική υγεία, είχαν κατά 3,61 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα *Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων* από τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία.

Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *συναισθηματικές δυσκολίες* τόσο μειώνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων*, ενώ όσο αυξάνεται η βαθμολογία των παιδιών στην κλίμακα *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* τόσο αυξάνεται η βαθμολογία τους στην κλίμακα *Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων*.

Πίνακας 11 α

Παράγοντες που σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής										
	Γενική Υγεία (GB)		Σωματική Λειτουργικότητα (PF)		Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς (REB)		Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας (RP)		Συμπεριφορά (BE)	
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P
Ηλικία μητέρας	0,37±0,16	0,022	0,15±0,12	0,201	0,09±0,12	0,481	-0,09±0,13	0,484	0,25±0,11	0,031
Ηλικία πατέρα	-0,15±0,13	0,231	-0,18±0,09	0,056	-0,01±0,1	0,884	-0,01±0,11	0,925	-0,02±0,09	0,796
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος (αναφ)									
	Άλλο	-0,09±1,95	0,965	0,96±1,4	0,494	0,41±1,49	0,782	-1,85±1,6	0,247	0,21±1,42
Έτη εκπαίδευσης μητέρας	≤12 (αναφ)									
	>12	-0,28±1,16	0,812	2,59±0,83	0,002	2,68±0,89	0,003	1,73±0,95	0,071	-1,4±0,84
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη (αναφ)									
	Κακή έως καλή	-6,77±1,35	<0,001	-1,46±0,97	0,133	0,6±1,03	0,560	-0,24±1,11	0,826	-1,8±0,98
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/εξαιρετική (αναφ)									
	Κακή έως καλή	-1,54±1,23	0,212	2,81±0,88	0,002	0,55±0,94	0,556	2,25±1,01	0,026	-3,56±0,88
Φύλο παιδιού	Αγόρι (αναφ)									
	Κορίτσι	1,09±1,05	0,300	0,99±0,75	0,184	1,03±0,8	0,198	0,82±0,86	0,343	1,37±0,75
Τάξη παιδιού	Α-Β-Γ (αναφ)									
	Δ-Ε-ΣΤ	2,25±1,07	0,036	-0,96±0,76	0,211	-2,12±0,82	0,010	-1,54±0,88	0,080	0,02±0,76
Συναισθηματικές δυσκολίες	-0,93±0,37	0,012	-0,22±0,26	0,390	-0,6±0,28	0,033	-0,21±0,3	0,480	-2,35±0,27	<0,001
Σωματικός πόνος/ενοχλήματα	0,11±0,05	0,017	0,1±0,03	0,004	0,02±0,04	0,574	0,1±0,04	0,013	0,04±0,03	0,219

Πίνακας 11 β

Παράγοντες που σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής											
	Γενική Συμπεριφορά (GBE)		Ευεξία (MH)		Αυτοεκτίμηση (SE)		Γενική Αντίληψη Υγείας Health(GH)		Αλλαγή Υγείας (CH)		
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	
Ηλικία μητέρας	0,51±0,18	0,005	0,26±0,12	0,040	0,21±0,11	0,065	-0,21±0,18	0,238	-0,52±0,28	0,066	
Ηλικία πατέρα	0,09±0,14	0,517	-0,06±0,1	0,577	-0,03±0,09	0,750	0,15±0,15	0,298	0,29±0,23	0,193	
Οικογενειακή κατάσταση											
	Παντρεμένος (αναφ)										
	Άλλο	2,85±2,21	0,198	-3,17±1,48	0,033	-1,3±1,4	0,352	-3,42±2,2	0,121	-7,79±3,46	0,025
Έτη εκπαίδευσης											
	≤12 (αναφ)										
	>12	-1,04±1,31	0,428	-2,27±0,89	0,011	-1,09±0,83	0,189	-1,5±1,31	0,255	-4,99±2,02	0,014
Γενική υγεία μητέρας											
	Πολύ καλή/άριστη (αναφ)										
	Κακή έως καλή	-3,56±1,53	0,020	-2,13±1,04	0,041	-1,98±0,98	0,043	1,93±1,54	0,211	-1,35±2,37	0,568
Ψυχική υγεία μητέρας											
	Πολύ καλή έως εξαιρετική (αναφ)										
	Κακή έως καλή	-5,02±1,39	<0,001	-2,73±0,94	0,004	-3,8±0,88	<0,001	-0,15±1,41	0,916	0,39±2,16	0,858
Φύλο παιδιού											
	Αγόρι (αναφ)										
	Κορίτσι	1,57±1,18	0,185	0,96±0,8	0,229	0,95±0,75	0,202	-0,42±1,19	0,720	-0,9±1,84	0,624
Τάξη παιδιού											
	A-B-Γ (αναφ)										
	Δ-E-ΣΤ	0,23±1,21	0,848	0,78±0,81	0,342	0,26±0,76	0,735	-2,75±1,21	0,023	-1,99±1,87	0,289
Συναισθηματικές δυσκολίες											
		-1,23±0,42	0,003	-3,04±0,28	<0,001	-1,33±0,27	<0,001	0,2±0,42	0,637	1,52±0,64	0,019
Σωματικός πόνος/ενοχλήματα											
		0,11±0,05	0,042	0,07±0,04	0,050	0,09±0,03	0,007	-0,03±0,05	0,523	0,19±0,08	0,020

Πίνακας 11 γ

Παράγοντες που σχετίζονται με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής													
	Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα (PE)		Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα (PT)		Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων (FA)		Οικογενειακή Συνοχή (FC)		Συνολικό σκορ σωματικών κλιμάκων		Συνολικό σκορ ψυχοκοινωνικών κλιμάκων		
	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	β±SE	P	
Ηλικία μητέρας	0,61±0,26	0,019	0,12±0,11	0,294	0,13±0,12	0,285	0,53±0,21	0,012	-0,01±0,07	0,919	0,34±0,09	<0,001	
Ηλικία πατέρα	-0,12±0,21	0,574	0,04±0,09	0,629	0,09±0,1	0,381	-0,24±0,17	0,150	0±0,06	0,993	-0,04±0,07	0,536	
Οικογενειακή κατάσταση													
	Παντρεμένος (αναφ)												
	Άλλο	-9,73±3,11	0,002	-2,65±1,38	0,055	-0,56±1,49	0,709	-4,27±2,58	0,098	-1,7±0,88	0,054	-2,01±1,05	0,056
Έτη εκπαίδευσης													
	≤12 (αναφ)												
	>12	3,13±1,86	0,092	0,48±0,83	0,561	-1,28±0,89	0,150	-3,34±1,53	0,030	-0,3±0,52	0,562	-0,76±0,63	0,231
Γενική υγεία μητέρας													
	Πολύ καλή/άριστη (αναφ)												
	Κακή έως καλή	-0,54±2,17	0,802	-0,75±0,96	0,437	-0,08±1,05	0,939	-2,4±1,79	0,181	-1,18±0,6	0,052	-1,17±0,74	0,117
Ψυχική υγεία μητέρας													
	Πολύ καλή έως εξαιρετική (αναφ)												
	Κακή έως καλή	-5,31±1,98	0,008	-1,17±0,88	0,183	-1,69±0,95	0,077	-10,38±1,64	<0,001	0,61±0,55	0,266	-3,61±0,67	<0,001
Φύλο παιδιού													
	Αγόρι (αναφ)												
	Κορίτσι	0,13±1,68	0,939	0,3±0,74	0,691	0,83±0,8	0,301	0,58±1,38	0,674	0,13±0,47	0,777	0,52±0,56	0,349
Τάξη παιδιού													
	A-B-Γ (αναφ)												
	Δ-E-ΣΤ	-0,52±1,71	0,762	-0,29±0,76	0,699	-0,05±0,82	0,947	3,24±1,41	0,022	-0,82±0,47	0,085	0,36±0,57	0,531
Συναισθηματικές δυσκολίες													
		-3,43±0,59	<0,001	-1,02±0,27	<0,001	-2,00±0,28	<0,001	-1,33±0,49	0,006	0,07±0,16	0,655	-1,97±0,21	<0,001
Σωματικός πόνος/ ενοχλήματα													
		0,07±0,08	0,334	0,08±0,03	0,021	0,08±0,04	0,033	0,25±0,06	<0,001	0,25±0,02	<0,001	0,09±0,03	0,001

3.4 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου των παιδιών

Η διάσταση του πόνου χωρίστηκε σε 2 κατηγορίες με βάση το 25^ο εκατοστιαίο σημείο, έτσι ώστε το 1 να αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα πόνου και το 0 σε χαμηλά.

Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 12) δίνονται τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογαριθμιστικής ανάλυσης για την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών που έλαβαν μέρος στη μελέτη καθώς και με τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες συναισθηματικές δυσκολίες, προβλήματα διαγωγής, υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής και προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους.

Πίνακας 12

Υψηλά επίπεδα πόνου : πολυμεταβλητή λογαριθμιστική ανάλυση		Σχετικός λόγος/ odds ratio	95% ΔΕ	P
Ηλικία μητέρας		0,98	0,89 – 1,08	0,636
Ηλικία πατέρα		1,05	0,97 – 1,13	0,263
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	1,00*		
	Άλλο	1,46	0,47 – 4,48	0,513
Έτη εκπαίδευσης	≤12	1,00		
	>12	1,59	0,73 – 3,49	0,245
Γενική υγεία μητέρας	Πολύ καλή/άριστη	1,00		
	Κακή έως καλή	1,77	0,84 – 3,73	0,134
Ψυχική υγεία μητέρας	Πολύ καλή έως εξαιρετική	1,00		
	Κακή έως καλή	1,78	0,83 – 3,82	0,141
Φύλο παιδιού	Αγόρι	1,00		
	Κορίτσι	0,69	0,35 – 1,38	0,294
Τάξη παιδιού	A-B-Γ	1,00		
	Δ-E-ΣΤ	1,03	0,52 – 2,05	0,934
συναισθηματικές δυσκολίες		1,62	1,32 – 1,99	<0,001
προβλήματα διαγωγής		0,94	0,69 – 1,29	0,702
υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής		1,01	0,85 – 1,21	0,897
προβλήματα στις σχέσεις με συνομηλίκους		1,12	0,87 – 1,45	0,380

* δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα συναισθηματικές δυσκολίες.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Περίληψη κυρίων ευρημάτων

Η εργασία αυτή είχε ως στόχο τη διερεύνηση της σχέσης των σωματικών συμπτωμάτων πόνου, ως διάστασης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής», με διαστάσεις της ψυχικής υγείας σε παιδιά δημοτικού των πόλεων των Ιωαννίνων και των Αθηνών. Ελέγχθηκε η βασική υπόθεση ότι η ύπαρξη των σωματικών συμπτωμάτων πόνου σχετίζεται με τη ύπαρξη προβλημάτων της ψυχικής υγείας στην ηλικία αυτή. Τα ευρήματα έδειξαν να επιβεβαιώνουν τη βασική μας υπόθεση.

Συγκεκριμένα, ως προς τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τον πόνο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συναισθηματικές δυσκολίες, τα προβλήματα διαγωγής, η υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής και τα προβλήματα στις σχέσεις των παιδιών, σχολικής ηλικίας 6-12 ετών, με συνομηλικούς τους συσχετίζονται με τα *σωματικά συμπτώματα πόνου*, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους παράγοντες (φύλο και ηλικία παιδιού, έτη εκπαίδευσης μητέρας, γενική υγεία μητέρας, ψυχική υγεία μητέρας, οικογενειακή κατάσταση και ηλικία γονέων). Δηλαδή, όσο αυξάνουν οι αναφορές για την ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας, έτσι όπως αυτά αξιολογούνται στο SDQ, τόσο μειώνονται οι αναφορές των σωματικών συμπτωμάτων πόνου στα παιδιά και συνεπώς τόσο αυξάνεται ο πόνος.

Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ανέφεραν να έχουν κακή έως καλή ψυχική υγεία, φαίνεται να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα πόνου, από ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ανέφεραν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία.

Επιπλέον, από τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής βρέθηκε ότι *οι συναισθηματικές δυσκολίες* συσχετίζονται με τις εξής διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αξιολογούνται στο CHQ, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους παράγοντες (φύλο και ηλικία παιδιού, έτη εκπαίδευσης μητέρας, γενική υγεία μητέρας, ψυχική υγεία μητέρας, οικογενειακή κατάσταση και ηλικία γονέων) : *Γενική Υγεία, Ρόλος /κοινωνικός, περιορισμοί λόγω Συναισθηματικών δυσκολιών ή προβλημάτων Συμπεριφοράς, Συμπεριφορά, Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων, Οικογενειακή Συνοχή, Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα, Συναισθηματική επίπτωση στο Γονέα, Γενική Συμπεριφορά, Ευεξία, Αυτοεκτίμηση, Αλλαγή Υγείας.*

Συγκεκριμένα, φαίνεται να υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάστασης *συναισθηματικές δυσκολίες* με τις υπόλοιπες διαστάσεις ποιότητας ζωής, που αναφέρθηκαν προηγουμένως, εκτός από τη διάσταση *Αλλαγή Υγείας*, με την οποία προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση. Αυτό φανερώνει ότι όσο αυξάνονται οι *συναισθηματικές δυσκολίες* των παιδιών, τόσο παρατηρούνται αλλαγές στην υγεία τους, ενώ παράλληλα τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής τους.

Στη συνέχεια, ο *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* συσχετίζονται με τις εξής διαστάσεις της ποιότητας ζωής, έτσι όπως αξιολογούνται στο CHQ, ανεξάρτητα, από τους υπόλοιπους παράγοντες (φύλο και ηλικία παιδιού, έτη εκπαίδευσης μητέρας, γενική υγεία μητέρας, ψυχική υγεία μητέρας, οικογενειακή κατάσταση και ηλικία γονέων) : *Γενική Υγεία, Σωματική Λειτουργικότητα, Ρόλος/κοινωνικός, περιορισμοί λόγω προβλημάτων της Σωματικής υγείας, Περιορισμοί των Οικογενειακών Δραστηριοτήτων, Οικογενειακή Συνοχή, Περιορισμός του Προσωπικού Χρόνου του Γονέα, Γενική Συμπεριφορά, Ευεξία, Αυτοεκτίμηση, Αλλαγή Υγείας.*

Αναλυτικότερα, προκύπτει σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης *σωματικός πόνος και ενοχλήματα* με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής, που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Κάτι τέτοιο καταδεικνύει ότι όσο αυξάνονται οι αναφορές του *σωματικού πόνου και ενοχλημάτων* των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη, δηλαδή υπάρχει λιγότερος πόνος, τόσο καλύτερη είναι η ποιότητα ζωής τους.

Επιπλέον, από την πολυμεταβλητή λογαριθμιστική ανάλυση για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη, προέκυψε ότι η ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου συσχετίζεται ανεξάρτητα με την ύπαρξη *συναισθηματικών δυσκολιών στα παιδιά.*

Συγκεκριμένα, ο μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη υψηλού επιπέδου πόνου ήταν η διάσταση *συναισθηματικές δυσκολίες*. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνονται οι *συναισθηματικές δυσκολίες*, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα για υψηλού επιπέδου πόνου. Δηλαδή, στην αύξηση της βαθμολογίας των *συναισθηματικών δυσκολιών* των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη κατά 1 μονάδα, έπεται αύξηση της πιθανότητας να έχουν υψηλά επίπεδα πόνου κατά 1,62 φορές ή κατά 62%.

4.2 Περιορισμοί μελέτης

Απαραίτητη προϋπόθεση για την κατανόηση των ευρημάτων που αναδείχθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι η συνεκτίμηση των περιορισμών που τέθηκαν. Αυτοί οι περιορισμοί αφορούν το στοιχείο της μελέτης αλλά και του δείγματος.

Ο πρώτος περιορισμός αφορά στο περιορισμένο μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του δείγματος που επιλέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα. Το δείγμα επιλέχθηκε από αστική περιοχή των Ιωαννίνων και της Αθήνας και συγκεκριμένα από κάποια από τα σχολεία των πόλεων αυτών.

Δεύτερον, δεν συλλέχθηκαν δεδομένα από τα ίδια τα παιδιά με τη μορφή συνεντεύξεων από το παιδί. Η χρήση της αυτοαναφοράς (self – report) στη συγκεκριμένη μελέτη δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί, παρά μόνο στα παιδιά που φοιτούν στις 2 τελευταίες τάξεις του δημοτικού, αφού τα δύο εργαλεία αξιολόγησης των συμπτωμάτων πόνου, ως διάστασης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας, χρησιμοποιούν τις αυτοαναφορές, από την ηλικία των 10 ετών και άνω για το CHQ (Landgraf et al. 1996) και από 11 ετών και άνω για το SDQ (Goodman 1997).

Ένας άλλος περιορισμός έχει να κάνει με την περιορισμένη εκτίμηση των διαστάσεων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία εξαιτίας της χρήσης μονάχα του ερωτηματολογίου SDQ. Το συγκεκριμένο ανιχνευτικό εργαλείο αξιολογεί δυσκολίες, κυρίως, συμπεριφοράς εξετάζοντας συμπτώματα που αφορούν σε ευρύτερες κατηγορίες δυσκολιών στα παιδιά (Jones et al. 2003). Η παράλληλη χρήση διαφορετικών εργαλείων που αξιολογούν ποικίλες πλευρές της ψυχικής υγείας θα αποτελούσε ένα πολύ χρήσιμο μεθοδολογικά τρόπο για τη συσχέτιση της ψυχικής υγείας και των συμπτωμάτων πόνου σε μια μεγαλύτερη μελέτη παιδιών ηλικίας 6-12 ετών.

4.3 Συζήτηση κυρίων ευρημάτων

Η βασική υπόθεση της εργασίας αυτής αφορούσε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στα σωματικά συμπτώματα πόνου και τις συναισθηματικές δυσκολίες στα παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12 ετών). Τα ευρήματα φαίνεται να συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών.

Συγκεκριμένα, επιβεβαίωση των ανωτέρω ευρημάτων έρχεται από μια έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά ηλικίας 11 – 14 ετών σε σχολεία της βορειοδυτικής Βρετανίας σχετικά με τη συσχέτιση συμπτωμάτων καθολικού/γενικευμένου πόνου με συναισθηματικά

προβλήματα, προβλήματα συμπεριφοράς και άλλες σωματικές ενοχλήσεις (Jones et al. 2003). Η έρευνα αυτή έδειξε ότι τα συμπτώματα πόνου συσχετίζονται θετικά με συναισθηματικές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και με την ύπαρξη άλλων κοινών σωματικών ενοχλήσεων, όπως κεφαλαλγία, πονόλαιμος, στομαχικός πόνος και αίσθημα κόπωσης κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ακόμα, αυτοί οι παράγοντες, στην απουσία συμπτωμάτων πόνου, μπορεί να αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Στην έρευνα αυτή τα συναισθηματικά προβλήματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς αξιολογήθηκαν με βάση το ερωτηματολόγιο SDQ.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι συναισθηματικές δυσκολίες και τα προβλήματα διαγωγής αποτελούν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες στην ύπαρξη συμπτωμάτων σωματικού πόνου στα παιδιά. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από μια άλλη έρευνα που διεξήχθη με σκοπό τη συσχέτιση συμπτωμάτων μυοσκελετικού πόνου και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, που αξιολογήθηκαν με βάση το ερωτηματολόγιο SDQ (Watson et al. 2003). Ακόμα, μια φιλανδική έρευνα σε παιδιά σχολικής ηλικίας, συμπεραίνει ότι τα παιδιά με συμπτώματα καθολικού/γενικευμένου πόνου αναφέρουν να έχουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθηματικές δυσκολίες από τα παιδιά που δεν βιώνουν πόνο (Mikkelsen et al. 1998). Επιπλέον, σε έρευνα που διεξήγαγε ο Adamson και οι συνεργάτες του αναφορικά με τη συχνότητα των συμπτωμάτων πόνου, παιδιών σχολικής ηλικίας, ως προς τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και τα προβλήματα συμπεριφοράς, προέκυψε θετική συσχέτιση των προβλημάτων συμπεριφοράς που αξιολογούνται στο ερωτηματολόγιο SDQ με τα συμπτώματα πόνου της ράχης και του αυχένα των παιδιών (Adamson et al. 2007).

Επιπλέον, η ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου και στις συναισθηματικές δυσκολίες παιδιών επιβεβαιώνεται κι από άλλες δύο μελέτες (Roth-Isingkeit et al. 2005, Hunfeld et al. 2001). Μάλιστα, στην έρευνα της Roth-Isingkeit και των συνεργατών της σημειώνεται ότι ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (όπως ο θυμός ή προβλήματα εξωτερικευμένης συμπεριφοράς και οι συναισθηματικές δυσκολίες, μεταξύ άλλων) μπορούν αν πυροδοτήσουν συμπτώματα πόνου σε παιδιά και εφήβους.

Ορισμένες μελέτες, όμως, δεν επιβεβαιώνουν πλήρως τις ανωτέρω διαπιστώσεις. Υπήρξε μια μελέτη στη Φιλανδία που δεν επιβεβαίωσε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τα συμπτώματα πόνου (κυρίως μυοσκελετικού) στα παιδιά (Viikari-Juntura et al. 1991). Παρ' όλα αυτά, αξίζει να σημειωθεί ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αξιολογήθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη (αλεξιθυμία,

νοημοσύνη, κοινωνικότητα, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση γονέων), είναι διαφορετικοί από αυτούς που εξετάζει η παρούσα μελέτη, οπότε δεν μπορούμε να σημειώσουμε ότι η υπό αναφορά μελέτη δεν επιβεβαιώνει τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.

Επιπλέον, κάποιες έρευνες, αναφορικά με τη σχέση πόνου και εσωτερικευμένης και εξωτερικευμένης συμπεριφοράς στα παιδιά, δεν εντοπίζουν σχέση ανάμεσα στον πόνο και τις δυσκολίες εξωτερικευμένης συμπεριφοράς (McGrath et al. 1983, Walker et al. 1993, Walker & Greene 1989). Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένες έρευνες ήταν επικεντρωμένες στον κοιλιακό πόνο και στη κεφαλαλγία.

Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ανέφεραν να έχουν κακή έως καλή ψυχική υγεία, φαίνεται να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα πόνου, από ότι τα παιδιά, των οποίων οι μητέρες ανέφεραν πολύ καλή/εξαιρετική ψυχική υγεία. Πράγματι, έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τη σύνδεση συμπτωμάτων πόνου και ψυχικής υγείας σε γονείς και παιδιά, έχουν δείξει ότι οι γονείς παιδιών με συμπτώματα κοιλιακού επαναλαμβανόμενου πόνου και κεφαλαλγίας αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών (Mortimer et al. 1992, Hotopf et al. 1998, Walker et al. 1991).

Ακόμα, τα παιδιά, των οποίων οι γονείς πάσχουν από κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ταυτόχρονα κατάθλιψης και ιατρικών προβλημάτων, μεταξύ των οποίων είναι και οι κεφαλαλγίες (Kramer et al. 1998). Επιπλέον, οι γονείς που αξιολογούν ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει συναισθηματικού τύπου δυσκολίες και προβλήματα εξωτερικευμένης συμπεριφοράς, τείνουν να αναφέρουν ότι και οι ίδιοι πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη) (Forehand et al. 1982).

Βέβαια, είναι γεγονός ότι η ύπαρξη προβλημάτων εσωτερικευμένης συμπεριφοράς είναι σχετικά δύσκολο να διαπιστωθεί από άλλο άτομο, εκτός από αυτό που τα βιώνει (Edelbrock et al. 1986). Γι' αυτό, σημειώνεται στη βιβλιογραφία ότι είναι πολύ πιθανό οι μητέρες που αναφέρουν να έχουν κακή ψυχική υγεία (π.χ. διαταραχές διάθεσης) προβάλλουν πολλές φορές στα παιδιά τους τα δικά τους συμπτώματα ή έχουν ερμηνεύουν με δικό τους τρόπο διαφορετικές συμπεριφορές των παιδιών τους (Garber et al. 1998).

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου και στο φύλο των παιδιών, αν και βιβλιογραφικά σημειώνεται ότι τα κορίτσια βιώνουν πιο συχνά σωματικά συμπτώματα, εκτός του πόνου στη μέση, από τα αγόρια και ακόμα ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να τα βιώσουν (Perquin et al. 2000, Palermo et al. 2004,

Adamson et al. 2007). Κάτι τέτοιο, ίσως, θα μπορούσε να αποδοθεί στο περιορισμένο μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του δείγματος που επιλέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα. Επομένως, θα είχε ενδιαφέρον να επεκταθεί αυτή η προσπάθεια έρευνας με σκοπό να καλύψει μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό τμήμα του πληθυσμού των παιδιών σχολικής ηλικίας, συγκρίνοντας αποτελέσματα που προέρχονται από παιδιά και γονείς από αστικές και μη αστικές περιοχές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μπίμπου – Νάκου Ι., Κιοσέογλου Γ., Στογιαννίδου Α. 2000. Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών στο Σχολικό Πληθυσμό. Στο Ρούσσου Α. (επιμ.) *Θέματα Ψυχομετρίας στην κλινική πράξη και έρευνα* (σελ. 208-220). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Aaronson N. K., Meyerowitz B. E., Bard M. et al. 1991. Quality of Life Research in oncology, Past Achievements and Future Priorities. *Cancer*, Vol. 67; pp. 839-843.

Aaronson N. K. 1992. Assessing the quality of life of patients in cancer clinical trials: Common problems and common sense solutions. *European journal of cancer*, Vol. 28A; pp. 1304-7.

Achenbach T. M., McConaughy S. H., Howell C. T. 1987. Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*, Vol. 101; pp. 213-232.

Adamson G., Murphy S., Shevlin M., Buckle P., Stubbs D. 2007. Profiling schoolchildren in pain and associated demographic and behavioural factors: A latent class approach. *Pain*, Vol. 129; pp. 295-303.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington, DC: Author.

Anagnostis C., Gatchel, R. J., Mayer T. G., 2004. The Pain Disability Questionnaire: A New Psychometrically Sound Measure for Chronic Musculoskeletal Disorders. *Spine*, Vol. 29; pp. 2290-2302.

Andersen E. M. & Meyers A.R. 2000. Health-Related Quality of Life Outcomes Measure. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, Vol. 81; pp. 30-45.

Aromaa M., Sillanpää M., Rautava P., Helenius H. 2000. Pain Experience of Children With Headache and Their Families : A Controlled Study. *Pediatrics*, Vol. 106; pp.27-275.

Bellman M. H. & Paley C. E. 1993. Pain control in children. Parents underestimate children's pain. *BMJ*, Vol. 307; pp. 1563.

- Bille B. 1997. A 40 – year follow – up of schoolchildren with migraine. *Cephalalgia*, Vol. 17; pp. 488-491.
- Borge A. I. H. & Nordhagen R. 2000. Recurrent pain symptoms in children and parents. *Acta Paediatrica*, Vol. 89; pp. 1479 - 83.
- Bourdon K. H., Goodman R., Rae D. S., Simpson G., Koretz D. S. 2005. The Strengths and Difficulties Questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 44; pp. 557-64.
- Bradlyn A. S., Ritchey A. K., Harris C. V. et al. 1996. Quality of life research in pediatric oncology. Research methods and barriers, *Cancer*, No. 78; pp.1333-9.
- Calman K. C., 1984. Quality of life in cancer patients –an hypothesis. *Journal of medical ethics*, Vol.10; pp. 124-127.
- Carr A. J., Gibson B. Robinson P. G. 2001. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, Vol. 322; pp. 1240-1243.
- Chambers C. T., Reid G. J., Craig K. D., McGrath P. J., Finley G. A. 1998. Agreement Between Child and Parent Reports of Pain. *The Clinical Journal of Pain*, Vol. 14; pp. 336-342.
- Christie M. & French D. 1994. Assessment of Quality Life in Childhood Asthma. Harwood : Switzerland.
- Coulton C. J., Zborowsky E., Liprton J., Newman A. J. 1987. Assessment of the reliability and validity of the Arthritis Impact Measurement Scales for children with juvenile arthritis. *Arthritis Rheumatism*, Vol. 30; pp. 819-24
- Crushell E., Rowland M., Doherty M., Gormally S., Harty S., Bourke B., Drumm B. 2003. Importance of Parental Conceptual Model of Illness in Severe Recurrent Abdominal Pain. *Pediatrics*, Vol. 112; pp. 1368-1372.
- Cury C. R. & Golfeto J. H. 2003. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista brasileira de psiquiatria*, Vol. 25; pp. 139-45.

Dickey W. C. & Blumberg S. J. 2004. Revisiting the factor structure of the strengths and difficulties questionnaire: United States, 2001. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 43; pp. 1159-67

Du Y., Kou J., Coghill D. 2008. The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, Vol. 2; No. 8.

Edelbrock C., Costello A. J., Dulcan M. K., Conover N. C., Kala R. 1986. Parent-child agreement on child psychiatric symptoms accessed via structured interview. *Journal of child psychology and psychiatry*, Vol. 27; pp. 181-90.

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*, Vol.38; pp. 852–60.

Eisenberg N., Cumberland A, Spinrad T. L., Fabes R. A., Shepard S. A., Reiser M. et al. 2001. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing behavior. *Child Development*, Vol. 72; pp. 1112-1134.

Eiser C. 1997. Children's quality of life measures. *Archives in Diseases in Childhood*, Vol.77; pp. 350-354.

Eiser C., Havermans T., Craft A., Kernahan J. 1995. Development of a measure to assess the perceived illness experience after treatment for cancer. *Archives of Disease in Childhood*. Vol. 72; pp. 302-307.

Eiser C., Cotter I., Oades P., Seamark D., Smith R. 1999. Health-related quality-of-life measures for children. *International Journal of Cancer*, Vol. 83; pp 87 – 90.

Eiser C. & Morse R. 2001(a). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 84; pp. 205-211.

- Eiser C. & Morse R. 2001(b). Can parents rate their child's health related quality of life? Results of a systematic review. *Quality Of Life Research*, pp. 347-357.
- El - Metwally A., Halder S., Thompson D., Macfarlane G. J., Jones G. T. 2007. Predictors of abdominal pain in schoolchildren: a 4-year population-based prospective study. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 92; pp. 1094-1098.
- Farguhar M. 1995. Definitions of Quality of Life : a Taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 22; pp. 502-508.
- Fearon P. & Hotopf M. 2001. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*, Vol. 322; pp. 1145.
- Felce D. & Perry J. 1995. Quality of Life : Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16; pp.51-74.
- Forehand R., Wells K. C., McMahon R. J., Griest D., Rogers T. 1982. Maternal perceptions of maladjustment in clinicreferred children: An extension of earlier research. *Journal of Behavioral Assessment*, Vol. 4; pp. 145-151.
- Franck L. S., Greenberg C. S., Stevens B. 2000. Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*, Vol. 47; pp. 487-512.
- Garber J., Van Slyke D. A., Walker L. S. 1998. Concordance Between Mothers' and Children's Reports of Somatic and Emotional Symptoms in Patients with Recurrent Abdominal Pain or Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 26; pp. 381-391.
- Garcia-Munitis P., Bandeira M., Pistorio A., Magni-Manzoni S. N., Ruperto N., Schivo A., Martini A., Ravelli A. 2006. Level of Agreement Between Children, Parents, and Physicians in Rating Pain Intensity in Juvenile Idiopathic Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, Vol. 55; pp. 177-183.

Garratt A., Schmidt L., Mackintosh A., Fitzpatrick R. 2002. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*, Vol. 324; pp. 1417-1422.

Gill T. M. & Feinstein A. R. 1994. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. *JAMA*, Vol. 272; pp. 24-31.

Goldbeck L., Koffmane K., Lecheler J., Thiessen, K., Fegert J. M. 2007. Disease severity, mental health, and quality of life of children and adolescents with asthma, *Pediatric pulmonology*, Vol. 42; pp. 15-22.

Goodman R. 1994. A Modified Version of the Rutter Parent Questionnaire Including Extra Items on Children's Strengths: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 35; pp. 1483-1494.

Goodman R. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 38; pp. 581-600.

Goodman R. & Scott S. 1999. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 27; pp. 17-24.

Goodman R. 1999. The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40; pp. 791-799.

Goodman R., Ford T., Richards H., Gatward R., Meltzer H. 2000a. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 41; pp. 645-55.

Goodman R., Ford T., Simmons H., Gatward R., Meltzer H. 2000b. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 177; pp. 534-539.

- Goodman R. 2001. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 40; pp. 1337-45.
- Goodman R., Meltzer H., Bailey V. 2003. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry*, Vol. 15; pp. 173-177.
- Haas B. K. 1999. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 21; pp. 728-742.
- Harbeck C. & Peterson L. 1992. Elephants dancing in my head: A developmental approach to children's concept of specific pains. *Child Development*, Vol. 63; pp. 138-149.
- Harding L. 2001. Children's Quality of Life Assessments: A Review of Generic and Health Related Quality of Life Measures completed by Children and Adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 8; pp. 79-96.
- Hawes D. J. & Dadds M. R. 2004. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, Vol. 38; pp. 644-51.
- Higginson I. J. & Carr A. J. 2001. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, Vol. 322; pp. 1297-1300.
- 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*; Vol. 316; pp. 1196-1200.
- Humphrey G. B., Boon C. M. J., Van Linden Van den Heuvel G. F., Van de Wiel H. B. 1992. The occurrence of high levels of acute behavioral distress in children and adolescents undergoing routine venipunctures. *Pediatrics*, Vol. 90; pp. 87-91.

Hunfeld J. A. M., Perquin C. W., Duivenvoorden H. J. et al. 2001. Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 26; pp. 145-153.

Hunt S. M. 1997. The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, Vol. 6; pp. 205–212.

International Association for the study of Pain. 1979. Pain terms : a list with definitions and notes usage. *Pain*, pp.249-252.

Jenney M. E. & Campbell S. 1997. Measuring Quality of Life. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 77; pp. 347-354.

Jokovic A., Locker D., Guyatt G. 2004. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Quality of Life Research*, Vol. 13; pp. 1297–1307.

Jones G. T., Silman A. J., Macfarlane G. J. 2003. Predicting the Onset of Widespread Body Pain Among Children. *Arthritis & Rheumatism*, Vol. 48; pp. 2615–2621.

Juniper E. F., Guyatt G. H., Feeny D. H., Ferrie P. J., Griffith L.E., Townsend M. 1996. Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of Life Research*, Vol.5; pp. 36-46.

Klasen H., Woerner W., Wolke D. et al. 2000. Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European child & adolescent psychiatry*, Vol. 9; pp. 271–276.

Kramer R., Warner V., Olfson M., Ebanks C., Chaput F., Weissman M. 1998. General medical problems among the offspring of depressed parents: a 10-year follow-up. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 37; pp. 602-611.

Kristjánsdóttir G. 1996. Prevalence of self-reported back-pain in schoolchildren. A study of sociodemographic differences. *European Journal of Pediatrics*, Vol. 155; pp. 984–6.

Landesman S. 1986. Quality of Life and personal satisfaction : Definition and measurement issues. *Mental Retardation*, Vol. 24; pp. 141-143.

Landgraf J. M., Abetz L., Ware J. E. 1996. The Child Health Questionnaire (CHQ): a user's manual. 1st ed., Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center .

Landgraf J. M. & Abetz L. N. 1997. Functional Status and Well-Being of Children Representing Three Cultural Groups : Initial Self-Reports Using the CHQ – CF87. *Psychology and Health*, Vol. 12 ; pp. 839-854.

Landgraf J. M., Maunsell E., Speechley K. N., Bullinger M., Campbell S., Abetz L., Ware J. E. 1998. Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results. *Quality of life research*, Vol. 7; pp. 433-45.

Langeveld J. H., Koot H. M., Passchier J. 1997. Headache Intensity and Quality of Life in Adolescents. How are Changes in Headache Intensity in Adolescents Related to Changes in Experienced Quality of Life? *Headache*, Vol.37; pp. 37–42.

Lipani T. A. & Walker L. S. 2006. Children's Appraisal and Coping with Pain: Relation to Maternal Ratings of Worry and Restriction in Family Activities. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 31; No.7; pp. 667–673.

Manne S. L., Jacobsen P. B., Redd W. H. 1992. Assessment of acute pediatric pain: do child self-report, parent ratings, and nurse ratings measure the same phenomenon? *Pain*, Vol. 48; pp. 45-52.

Mansour M. E., Kotagal U., Rose B., Ho M., Brewer D., Roy-Chaudhury A., Hornung R. W., Wade T. J. & DeWitt T. G. 2003. Health-Related Quality of Life in Urban Elementary Schoolchildren. *Pediatrics*, Vol. 111; pp. 1372-1381.

Martin-Herz S. P., Smith M. S., McMahon R. J. 1999. Psychosocial factors associated with headache in junior high school students. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 24; pp. 13-23.

Marzocchi G. M., Capron C., Di Pietro M., Duran Tauleria E., Duyme M., Frigerio A., Gaspar M. F., Hamilton H., Pithon G., Simões A., Thérond C. 2004. The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European child & adolescent psychiatry*, Vol. 13; pp. 1140-6.

McGrath P. A. 1990. Pain in children: nature, assessment, and treatment. New York: Guilford.

McGrath P. J., Goodman J. T., Firestone P., Shipman R., Peters S. 1983. Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 58; pp. 888-890.

Mikkelsen M., Sourander A., Piha J., Salminen J. J. 1997. Psychiatric symptoms in preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia. *Pediatrics*, Vol. 100; pp. 220-227.

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*, Vol. 77; pp. 67-72.

Mortimer M. J., Kay J., Jaron A., Good P. A. 1992. Does a history of maternal migraine or depression predispose children to headache and stomachache? *Headache*, Vol. 32; pp. 353-355.

Muris P., Meesters C., Van den Berg F. 2003. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, Vol. 12; pp. 1-8.

Newacheck P. W & Taylor W. R. 1992. Childhood Chronic Illness : Prevalence, Severity and Impact. *American Journal of Public Health*, Vol. 82; pp. 364-371.

- Pal D. K. 1996. Quality of life assessment in children: a review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *J Epidemiol Community Health*, Vol. 50; pp. 391-396.
- Palermo T. M., Witherspoon D., Valenzuela D., Drotar D. D., 2004. Development and validation of the Child Activity Limitations Interview: a measure of pain-related functional impairment in school-age children and adolescents. *Pain*, Vol. 109; pp. 461–470.
- Perquin C. W., Hazebroek – Kampschreur A. A. Hunfeld J. A. et al. 2000. Pain in children and adolescents : a common experience. *Pain*, Vol. 87; pp.151-158.
- Petersen S., Brulin C., Bergström E. 2006. Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain*. Vol. 121; pp. 145-150.
- Pratsidou-Gertsis P., Vougiouka O., Tsitsami E., Ruperto N., Siamopoulou-Mavridou A., Dracou C., Daskas I., Trachana M., Alaleou V., Kanakoudi-Tsakalidou F. 2001. The Greek version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clinical and experimental rheumatology*, Vol. 19; pp. 76-80.
- Pulkkinen L. 1995. Behavioral Precursors to Accidents and Resulting Physical Impairment. *Child Development*, Vol. 66; pp. 1660-1679.
- Raat H., Landgraf J. M., Bonsel G. J., Gemke R. J., Essink-Bot M. L. 2002. Reliability and validity of the child health questionnaire-child form(CHQ-CF87) in a Dutch adolescent population. *Quality of Life Research*, Vol. 11; pp. 575–581.
- Raat H., Botterweck A. M., Landgraf J. M., Hoogeveen W. C., Essink-Bot M. L. 2005. Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.59; pp. 75-82.
- Ramos C. & Golfetoo C. J. H. 2003. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ) : a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 25; pp. 139-45.

Ravens-Sieberer U. & Bullinger M. 1998. Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, Vol.7; pp. 399-407.

Riley A.W. 2004. Evidence That School-Age Children Can Self-Report on Their Health. *Ambulatory Pediatrics*, Vol.4; pp. 371-376.

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*, Vol. 93; pp. 258-63.

Roth-Isigkeit A., Thyen U., Stöven H., Schwarzenberger J., Schmucker P. 2005. Pain Among Children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and Triggering Factors. *Pediatrics*, Vol. 115; pp. 152-162.

Ruchkin V., Kuposov R., Schwab-Stone M. 2007. The Strength and Difficulties Questionnaire: Scale Validation With Russian Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 63; pp. 861–869.

Ruperto N., Ravelli A., Pistorio A., Malattia C., Cavuto S., Gado-West L., Tortorelli A., Landgraf J M., Singh G., Martini A. et al. 2001. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ) in 32 countries. Review of the general methodology. *Clinical and experimental rheumatology*, Vol. 19; pp. 1-9.

Sanders M. R., Gravestock F. M., Wanstall K., Dunne M. 1991. The relationship between children's treatment-related behaviour problems, age and clinical status in cystic fibrosis. *Journal of Paediatric Child Health*, Vol. 27; pp. 290-294.

Sawyer M. G, Whitham J. N., Robertson D. M., Taplin J. E., Varni J. E., Baghurst P. A. 2004. The relationship between health-related quality of life, pain and coping strategies in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*, Vol. 43; pp. 325–330.

Spieth L. E. & Harris C.V. 1996. Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 21; pp. 175-193.

Solans M., Pane S., Estrada M. D., Serra-Sutton V., Berra S., Herdman M., Alonso J., Rajmil L. 2008. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value in Health*, Vol. 11; pp. 742 – 764.

Syed E. U., Hussein S. A., Mahmud S. 2007. Screening for emotional and behavioural problems amongst 5-11-year-old school children in Karachi, Pakistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 42; pp. 421-7.

Terre L. & Ghiselli W. 1997. A developmental perspective on family risk factors in somatization *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 42; pp. 197–208.

Theunissen N. C. M., Vogels T. G. C., Koopman H. M. et al. 1998. The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, Vol. 7; pp. 387–397.

Turk D. C. & Okifuji A. 2002. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70; pp. 678-690.

Vaalamo I., Pullkinen L., Kinnunen T., Kaprio J., Rose R. J. 2002. Interactive effects of internalizing and externalizing behaviors on recurrent pain in children. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 27; pp. 245-257.

Varni J. W., Katz E. R. , Seid M., Quiggins D. J. L., Friedman-Bender A., Castro S. M. 1998. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL). I. Instrument Development, Descriptive Statistics, and Cross-Informant Variance. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 21; pp.179-204.

Varni J. W., Burwinkle T.M., Seid M., Skarr D., 2003. The PedsQLy* 4.0 as a Pediatric Population Health Measure : Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Pediatrics*, Vol. 3; pp. 329 341.

Viikari-Juntura E., Vuori J., Silverstein B. A., Kalimo R., Kuosma E., Videman T. 1991. A life-long prospective study on the role of psychosocial factors in neck-shoulder and low-back pain. *Spine*, Vol. 16; pp. 1056-61.

Wake M., Hesketh K., Cameront F. 2000. The Child Health Questionnaire in children with Diabetes : Cross – Sectional Survey of Parents and Adolescent – Reported Functional Health Status. *Diabetic Medicine*, Vol. 17; pp 700-707.

Walker L. S. & Greene J. W. 1989. Children with recurrent abdominal pain and their parents: more somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families? *Journal of pediatric psychology*, Vol. 14; pp. 231-43.

Walker L. S., Garber J., Greene J. W. 1991. Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 19; pp. 379-394.

Walker L. S. & Zeman J. L. 1992. Parental response to child illness behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 67; pp. 957-973.

Walker L. S., Garber J., Greene J. W, 1993. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *Journal of abnormal psychology*, Vol. 102; pp. 248-58.

Watson K. D., Papageorgiou A. C., Jones G. T., Taylor S., Symmons D. P. M, Silmana A. J. et al. 2002. Low back pain in schoolchildren: occurrence and characteristics. *Pain*, Vol. 97; pp. 87–92.

Watson K. D., Papageorgiou A. C., Jones G. T., Taylor S., Symmons D. P. M., Silman A. J. et al. 2003. Low back pain in schoolchildren: the role of mechanical and psychosocial factors. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 88; pp. 12–7.

West N., Oakes L., Hinds P. S. et al. 1994. Measuring pain in pediatric oncology ICU patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, Vol.11; pp. 64-8.

World Health Organization. 1993. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization, 1994. Measurement of Quality of life in Children. Report of a WHO/IACAPAP Working Party (London, UK, 3-4 June 1993). *Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva.*

World Health Organization, 2000. Definition of Health. Διαθέσιμο στο : <http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html>.

<http://www.sdqinfo.com>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων οργανώνει έρευνα στα Ιωάννινα σχετικά με το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών που πηγαίνουν σε δημοτικά σχολεία της περιοχής μας.

Για τον σκοπό αυτό, θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο που αφορά εσάς και το παιδί σας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πρέπει να γίνει μόνο από την μητέρα.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα φανούν πολύ χρήσιμες και θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση της υγείας και της φροντίδας των παιδιών μας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι απολύτως ανώνυμη και θα διαφυλαχτεί το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται. Θα επιθυμούσαμε να συμπληρωθούν και να επιστραφούν ως το τέλος της εβδομάδας.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας
Ο επιστημονικός Υπεύθυνος της Έρευνας
Πέτρος Σκαπινάκης
Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σελίδα 1

Αύξων Αριθμός Ερωτηματολογίου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Οδηγίες: Οι ερωτήσεις σε αυτή και την επόμενη σελίδα πρέπει να συμπληρωθούν από τη μητέρα και αφορούν την ίδια. Αν έχετε ήδη συμπληρώσει το έντυπο αυτό για άλλο (ή άλλα) παιδιά παρακαλούμε να σημειώσετε τον αύξοντα αριθμό που υπήρχε στο κουτί πάνω δεξιά στο πρώτο έντυπο που συμπληρώσατε και να προχωρήσετε στο επόμενο τμήμα που αφορά τα Στοιχεία για το Παιδί σας (Σελίδα 3).

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

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

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

EP1. Πόσα αγόρια έχετε σε αυτό το σχολείο-----

EP2. Πόσα κορίτσια έχετε σε αυτό το σχολείο-----

EP3. Πόσα παιδιά έχετε συνολικά

(συμπεριλάβετε όλα τα παιδιά ανεξαρτήτως σχολείου)-----

EP4. Γεννήθηκα το έτος-----

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

EP6. Η οικογενειακή σας κατάσταση:

(σημειώστε ένα κουτί)

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

EP7. Το μορφωτικό σας επίπεδο:

(σημειώστε ένα κουτί)

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

Γύρισε Σελίδα →

EP8. Απασχόληση της μητέρας

(σημειώστε ένα κουτί)

- Είμαι μισθωτή στο δημόσιο τομέα ₁
Είμαι μισθωτή στον ιδιωτικό τομέα ₂
Είμαι αυτοαπασχολούμενη ₃
Είμαι άνεργη – δεν δουλεύω αλλά ψάχνω για δουλειά ₄
Είμαι συνταξιούχος ₅
Οικοκυρικά ₆
Άλλο ₇

EP9. Απασχόληση του πατέρα

(σημειώστε ένα κουτί)

- Είναι μισθωτός στο δημόσιο τομέα ₁
Είναι μισθωτός στον ιδιωτικό τομέα ₂
Είναι αυτοαπασχολούμενος ₃
Είναι άνεργος – δεν δουλεύει αλλά ψάχνει για δουλειά ₄
Είναι συνταξιούχος ₅
Οικοκυρικά ₆
Άλλο ₇

EP10. Καπνίζετε;

(σημειώστε ένα κουτί)

- Ναι ₁
Όχι ₂

EP11. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας το τελευταίο διάστημα είναι:

(σημειώστε ένα κουτί)

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

EP12. Πως νιώθετε ψυχολογικά το τελευταίο διάστημα;

(σημειώστε ένα κουτί)

- Εξαιρετικά ₁
Πολύ καλά ₂
Καλά ₃
Μέτρια ₄
Κακά ₅

EP1. Το έντυπο αυτό το συμπληρώνω για το παιδί μου που είναι:	(σημειώστε ένα κουτί) Αγόρι <input type="checkbox"/> ₁ Κορίτσι <input type="checkbox"/> ₂
EP2. Παρακολουθεί την τάξη του δημοτικού:	(σημειώστε ένα κουτί) Α' <input type="checkbox"/> ₁ Β' <input type="checkbox"/> ₂ Γ' <input type="checkbox"/> ₃ Δ' <input type="checkbox"/> ₄ Ε' <input type="checkbox"/> ₅ ΣΤ' <input type="checkbox"/> ₆

Η υγεία του παιδιού σας συνολικά

EP3. Γενικά, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία του παιδιού σας:	(σημειώστε ένα κουτί) Αριστη <input type="checkbox"/> ₁ Πολύ καλή <input type="checkbox"/> ₂ Καλή <input type="checkbox"/> ₃ Μέτρια <input type="checkbox"/> ₄ Κακή <input type="checkbox"/> ₅
--	--

Οι σωματικές δραστηριότητες του παιδιού σας

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

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

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

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

Οι καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού σας

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

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

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

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

Πόνος

EP7. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσο σωματικό πόνο ή πόσα σωματικά ενοχλήματα ένιωσε το παιδί σας;

(σημειώστε ένα κουτί)

- Καθόλου ₁
Πολύ ήπιο /α ₂
Ήπιο /α ₃
Μέτριο /α ₄
Δυνατό /ά ₅
Πολύ δυνατό /ά ₆

EP8. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσο συχνά είχε το παιδί σας σωματικό πόνο ή ενοχλήματα;

(σημειώστε ένα κουτί)

- Ποτέ ₁
Μια ή δυο φορές ₂
Μερικές φορές ₃
Αρκετά συχνά ₄
Πολύ συχνά ₅
Κάθε/σχεδόν κάθε μέρα ₆

Συμπεριφορά

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

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

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

EP10. Συγκρίνοντας το παιδί σας με άλλα συνομήλικά του, θα λέγατε γενικά ότι η συμπεριφορά του /της είναι:

(σημειώστε ένα κουτί)

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

Ευεξία

Οι παρακάτω φράσεις αφορούν τη διάθεση του παιδιού σας.

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετές φορές	Πολλές φορές	Σχεδόν πάντα
A. Του ερχόταν να κλάψει;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B. Αισθανόταν μοναξιά;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Γ. Ήταν εκνευρισμένο;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Δ. Έδειχνε ενοχλημένο ή αναστατωμένο;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ε. Έδειχνε χαρούμενο;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Αυτοεκτίμηση

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

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Πολύ ευχαριστημένο	Κάπως ευχαριστημένο	Ούτε ευχαριστημένο ούτε δυσαρεστημένο	Κάπως δυσαρεστημένο	Πολύ δυσαρεστημένο
A. Την απόδοσή του στο σχολείο;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B. Την απόδοσή του στις αθλητικές δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Γ. Τις σχέσεις του /της με τους φίλους του /της;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Δ. Την εξωτερική του /της εμφάνιση;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ε. Τις οικογενειακές του /της σχέσεις;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
ΣΤ. Τη ζωή του /της γενικά;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Η υγεία του παιδιού σας

Τα παρακάτω στοιχεία είναι γενικά για την υγεία.

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Σίγουρα αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Ούτε αλήθεια ούτε λάθος	Μάλλον λάθος	Σίγουρα λάθος
A. Το παιδί μου μοιάζει να είναι λιγότερο υγιές από τα άλλα παιδιά που ξέρω.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B. Το παιδί μου δεν αρρώστησε σοβαρά ποτέ.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

	Σίγουρα αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Ούτε αλήθεια ούτε λάθος	Μάλλον λάθος	Σίγουρα λάθος
Γ. Όταν κυκλοφορούν αρρώστιες το παιδί μου συνήθως τις κολλάει.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Δ. Πιστεύω ότι το παιδί μου θα έχει μελλοντικά πολύ καλή υγεία.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ε. Ανησυχώ για την υγεία του παιδιού μου περισσότερο από ότι οι άλλοι άνθρωποι για την υγεία των παιδιών τους.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

EP14. Σε σύγκριση με 1 χρόνο πριν, πως θα βαθμολογούσατε την υγεία του παιδιού σας τώρα;

(σημειώστε ένα κουτί)

- Πολύ καλύτερη τώρα από 1 χρόνο πριν ₁
- Κάπως καλύτερη τώρα από 1 χρόνο πριν ₂
- Περίπου το ίδιο τώρα από 1 χρόνο πριν ₃
- Κάπως χειρότερη τώρα από 1 χρόνο πριν ₄
- Πολύ χειρότερη τώρα από 1 χρόνο πριν ₅

Εσείς και η οικογένειά σας

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
A. Η σωματική υγεία του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
B. Η συναισθηματική κατάσταση και η συμπεριφορά του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Γ. Η ικανότητα συγκέντρωσης ή οι μαθησιακές δυνατότητες του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

	Όχι, δεν περιορίστηκε	Ναι, περιορίστηκε λιγάκι	Ναι, περιορίστηκε αρκετά	Ναι, περιορίστηκε πολύ
A. Της σωματικής υγείας του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
B. Της συναισθηματικής κατάστασης ή της συμπεριφοράς του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Γ. Της ικανότητας συγκέντρωσης ή των μαθησιακών δυνατοτήτων του παιδιού σας;	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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

(σημειώστε ένα κουτί σε κάθε γραμμή)

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

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

(σημειώστε ένα κουτί)

Άριστη	<input type="checkbox"/> ₁
Πολύ καλή	<input type="checkbox"/> ₂
Καλή	<input type="checkbox"/> ₃
Μέτρια	<input type="checkbox"/> ₄
Κακή	<input type="checkbox"/> ₅

Γύρισε Σελίδα →

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 20 ερωτήσεις κυκλώστε την απάντηση που πιστεύετε ότι εκφράζει περισσότερο το παιδί σας ακόμα και εάν δεν είστε σίγουρη ή η ερώτηση σας φαίνεται αστεία! Παρακαλούμε να απαντήσετε βασισμένη στην συμπεριφορά του παιδιού σας κατά τους τελευταίους έξι μήνες ή στην διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς.

1. Ανήσυχος/η και υπερδραστικός/α, δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολύ ώρα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
2. Παραπονείται συχνά για πονοκεφάλους, στομαχόπονους ή αδιαθεσία	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
3. Συχνά εκνευρίζεται ή χάνει την ψυχραιμία του/της	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
4. Είναι συνήθως μοναχικός/ή, συνήθως παίζει μόνος/η	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
5. Γενικά είναι υπάκουος/η, ή συνήθως κάνει ό,τι του/της ζητούν οι μεγαλύτεροι	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
6. Συχνά φαίνεται ανήσυχος/η, ή τον/την απασχολεί το παραμικρό	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
7. Συνεχώς στριφογυρίζει νευρικά ή δεν στέκεται ήσυχος/η, έχει νευρικότητα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
8. Έχει τουλάχιστον ένα φίλο/φίλη	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
9. Συχνά μαλώνει με άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει, τα φοβερίζει, τα κτυπά	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
10. Συχνά αισθάνεται στενοχώρια, λύπη ή απογοήτευση, ή κλαίει συχνά	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
11. Γενικά είναι συμπαθής στα άλλα παιδιά	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
12. Η προσοχή του/της διασπάται εύκολα, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
13. Σε καινούριες καταστάσεις είναι νευρικός/η ή δείχνει συμπεριφορά προσκόλλησης, εύκολα χάνει την αυτοπεποίθησή του/της.	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
14. Συχνά λέει ψέματα ή εξαπατά	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
15. Τα άλλα παιδιά τον/την έχουν στο μάτι ή τον/την κοροϊδεύουν, τον/την φοβερίζουν, τον/την κτυπούν	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
16. Πριν κάνει κάτι το μελετάει προσεκτικά	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
17. Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
18. Τα πηγαίνει καλύτερα με τους μεγάλους παρά με τα παιδιά	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
19. Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
20. Ολοκληρώνει συνήθως μια δουλειά που έχει αρχίσει, έχει καλή προσοχή	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει