

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΜΣ «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

**«Ύπνος και ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία παιδιών και εφήβων
με ανενεργή Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα»**

Τσίπουρα Γεωργία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ελένη Λαζαράτου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Παιδοψυχιατρικής, Α' Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών.

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος: Δημήτρης Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής
Ψυχολογίας – Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιστημονικά Υπεύθυνος
του ΠΜΣ.

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΜΕΡΟΣ Ι: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΝΟΥ	4
1.2 ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΥΠΝΟΥ	4
1.3 ΥΠΝΟΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	6
1.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΝΟΥ	8
1.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	10
1.6 ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΝΙΑ)	16
1.7 ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΝΙΑ	21
1.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΙΑ	22
ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	23
ΣΚΟΠΟΣ	24
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	24
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	25
ΔΕΙΓΜΑ	25
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	26
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	26
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΝΟΥ	26
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	27
ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	28
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	29
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	49
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	54
4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55
5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσία προβλημάτων ύπνου αποτελεί σύνηθες φαινόμενο καθόλη τη διάρκεια της αναπτυξιακής πορείας των παιδιών. Σε περιπτώσεις, ωστόσο, παιδιών που βιώνουν μία χρόνια ασθένεια, όπως είναι η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ), τα δεδομένα ερευνών είναι ελάχιστα αναφορικά με τη συχνότητα και την ένταση των προβλημάτων ύπνου, καθώς και της σχέσης αυτών με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την κατάσταση υγείας τους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης διαταραχών στον ύπνο των παιδιών και των εφήβων με ανενεργή Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα υπό θεραπεία, όπως και του επιπέδου της ποιότητας ζωής τους σε σχέση με την υγεία τους σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά, καθώς και της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ διαταραχών ύπνου και ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία αυτών των παιδιών.

Το δείγμα ασθενών αποτέλεσαν 50 παιδιά με διαγνωσμένη ΝΙΑ, 7 – 17 ετών, που παρακολουθούνταν στο τακτικό εξωτερικό Παιδορευματολογικό ιατρείο της Β' Πανεπιστημιακής Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παιδών «Παναγιώτης & Αγλαΐας Κυριακού» και 50 υγιή παιδιά, αντίστοιχης ηλικίας και φύλου. Όλες οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν σχετικά με τα δημογραφικά και ιατρικά στοιχεία (αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο), τις συνήθειες και τα προβλήματα ύπνου (ερωτηματολόγιο Children's Sleep Habits Questionnaire – CSHQ) και την ποιότητα ζωής σε σχέση με την κατάσταση της υγείας των παιδιών (η έκδοση για γονείς του KINDL^R) δόθηκαν από τους γονείς τους.

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.0. Για τα δημογραφικά δεδομένα έγιναν αναλύσεις περιγραφικής στατιστικής, ενώ για τη σύγκριση της συνολικής βαθμολογίας στις κλίμακες έγινε έλεγχος t-test. Η ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CSHQ, μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KINDL^R αλλά και μεταξύ των δύο τόσο σε επίπεδο συνόλου όσο και σε επίπεδο υγιών και ασθενών έγινε μέσω της μεθόδου Pearson r.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου τα παιδιά με ανενεργή ΝΙΑ, παρόλο που τα κλινικά σημεία και τα συμπτώματα της νόσου τους βρίσκονται σε πλήρη έλεγχο λόγω λήψη φαρμακευτικής αγωγής, εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά διαταραγμένο ύπνο ($p<0,01$) και χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με την κατάσταση υγείας τους ($p=0,02$). Επίσης, μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ($p<0,01$).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΝΟΥ

Σύμφωνα με τον ορισμό των Carskadon και Dement (2011), ο ύπνος ορίζεται ως «μία αναστρέψιμη κατάσταση αντιληπτικής αποδέσμευσης από το περιβάλλον και ως εκ τούτου μειωμένης αποκρισιμότητας σε αυτό. Πρόκειται για ένα περίπλοκο αμάλγαμα φυσιολογικών και συμπεριφορικών διαδικασιών».

1.2 ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ ΥΠΝΟΥ

Η δομή της υπνικής λειτουργίας συνίσταται από τρεις διακριτές ως προς τις ηλεκτρογκεφαλογραφικές καταγραφές, τις οφθαλμικές κινήσεις και την ένταση του μυϊκού τόνου καταστάσεις: την εγρήγορση, τον ύπνο μη ταχέων οφθαλμικών κινήσεων (non – rapid eye movement - NREM) και τον ύπνο ταχέων οφθαλμικών κινήσεων (rapid eye movement - REM) (Mindell & Owens, 2015).

Ο ύπνος NREM χωρίζεται σε τρία στάδια:

Στο στάδιο 1 συντελείται η μετάβαση από τη φάση της εγρήγορσης στη φάση του ύπνου. Χαρακτηρίζεται από κύματα χαμηλού δυναμικού μεικτής συχνότητας (άλφα, βήτα και θήτα), επιβράδυνση της μυϊκής κίνησης και χαμηλή απαντητικότητα σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Shakankiry, 2011). Το στάδιο αυτό αντιστοιχεί στο 2% - 5% της συνολικής υπνικής περιόδου, με τη διάρκειά του στον πρώτο υπνικό κύκλο να κυμαίνεται από 30 δευτερόλεπτα έως 5 λεπτά (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011).

Έπεται το 2^ο στάδιο, όπου θεωρείται ότι γίνεται η έναρξη του αληθινού ύπνου, καθώς μειώνεται ο μυϊκός τόνος και επιβραδύνονται ο ρυθμός της αναπνοής και οι καρδιακοί παλμοί (Shakankiry, 2011). Στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) εμφανίζονται κύματα υψηλότερου δυναμικού αλλά χαμηλής συχνότητας (θ,δ), καθώς και χαρακτηριστικές κυματομορφές, οι υπνικές άτρακτοι (sleep spindles), ριπές εγκεφαλικών κυμάτων, και τα συμπλέγματα K (K – complexes), απότομα, μεγάλου πλάτους αρνητικά κύματα που ακολουθούνται από ένα μικρότερο, πιο αργό θετικό κύμα (Mindell & Owens, 2015). Το στάδιο αυτό αντιστοιχεί στο 50% περίπου της συνολικής περιόδου, με τη διάρκειά του στον πρώτο υπνικό κύκλο να κυμαίνεται από 5 έως 25 λεπτά (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011).

Το 3^ο και τελευταίο στάδιο (παλαιότερα διακρινόταν σε στάδιο 3 και 4) ονομάζεται επίσης «βαθύς» ύπνος ή ύπνος βραδέων κυμάτων (slow wave sleep – SWS) ή δέλτα ύπνος λόγω του είδους των κυμάτων που επικρατούν στο ΗΕΓ, που είναι κύματα υψηλού δυναμικού με χαμηλή συχνότητα (Mindell & Owens, 2015). Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, η αναπνοή είναι αργή και ρυθμική, ο καρδιακός ρυθμός είναι μειωμένος και το σώμα βρίσκεται σε χαλάρωση (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011). Στο στάδιο αυτό, είναι πιο δύσκολο να επιτελεστεί η αφύπνιση και εάν γίνει, τότε το παιδί μπορεί να εμφανίζεται σε σύγχυση και να είναι αποπροσανατολισμένο (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011). Κυριαρχεί στις πρώτες ώρες της περιόδου ύπνου, με αντιστοιχία 20% περίπου της συνολικής περιόδου ύπνου και στον πρώτο υπνικό κύκλο να κυμαίνεται από 5 έως 25 λεπτά (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011).

Ο ύπνος REM ή «παράδοξος ύπνος» παρουσιάζει συνδυαστικά χαρακτηριστικά βαθέως και ελαφρύ ύπνου (Shakankiry, 2011). Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκειά του, επικρατούν ακανόνιστα, χαμηλής τάσεως, υψηλής συχνότητας κύματα, που υποδεικνύουν εγκεφαλική δραστηριότητα παρόμοια με εκείνη του επιπέδου εγρήγορσης, οι οφθαλμικές κινήσεις είναι γρήγορες, ο καρδιακός παλμός και ο ρυθμός της αναπνοής αυξάνονται, ενώ ο μυϊκός τόνος απουσιάζει (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011). Η έντονη εγκεφαλική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την πλήρη μυϊκή παράλυση που χαρακτηρίζουν αυτό το στάδιο εξηγεί τον όρο «παράδοξος» (Shakankiry, 2011). Ο πρώτος REM ύπνος διαρκεί περίπου 5 λεπτά και εμφανίζεται 70 – 100 λεπτά αφότου το άτομο έχει αποκοιμηθεί (Mindell & Owens, 2015).

Κατά τη διάρκεια της νύχτας, οι δύο αυτές φάσεις του ύπνου, ο ύπνος NREM και ο ύπνος REM, εναλλάσσονται κυκλικά 4 – 6 φορές. Κάθε κύκλος διαρκεί 90 – 110 λεπτά (Mindell and Owens, 2015). Στους πρώτους υπνικούς κύκλους, στην αρχή της νύχτας, κυριαρχεί ο ύπνος NREM, ο οποίος σταδιακά μειώνεται, ενώ αυξάνεται ο ύπνος REM (Mindell and Owens, 2015).

1.3 ΥΠΝΟΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης, η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου, όπως και η αρχιτεκτονική του υφίστανται αλλαγές, οι οποίες συμβαδίζουν με τις αλλαγές που σημειώνονται τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Αναλυτικότερα, η συνολική διάρκεια του ύπνου των νεογέννητων κυμαίνεται από 16 έως 18 ώρες ημερησίως και χωρίζεται σε πολλές υπνικές περιόδους, οι οποίες είναι σύντομες και απαρτίζονται από έναν ή δύο υπνικούς κύκλους, ο καθένας εκ των οποίων διαρκεί περίπου 45 – 60 λεπτά (Shakankiry, 2011; Sheldon et al, 2014). Στα νεογέννητα λόγω της ατελούς ανάπτυξης των κερκαδιανών ρυθμών, ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας όπως και της νύχτας είναι ακανόνιστος λόγω των συχνών ξυπνημάτων για λήψη τροφής (Bathory & Tomopoulos, 2017). Ο ύπνος τους διακρίνεται σε 3 είδη: τον ήσυχο ύπνο που προσιδιάζει στον NREM ύπνο, με μικρές μυϊκές κινήσεις και ρυθμική αναπνοή, τον ενεργό που αντιστοιχεί στον REM ύπνο, με τη διαφορά ότι παρατηρείται έντονη αδρή κινητικότητα εν αντιθέσει με τη μυϊκή παράλυση που χαρακτηρίζει τον REM ύπνο, και τον ακαθόριστο ύπνο (Bathory & Tomopoulos, 2017; Shakankiry, 2011). Μέχρι 3 μηνών, η μετάβαση στον ύπνο γίνεται μέσω του ενεργού ύπνου (REM), ο οποίος καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος, περίπου το 50%, επί της συνολικής διάρκειας ύπνου, ένα ποσοστό το οποίο μειώνεται φτάνοντας κοντά στα ενήλικα επίπεδα (25% - 30%) στην ηλικία του ενός έτους περίπου (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011).

Από 3 έως 12 μηνών το μοτίβο ύπνου – εγρήγορσης αρχίζει να διαμορφώνεται και να σταθεροποιείται. Η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου είναι περίπου 12 ώρες, ενώ κατά τη διάρκεια της ημέρας ο αριθμός των σύντομων ύπνων είναι 2 – 3, με συνολική διάρκεια 3 – 4 ωρών (Meltzer & Mindell, 2006). Μετά την ηλικία των 6 μηνών ολοκληρώνεται η υποδιαίρεση του NREM ύπνου στα επιμέρους 3 στάδια, οπότε και η αρχιτεκτονική του ύπνου τους προσιδιάζει αυτή των ενηλίκων (Mindell & Owens, 2015; Shakankiry, 2011).

Ο αριθμός των σύντομων ύπνων κατά τη διάρκεια της ημέρας ελαττώνεται σε έναν στις ηλικίες από 18 μηνών έως 3 ετών, ενώ από 3 – 5 ετών η συνολική διάρκεια ύπνου ημερησίως μειώνεται φτάνοντας τις 10 – 12 ώρες και αφορά στον νυχτερινό ύπνο, καθώς παύουν να υπάρχουν σύντομοι ύπνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας (Sheldon et al., 2014; Meltzer & Mindell, 2006).

Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας (6 έως 12 ετών), οι αργοί ρυθμοί ανάπτυξης αντικατοπτρίζονται και στη λειτουργία του ύπνου, όπου δεν σημειώνονται σημαντικές αλλαγές. Η συνολική ημερήσια διάρκεια ύπνου σε παιδιά σχολικής ηλικίας έχει μειωθεί στις 10 – 11 ώρες και αφορά στον νυχτερινό ύπνο, καθώς κατά τη διάρκεια της ημέρας παραμένουν σε εγρήγορση λόγω των αυξημένων κοινωνικών και σχολικών απαιτήσεων που τους θέτει το περιβάλλον τους (Meltzer & Mindell, 2006). Η αρχιτεκτονική του ύπνου τους τείνει να μοιάσει σε αυτή των ενηλίκων, αν και εντοπίζεται μία διαφορά στη διάρκεια των σταδίων ύπνου που είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με τους ενήλικες (Sheldon et al., 2014).

Φτάνοντας στην περίοδο της εφηβείας, η ένταση και η συχνότητα των αλλαγών που σημειώνονται σε επίπεδο σωματικό, γνωστικό και ψυχοκοινωνικό είναι το ίδιο αξιοσημείωτη όπως και στη νηπιακή ηλικία (Mindell & Owens, 2015). Η ημερήσια διάρκεια ύπνου μειώνεται στις 9 ώρες στην ηλικία των 13 ετών και στις 8 ώρες στην ηλικία των 16 ετών (Sheldon et al., 2014). Εν αντιθέσει με τα παιδιά σχολικής ηλικίας που η ώρα που πηγαίνουν για ύπνο το βράδυ όπως και η ώρα που ξυπνούν το πρωί είναι σταθερές ανεξαρτήτως ημέρας, στους εφήβους η διάρκεια του ύπνου τους διαφέρει, είναι μικρότερη, τις ημέρες που πηγαίνουν σχολείο από τις ημέρες που δεν έχουν σχολείο (Meltzer & Mindell, 2006). Η ανάγκη τους αυτή να καθυστερούν να κοιμηθούν το βράδυ και να ξυπνούν αργότερα το πρωί μπορεί να μην καθορίζεται μόνο από τις αυξημένες σχολικές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις (Mindell & Owens, 2015; Sheldon et al., 2014), αλλά και από τις ορμονικές αλλαγές που σημειώνονται την περίοδο της εφηβείας (Meltzer & Mindell, 2006). Λόγω του μειωμένου συνολικού ημερήσιου χρόνου ύπνου, ο έφηβος νιώθει έντονη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Mindell & Owens, 2015; Sheldon et al., 2014; Meltzer & Mindell, 2006).

1.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΝΟΥ

Η εκτίμηση των συμπεριφορών, των συνηθειών όπως και των διαταραχών ύπνου βασίζεται στη χρήση υποκειμενικών και αντικειμενικών εργαλείων μέτρησης του ύπνου (Cortese et al., 2014).

Ο υποκειμενικός τρόπος εκτίμησης του ύπνου βασίζεται στη συλλογή πληροφοριών από τους γονείς των παιδιών ή/και από τα ίδια τα παιδιά (μέσης παιδικής ηλικίας και εφηβείας) μέσω ημιδομημένων και δομημένων ερωτηματολογίων, όπως η Κλίμακα Διαταραχών Ύπνου στα Παιδιά (Sleep Disturbances Scale for Children), το Ερωτηματολόγιο Ύπνου για Παιδιά (Child Sleep Questionnaire) και το Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Ύπνου στα Παιδιά (Children's Sleep Habits Questionnaire)(Cortese et al., 2014).

Ένας ακόμη υποκειμενικός τρόπος συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με την ώρα ύπνου και αφύπνισης του ατόμου, τη συνολική διάρκεια ύπνου του συμπεριλαμβανομένου και του αριθμού σύντομων ύπνων κατά τη διάρκεια της ημέρας, όπως και τον αριθμό και τη διάρκεια των νυχτερινών αφυπνίσεων είναι και η τήρηση από το ίδιο από το παιδί, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του και το νοητικό του επίπεδο ή από τους γονείς του ενός ημερολογίου ύπνου (Mindell & Meltzer, 2008).

Σχετικά με τις αντικειμενικές μεθόδους αξιολόγησης της αρχιτεκτονικής του ύπνου (στάδια ύπνου και εγρήγορσης) και των διαταραχών ύπνου, μία αξιόπιστη διαγνωστική και ερευνητική μέθοδος θεωρείται ότι είναι η πολυυπνογραφική (polysomnography) (Cortese et al., 2014). Πρόκειται για μία εργαστηριακή μελέτη, η οποία περιλαμβάνει την καταγραφή μέσω ειδικών ηλεκτροδίων της ηλεκτροφυσιολογικής δραστηριότητας πολλών παραμέτρων κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπως είναι η ηλεκτρική εγκεφαλική δραστηριότητα, οι κινήσεις των ματιών και των μυών, όπως και η αναπνευστική λειτουργία (Cortese et al., 2014; Shakankiry, 2011). Η καταγραφή αυτή συνήθως γίνεται για 1 ή 2 νύχτες συνεχόμενες (Ward et al., 2012).

Μία δοκιμασία που απαιτεί εργαστηριακό πλαίσιο για τη διεξαγωγή της και που μπορεί να γίνει συνδυαστικά με την πολυϋπνογραφική μελέτη είναι η Πολλαπλή Δοκιμασία για τον Λανθάνοντα Χρόνο Έλευσης του Ύπνου (Multiple Sleep Latency Test), όπου το άτομο καλείται κατά τη διάρκεια της ημέρας να κοιμηθεί όσες φορές νιώσει την επιθυμία να κοιμηθεί χωρίς να αντισταθεί, προκειμένου να μετρηθεί ο λανθάνων χρόνος μέχρι την έλευση του ύπνου (Sheldon et al., 2014). Αυτό επαναλαμβάνεται αρκετές φορές μέσα στη μέρα και στο τέλος υπολογίζεται ο μέσος όρος των χρόνων που διήρκησαν αυτοί οι σύντομοι ύπνοι στις διάφορες δοκιμασίες, ο οποίος όσο χαμηλότερος είναι τόσο μεγαλύτερη είναι η υπνηλία που νιώθει το άτομο κατά τη διάρκεια της ημέρας (Cortese et al., 2014).

Μία ακόμη αντικειμενική μέθοδος μελέτης ύπνου είναι η ακτιγραφία (Cortese et al., 2014). Ο ακτιγράφος είναι ένα διαγνωστικό εργαλείο που μοιάζει με ρολόι, το οποίο λειτουργεί με μπαταρία και τοποθετείται στον καρπό του χεριού ή στον αστράγαλο του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου και για πολλές μέρες, προκειμένου να γίνει η καταγραφή μέσω ειδικών αισθητήρων του είδους, της συχνότητας και της έντασης της κίνησης που σημειώνεται σε καταστάσεις εγρήγορσης και ύπνου (Ward et al. 2012; Mindell & Meltzer, 2008). Με αυτόν τον τρόπο, συλλέγονται σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη συνολική διάρκεια ύπνου και εγρήγορσης καθώς και τον αριθμό των αφυπνίσεων (Ward et al. 2012).

1.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο της Αμερικάνικης Εταιρείας Διαταραχών Ύπνου, DSM – 5 (American Psychiatric Association, 2013), οι διαταραχές ύπνου διαχωρίζονται σε δυσυπνίες και παραϋπνίες.

1.5.1 ΔΥΣΥΠΝΙΕΣ

Οι δυσυπνίες αφορούν είτε σε δυσκολίες έναρξης ή συντήρησης του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας είτε σε υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Shakankiry, 2011).

1.5.1.1 ΑΪΠΝΙΑ (INSOMNIA)

Εννοιολογικά ο ορισμός της αϋπνίας είναι ίδιος είτε εμφανίζεται στα παιδιά είτε στους ενήλικες, σημαίνει δηλαδή τη σημαντική δυσκολία στην έλευση ή/και τη διατήρηση του ύπνου (Owens & Mindell, 2011). Η διαφορά έγκειται στον τρόπο που εκδηλώνεται σε παιδιά, κυρίως, μικρής ηλικίας, μέχρι 5 ετών, αν και μπορεί να διατηρηθεί και μετά τη μέση παιδική ηλικία (Owens, 2017; Owens & Mindell, 2011). Αρνούνται να ξεκινήσουν τη διαδικασία ύπνου ή κατά τη διάρκεια της νύχτας ξυπνούν πολλές φορές και δυσκολεύονται χωρίς την γονική παρέμβαση να επιστρέψουν σε κατάσταση ύπνου (Owens, 2017; Owens & Mindell, 2011). Πρόκειται, λοιπόν, για αϋπνία στην εμφάνιση της οποίας εμπλέκονται παράγοντες συμπεριφορικοί, η οποία χωρίζεται σε 3 υποτύπους (Mindell & Meltzer, 2008):

(1) **Τον τύπο συμπεριφορικής αϋπνίας που έχει σχέση με τις συνδέσεις που γίνονται για να επέλθει ο ύπνος (sleep – onset association type).** Το παιδί δυσκολεύεται να μεταβεί σε κατάσταση ύπνου ή να επιστρέψει σε αυτόν μετά την αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας, καθώς έχει μάθει να εξαρτάται από την παρουσία κάποιων ειδικών συνθηκών. Συνήθως, συναντάται σε παιδιά βρεφικής και νηπιακής ηλικίας (6 μηνών – 3 ετών) (Owens, 2017; Owens & Mindell, 2011; Shakankiry, 2011). Έχει σχέση με την αδυναμία των παιδιών να αυτοπαρηγορηθούν, μία ικανότητα που αναπτύσσεται τις πρώτες 12 εβδομάδες της ζωής του υπό την επίδραση παραγόντων ωρίμανσης και μάθησης (Owens & Mindell, 2011).

(2) **Τον τύπο που έχει σχέση με τη θέσπιση ορίων (limit – setting type).** Σε αυτήν την περίπτωση οι συμπεριφορές του παιδιού αφορούν στην άρνηση να πάει ή στο κρεβάτι του, στα επαναλαμβανόμενα αιτήματα και τις διαμαρτυρίες να μην κοιμηθεί, με αποτέλεσμα να υπάρχει καθυστέρηση στην ώρα επέλευσης του ύπνου (Owens, 2017; Owens & Mindell,

2011; Shakankiry, 2011). Είναι σύνηθες φαινόμενο σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορεί όμως και σε μεγαλύτερα παιδιά (Owens & Mindell, 2011).

(3) **Τον συνδυαστικό τύπο.** Σε αυτήν την περίπτωση και οι γονείς θέτουν ανεπαρκή ή καθόλου όρια στη συμπεριφορά των παιδιών τους αλλά και τα ίδια τα παιδιά έχουν ανάγκη τις αρνητικές συνδέσεις ύπνου για να κοιμηθούν και να επιστρέψουν στον ύπνο (Mindell & Owens, 2015).

Εκτός από τη συμπεριφορικού τύπου αϋπνία υπάρχει και η πρωτοπαθής ή ψυχοφυσιολογική αϋπνία, η συχνότητα της οποίας είναι μεγαλύτερη σε παιδιά προεφηβείας και εφηβείας (Owens & Mindell, 2011). Ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα αυτής της διαταραχής είναι η υπερβολική ανησυχία σχετικά με τη διαδικασία ύπνου όπως και ένα υπέρμετρο ενδιαφέρον για τις ενδεχόμενες ημερήσιες συνέπειες, ενώ συχνό παράπονό τους είναι η υπνηλία που νιώθουν (Owens & Mindell, 2011).

1.5.1.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΚΙΡΚΑΔΙΑΝΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ (CIRCADIAN RHYTHM DISORDERS)

Πρόκειται για διαταραχή που αφορά στην αδυναμία του ατόμου να συγχρονίσει τον εσωτερικό του κιρκαδιανό ρυθμό ύπνου – εγρήγορσης με τις εξωτερικές απαιτήσεις στο πρόγραμμα του ύπνου του (Cortese et al., 2014). Υπάρχουν διάφοροι τύποι της διαταραχής αυτής, με συνηθέστερο τον *Τύπο Καθυστέρησης της Φάσης του Υπνου* που ευθύνεται για το 10% περίπου των περιπτώσεων αϋπνίας και αφορά στην αδυναμία που συναντά το άτομο να μεταβεί σε κατάσταση ύπνου καθώς και να ξυπνήσει νωρίτερα, όπως υποδεικνύεται από τις απαιτήσεις του εξωτερικού του περιβάλλοντός του (Shakankiry, 2011). Συναντάται συνήθως στους εφήβους, ο ύπνος των οποίων εμφανίζεται σημαντικά και σταθερά καθυστερημένος κατά 2 ή περισσότερες ώρες από την επιθυμητή ώρα ύπνου, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ξυπνήσουν το πρωί και να εκφράζουν συχνά παράπονα αϋπνίας (Λαζαράτου, 2002; Shakankiry, 2011).

1.5.1.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΝΟΗ (SLEEP DISORDERED BREATHING)

Σε αυτήν την κατηγορία συγκαταλέγονται διαφορετικής βαρύτητας κλινικές καταστάσεις που προκαλούνται από ανωμαλίες του μηχανισμού της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου (Cortese et al., 2014). Η άπνοια μπορεί να είναι κεντρική, που υποδηλώνει δυσλειτουργία των αναπνευστικών νευρώνων του κέντρου της αναπνοής στον εγκέφαλο, αποφρακτική που λόγω εμποδίου (π.χ. υπερτροφία αδενοειδών ή αμυγδαλών) προκαλείται απόφραξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού και μεικτή, συνδυασμός δηλαδή κεντρικής και αποφρακτικής άπνοιας (Λαζαράτου, 2002).

Η πιο συχνή μορφή που εκδηλώνεται στα παιδιά κατά τη διάρκεια του ύπνου τους είναι το *Σύνδρομο Αποφρακτικής Άπνοιας* (Obstructive Sleep Apnea Syndrome) (Shakankiry, 2011). Αφορά στην επαναλαμβανόμενη διακοπή της αναπνοής για μερικά δευτερόλεπτα, το έντονο ροχαλητό καθώς και τις επανειλημμένες προσπάθειες του ατόμου να διευκολύνει τη φυσιολογική ροή του αέρα από το στόμα και τη μύτη του (Shakankiry, 2011).

Λόγω των αυξημένων, σύντομων αφυπνίσεων κατά τη διάρκεια της νύχτας, ο ύπνος τους χαρακτηρίζεται ως ανεπαρκής και ως εκ τούτου την επόμενη μέρα τα παιδιά αισθάνονται κουρασμένα, δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, είναι υπερκινητικά, συμπτώματα που ίσως επιβαρύνουν την σχολική τους επίδοση (Λαζαράτου, 2002).

1.5.1.4 ΝΑΡΚΟΛΗΨΙΑ (NARCOLEPSY)

Πρόκειται για μία χρόνια, νευρολογική διαταραχή με κύριο κλινικό της σύμπτωμα επεισόδια αιφνίδιας και ανεξέλεγκτης έλευσης ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας και ενώ το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση εγρήγορσης, τα οποία διαρκούν από 15 έως 30 λεπτά (Shakankiry, 2011). Τα επεισόδια ύπνου περιλαμβάνουν μόνο ύπνο REM, ο οποίος είναι αναζωογονητικός, και μπορεί να επανεμφανιστούν 2 – 3 ώρες αργότερα από την ολοκλήρωση του τελευταίου (Λαζαράτου, 2002). Ένα ποσοστό 50% - 70% των παιδιών σχολικής ηλικίας που πάσχουν από ναρκοληψία εμφανίζουν, συνήθως, και επεισόδια καταπληξίας που είναι σύντομα και απότομα επεισόδια απώλειας μυϊκού τόνου, που εκδηλώνονται σαν αντίδραση σε έντονα συναισθήματα, όπως θυμός, φόβος, έκπληξη, γέλιο (Cortese et al., 2014). Επίσης, ακόμα πιο σπάνια σε συχνότητα εμφάνισης είναι τα συμπτώματα της υπνικής παράλυσης (αδυναμία να κινηθούν στην έναρξη του ύπνου) και των υπναγωγικών ψευδαισθήσεων, που είναι αποτέλεσμα της απότομης εισβολής στοιχείων

ύπνου REM, ενώ το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση εγρήγορσης (Cortese et al., 2014; Shakankiry, 2011). Από επιδημιολογικές έρευνες βρέθηκε ότι το 1/3 περίπου των ενηλίκων με διάγνωση ναρκοληψίας ανέφερε ότι η έναρξη των συμπτωμάτων σημειώθηκε πριν την ηλικία των 15 ετών, ενώ ένα 10% πριν την ηλικία των 10 ετών (Cortese et al., 2014).

1.5.2 ΠΑΡΑΪΠΝΙΕΣ (PARASOMNIAS)

Η κατηγορία των παραϋπνίων απαρτίζεται από ένα σύνολο παθολογικών σωματικών συμπεριφορών ή γεγονότων που προκαλούνται από την ακατάλληλη χρονικά ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού και κινητικού συστήματος ή των γνωστικών λειτουργιών και που εισβάλλουν απότομα κατά τη διάρκεια του ύπνου (Shakankiry, 2011). Ανάλογα με το στάδιο ύπνου στο οποίο εμφανίζονται, ταξινομούνται σε παραϋπνίες NREM ή REM (Cortese et al., 2014). Αναλυτικότερα:

1.5.2.1 ΕΝΥΠΝΙΟΙ ΤΡΟΜΟΙ (*SLEEP TERRORS*)

Οι ενύπνιοι τρόμοι εμφανίζονται στο πρώτο μισό της νύχτας, συνήθως μία με δύο ώρες αφότου το άτομο έχει αποκοιμηθεί, κατά τη διάρκεια του ύπνου των βραδέων κυμάτων (στάδιο 3 του NREM ύπνου) (Shakankiry, 2011). Εκδηλώνονται με επεισόδια απότομης αφύπνισης, τα οποία ξεκινούν με μια κραυγή πανικού ή έντονο κλάμα και συνοδεύονται από σημεία διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος (αυξημένος καρδιακός παλμός, επιτάχυνση της αναπνοής, διεσταλμένες κόρες) (Cortese et al., 2014; Shakankiry, 2011). Το παιδί αδυνατεί να αλληλεπιδράσει με το περιβάλλον του, φαίνεται αποδιοργανωμένο και είναι απρηγόρητο, ενώ όταν ξυπνήσει δεν θυμάται τίποτα από το γεγονός (Cortese et al., 2014; Shakankiry, 2011). Συνήθως, αρχίζουν να εκδηλώνονται στο 1% - 6% μετά την ηλικία των 18 μηνών και υποχωρούν μετά τα 6 χρόνια (Λαζαράτου, 2002).

1.5.2.2 ΕΦΙΑΛΤΕΣ (NIGHTMARES)

Οι εφιάλτες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του REM ύπνου, στο τελευταίο μισό της νύχτας (Shakankiry, 2011). Πρόκειται για όνειρα με εξαιρετικά τρομακτικό περιεχόμενο που αν και προκαλούν την αφύπνιση του παιδιού, αυτό είναι σε θέση να ανακαλέσει και να περιγράψει λεπτομερειακά το περιεχόμενο του εφιάλτη του (Shakankiry, 2011). Επαναλαμβανόμενα περιστατικά εφιαλτών μπορεί να αποτελούν ένδειξη υπερβολικού άγχους (Shakankiry, 2011). Η συχνότητα εμφάνισής τους σε παιδιά ηλικίας 3 – 6 ετών κυμαίνεται από 10% έως 50% (Λαζαράτου, 2002).

1.5.2.3 ΥΠΝΟΒΑΣΙΑ (SLEEPWALKING or SOMNAMBULISM)

Επεισόδια υπνοβασίας σημειώνονται κατά τη μετάβαση από το τελευταίο στάδιο του NREM ύπνου στον ύπνο REM (Λαζαράτου, 2002). Κατά τη διάρκεια ενός υπνοβατικού επεισοδίου, το παιδί κάθεται στο κρεβάτι ή περπατάει με κινήσεις ασυντόνιστες και άσκοπες, ενώ το πρόσωπό του παραμένει ανέκφραστο και το βλέμμα του καθηλωμένο (Shakankiry, 2011). Η αφύπνιση γίνεται με δυσκολία, και εάν γίνει συνοδεύεται από σύγχυση και αποπροσανατολισμό. Την επόμενη μέρα έχει αμνησία του επεισοδίου. Τα επεισόδια αυτά εμφανίζονται συνήθως σε παιδιά ηλικίας από 4 – 12 ετών, με τα αγόρια να υπερισχύουν έναντι των κοριτσιών (Λαζαράτου, 2002; Shakankiry, 2011).

1.5.2.4 ΥΠΝΟΛΑΛΙΑ (SOMNILOQUY or SLEEP TALKING)

Αποτελεί την πιο συχνά απαντώμενη παραϋπνία σε παιδιά ηλικίας από 3 έως 13 ετών με ποσοστό που υπερβαίνει το 50%, η οποία όταν συνυπάρχει με υπνοβασία και ενύπνιους τρόμους μπορεί να συνιστά παθολογία (Cortese et al., 2014; Shakankiry, 2011).

1.5.2.5 ΒΡΟΥΞΙΣΜΟΣ ή ΤΡΙΓΜΟΣ ΔΟΝΤΙΩΝ (BRUXISM)

Το τρίξιμο των δοντιών συμβαίνει κυρίως στα στάδια 1 ή 2 του NREM ύπνου ή κατά τη διάρκεια των μερικών αφυπνίσεων ή των μεταβάσεων από το ένα στάδιο ύπνου στο άλλο (Shakankiry, 2011). Αφορούν σε ακούσιες και μη ελεγχόμενες κινήσεις της γνάθου που προκαλούν σφίξιμο και τρίξιμο των δοντιών (Λαζαράτου, 2002). Αποτελούν σύνθητες φαινόμενο σε παιδιά βρεφικής ηλικίας με συχνότητα 50%, ενώ η διάρκειά τους και η συχνότητά τους μειώνεται στη νηπιακή ηλικία (Λαζαράτου, 2002). Όταν εκδηλώνεται σε παιδιά σχολικής ηλικίας, θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα ανέκφραστου θυμού και συνιστά παθολογία.

1.5.2.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΡΥΘΜΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ (RHYTHMIC MOVEMENT DISORDER)

Αφορά ρυθμικές κινήσεις μεγάλων μυϊκών ομάδων, όπως το ρυθμικό χτύπημα του κεφαλιού στο κρεβάτι (headbanging) ή το κούνημα σώματος (bodyrocking), που εμφανίζονται στην προσπάθεια που καταβάλλει το παιδί να κοιμηθεί, αλλά μπορεί να παραταθεί και στο 1^ο στάδιο του ύπνου NREM (Shakankiry, 2011). Εκδηλώνεται πριν την ηλικία των 2 ετών και συνήθως υποχωρεί χωρίς θεραπεία.

1.5.2.7 ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΝΟΥΡΗΣΗ

Συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια του ύπνου NREM (Shakankiry, 2011). Αφορά σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια ακούσιας απώλειας ούρων κατά τη διάρκεια της νύχτας απουσία σαφούς οργανικής αιτιολογίας και χωρίς να συμβαδίζει με το νοητικό του επίπεδο (Λαζαράτου, 2002). Διακρίνεται σε πρωτοπαθή, όταν συνεχίζεται και πέραν του 5^{ου} έτους, ηλικία που θεωρείται ότι πρέπει να έχει κατακτηθεί ο πλήρης έλεγχος των σφιγκτήρων, και σε δευτεροπαθή, όταν το παιδί είχε επιτύχει έλεγχο της κύστης του για τουλάχιστον 6 μήνες, αλλά ξανάρχισε να βρέχεται (Λαζαράτου, 2002). Τα αίτια μπορεί να είναι και οργανικά (π.χ. μικρό μέγεθος ουροδόχου κύστης, λοίμωξη, βαρύς ύπνος), αλλά και ψυχογενή (π.χ. άγχος, φόβος), τα οποία συνδέονται με την εμφάνιση της δευτεροπαθούς μορφής νυκτερινής ενούρησης (Λαζαράτου, 2002).

1.6 ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (ΝΙΑ)

Η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα δεν αποτελεί μία ενιαία ασθένεια αλλά περιλαμβάνει όλες τις μορφές επίμονης αρθρίτιδας αγνώστου αιτιολογίας (ιδιοπαθής) που εκδηλώνονται πριν από την ηλικία των 16 ετών (Ravelli & Martini, 2007).

Αρθρίτιδα σημαίνει φλεγμονή που προσβάλλει τις αρθρώσεις προκαλώντας πόνο, οίδημα, ερυθρότητα, θερμότητα και δυσκαμψία. Η φλεγμονή που αναπτύσσεται στις αρθρώσεις προκαλείται όταν τα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος επιτίθενται, για άγνωστο λόγο, εναντίον των κυττάρων του αρθρικού υμένα, ο οποίος είναι ένας υμενώδης ιστός που περιβάλλει και προστατεύει τις αρθρώσεις (Giancane et al., 2016).

Ο όρος Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα αντικατέστησε δύο όρους που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα, τη Νεανική Χρόνια Αρθρίτιδα (Ευρώπη) και τη Νεανική Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (Αμερική) (Ravelli & Martini, 2007).

Ο προσδιορισμός της φύσης και έκτασης των σημείων και συμπτωμάτων της ΝΙΑ βασίζεται στην κλινική εξέταση, η οποία για να είναι πλήρης χρειάζεται να συνοδεύεται από εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις.

Σύμφωνα με τα αναθεωρημένα κριτήρια της International League of Associations for Rheumatology (ILAR) (2001) (Petty et al., 2004), η ΝΙΑ διακρίνεται σε επτά υποτύπους:

1. Ολιγοαρθρική ΝΙΑ (εμμένουσα ή επεκταθείσα)

Αποτελεί την πιο συχνή μορφή νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας, καθώς ευθύνεται για το 40% περίπου επί του συνόλου των περιπτώσεων που νοσούν από ΝΙΑ, με τα κορίτσια να υπερτερούν έναντι των αγοριών (4:1 αναλογία) και με τις περισσότερες πιθανότητες να επιτευχθεί μακροχρόνια ύφεση χωρίς θεραπεία (Weiss & Powite, 2007). Αυτής της μορφής η αρθρίτιδα προσβάλλει ασύμμετρα τις αρθρώσεις, ο αριθμός των οποίων, κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών της εμφάνισης της ασθένειας, δεν υπερβαίνει τις 4 (Ravelli & Martini, 2007). Σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης του ILAR, εάν καθ' όλη τη διάρκεια της κλινικής πορείας της νόσου η αρθρίτιδα περιορίζεται σε 4 ή λιγότερες αρθρώσεις, πρόκειται για την εμμένουσα μορφή της, ενώ στην περίπτωση που μετά τους πρώτους 6 μήνες, ο αριθμός των προσβεβλημένων αρθρώσεων ξεπερνά τις 4, τότε ορίζεται ως εμμένουσα ολιγοαρθρίτιδα (Giancane et al., 2016). Συνήθως, οι αρθρώσεις στις οποίες εντοπίζεται η αρθρίτιδα είναι των κάτω άκρων, και ιδιαιτέρως των γονάτων (Giancane et al., 2016). Μία από τις πιο σοβαρές εξωαρθρικές επιπλοκές της είναι η φλεγμονή του πρόσθιου τμήματος του οφθαλμού, που ονομάζεται ραγοειδίτιδα ή ιριδοκυκλίτιδα, η οποία λόγω της ασυμπτωματικής και ύπουλης εμφάνισής της, συνήθως διαφεύγει της έγκαιρης διάγνωσης

της με κίνδυνο να προκληθούν σοβαρές και μη αναστρέψιμες βλάβες στον οφθαλμό (Weiss & Powite, 2007). Παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης ιριδοκυκλίτιδας είναι η ανίχνευση θετικών Αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ANA) (Weiss & Powite, 2007).

2. Πολυαρθρική NIA, οροθετική ως προς το ρευματοειδή παράγοντα (RF⁺)

Σε αυτήν περίπτωση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων που γίνονται για την ανίχνευση στο αίμα του ρευματοειδούς παράγοντα, της πρωτεΐνης που παράγεται από το ανοσοποιητικό σύστημα και επιτίθεται στον υγιή ιστό, είναι θετικά (Ravelli & Martini, 2007). Κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών της ασθένειας, ο αριθμός των αρθρώσεων, μικρών και μεγάλων, που προσβάλλονται συμμετρικά από αρθρίτιδα είναι μεγαλύτερος του 5 (Ravelli & Martini, 2007). Από τη μορφή αυτή νοσούν περισσότερο τα κορίτσια και συνήθως μετά τα 10 τους χρόνια (Ravelli & Martini, 2007). Μία συχνή εξωαρθρική εκδήλωση, που δεν εντοπίζεται στις άλλες μορφές NIA, είναι η εμφάνιση, κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της εκδήλωσης της NIA, υποδόριων ρευματοειδών οζιδίων στον αγκώνα και τον πήχη του βραχίονα (Espinosa & Gottlieb, 2012; Ravelli & Martini, 2007).

3. Πολυαρθρική NIA, οροαρνητική ως προς το ρευματοειδή παράγοντα (RF⁻)

Ο ρευματοειδής παράγοντας δεν ανιχνεύεται στο αίμα. Εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, με τα κορίτσια να βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τα αγόρια (Weiss & Powite, 2007). Λόγω της μεγάλης ετερογένειας στην εκδήλωσή της, χωρίζεται περαιτέρω σε 3 υποκατηγορίες: (1) η πρώτη μοιάζει με την ολιγοαρθρική NIA στο ότι δεν προσβάλλει το ίδιο και τις δύο πλευρές του σώματος, εκδηλώνεται σε μικρή ηλικία κυρίως στα κορίτσια και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος παρουσίασης ιριδοκυκλίτιδας λόγω θετικών ANA, (2) η δεύτερη μοιάζει με την οροαρνητική RF πολυαρθρική αρθρίτιδα των ενηλίκων, καθώς προσβάλλει αμφοτερόπλευρα μικρές και μεγάλες αρθρώσεις, με ηλικία έναρξης τη σχολική ηλικία και ως προς την πρόγνωσή της ποικίλλει, (3) η τρίτη κατηγορία, γνωστή και ως «ξηρή» υμενίτιδα (drysynovitis), έχει και την πιο φτωχή πρόγνωση, καθώς δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία (Giancane et al., 2016).

4. Συστηματική ΝΙΑ

Προεξάρχον σύμπτωμα αυτής της μορφής είναι η παρουσία υψηλού πυρετού διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων που μπορεί να συνοδεύει ή να προηγείται της εκδήλωσης της αρθρίτιδας (Espinosa & Gottlieb, 2012). Για να τεθεί η διάγνωση αυτής της μορφής απαιτείται εκτός από την εκδήλωση του επίμονου πυρετού και ενός τουλάχιστον από τα ακόλουθα: εξάνθημα κατά τα πυρετικά επεισόδια, γενικευμένη διόγκωση λεμφαδένων, ήπατος ή σπληνός και φλεγμονή υμένων γύρω από την καρδιά (περικαρδίτιδα) ή τους πνεύμονες (πλευρίτιδα) (Giancane et al., 2016; Ravelli & Martini, 2007). Αυτό δείχνει ότι εκτός από τις αρθρώσεις προσβάλλονται και άλλα όργανα εξ ου και ο όρος συστηματική. Προσβάλλει με την ίδια συχνότητα, οποιασδήποτε ηλικίας, αγόρια και κορίτσια και ευθύνεται για το 10% περίπου επί του συνόλου των περιπτώσεων με ΝΙΑ (Espinosa & Gottlieb, 2012; Weiss, 2007). Είναι συμμετρική και εντοπίζεται σε πολλές αρθρώσεις (Giancane et al., 2016; Ravelli & Martini, 2007). Μέχρι να εκδηλωθεί η αρθρίτιδα, είναι δύσκολο να τεθεί η διάγνωση της συγκεκριμένης μορφής. Περίπου το 5% - 8% των περιπτώσεων με συστηματικής μορφής ΝΙΑ διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν το σύνδρομο διέγερσης μακροφάγων που αποτελεί μία απειλητική για τη ζωή του παιδιού επιπλοκή, καθώς λόγω της ανεξέλεγκτης ενεργοποίησης των T λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων, σημαντικά κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, προκαλείται πολυοργανική ανεπάρκεια (Ravelli & Martini, 2007).

5. Ψωριασική ΝΙΑ

Η διάγνωση της συγκεκριμένης μορφής ΝΙΑ απαιτεί την ταυτόχρονη παρουσία αρθρίτιδας και ψωριασικού τύπου εξανθήματος ή εάν απουσιάζει το εξάνθημα, αρθρίτιδας και δύο τουλάχιστον από τα ακόλουθα: δαχτυλίτιδα («αλλαντοειδές δάχτυλο» - η φλεγμονή ενός ολόκληρου δαχτύλου χεριού – ποδιού), ονυχόλυση (ο αποχωρισμός του νυχιού από την κοίτη του) ή εμφάνιση μικρών εντυπωμάτων (βοθρία) στην επιφάνεια του νυχιού, ψωρίαση σε πρώτου βαθμού συγγενείς (Espinosa & Gottlieb, 2012; Ravelli & Martini, 2007). Η αρθρίτιδα είναι ασύμμετρης μορφής και μπορεί να προσβάλλει μικρές και μεγάλες αρθρώσεις, πολλές ή και μόνο μία (Weiss & Płowite, 2007). Κίνδυνος εμφάνισης ιριδοκυκλίτιδας υπάρχει και σε αυτού του τύπου την αρθρίτιδα, λόγω των αυξημένων θετικών αντιπυρηγικών αντισωμάτων (Espinosa & Gottlieb, 2012; Ravelli & Martini, 2007). Η συχνότητα με την οποία εκδηλώνεται είναι μικρή (5% - 7%) (Weiss & Płowite, 2007). Η

πορεία της νόσου μπορεί να είναι μακροχρόνια με περιόδους υφέσεων και εξάρσεων (Weiss & Powite, 2007).

6. Αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα

Ενθέσεις ονομάζονται τα σημεία στα οποία εφάπτονται οι τένοντες ή οι σύνδεσμοι στα οστά. Η ενθεσίτιδα αφορά στην ανάπτυξη φλεγμονής σε αυτά τα σημεία, κυρίως στα πέλματα όπου καταφύεται η πελματιαία απονεύρωση και στις πτέρνες οι Αχίλλειοι τένοντες (Weiss & Powite, 2007; Ravelli & Martini, 2007). Εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 6 ετών και προσβάλλει κυρίως τα αγόρια (Ravelli & Martini, 2007). Ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής της μορφής της αρθρίτιδας είναι η αντίχνευση στο αίμα του παράγοντα HLA – B27, πρωτεΐνης που βρίσκεται στην επιφάνεια των κυττάρων του ανοσολογικού, και δηλώνει οικογενειακή προδιάθεση στη νόσο (Ravelli & Martini, 2007). Ανήκει στην κατηγορία των σπονδυλοαρθροπαθειών (Ravelli & Martini, 2007).

7. Αδιαφοροποίητη ή αταξινόμητη ΝΙΑ

Σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται όσοι ασθενείς είτε δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία από τις 6 προαναφερθείσες κατηγορίες είτε πληρούν τα κριτήρια για περισσότερες από 1 κατηγορίες (Giancane et al., 2016; Espinosa & Gottlieb, 2012; Ravelli & Martini, 2007; Weiss & Powite, 2007).

Βάσει του είδους της αρθρίτιδας και του επίπεδο ενεργότητάς της (εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της νόσου βρίσκονται σε ύφεση ή σε έξαρση) καθορίζεται και το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης που περιλαμβάνει φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ορθοπεδικές παρεμβάσεις, φυσικοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας). Η χορήγηση φαρμάκων δεν στοχεύει στην ίαση της νόσου, αλλά στον πλήρη έλεγχο των συμπτωμάτων της, δηλαδή στην ανακούφιση από τον πόνο και τον περιορισμό της φλεγμονής, ώστε να εμποδίσει την καταστροφή των αρθρώσεων και των οστών (Ravelli & Martini, 2007).

Αναφορικά με τις κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται είναι: (1) τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) που στοχεύουν στη συμπτωματική θεραπεία (ανακούφιση των συμπτωμάτων) και έχουν τις λιγότερες παρενέργειες (Giancane et al., 2016). Η κύρια δράση τους αφορά στο ότι εμποδίζουν την παραγωγή προσταγλανδίνης, μίας κυτοκίνης που οδηγεί στην ανάπτυξη φλεγμονής (Weiss & Powite, 2007). (2) Τα κορτικοστεροειδή που χορηγούνται με ενδοαρθρική έγχυση στις περιπτώσεις όπου υπάρχει έντονος πόνος και σοβαρού βαθμού φλεγμονή σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις (Ravelli & Martini, 2007). (3) Τα συνθετικά (μεθοτρεξάτη) και βιολογικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα (Disease Modifying Antirheumatic Drugs - DMARDs). Η μεθοτρεξάτη είναι φάρμακο πρώτης εκλογής δεύτερης σειράς λόγω της αποτελεσματικότητάς του στην επιβράδυνση της προόδου της νόσου. Χορηγείται παρεντερικά ή από το στόμα σε περιπτώσεις επίμονης, ενεργής αρθρίτιδας (Ravelli & Martini, 2007). Οι βιολογικοί παράγοντες (π.χ. abatacept, etanercept) χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις επίμονες ως προς την παρουσία φλεγμονής που δεν ανταποκρίνονται θετικά στα προαναφερόμενα ανοσοτροποποιητικά (Giancane et al., 2016).

1.7 ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΝΙΑ

Ο ύπνος στα παιδιά που έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από ΝΙΑ φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα διαταραγμένος, αν και οι πληροφορίες που υπάρχουν σχετικά με τη συχνότητα και την ένταση των δυσκολιών ύπνου τους είναι ανεπαρκείς λόγω μικρού αριθμού και χαμηλής μεθοδολογικά ποιότητας ερευνών (Stinson et al., 2014).

Μελέτες που βασίστηκαν σε υποκειμενικές μετρήσεις έδειξαν ότι τα προβλήματα ύπνου που αναφέρουν οι γονείς των παιδιών με ΝΙΑ μπορεί να αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης διαταραχών ύπνου, όπως αϋπνίας, διαταραγμένης αναπνοής που σχετίζεται με τον ύπνο, παραϋπνιών, ημερήσιας υπνηλίας (Ward et al., 2014; Shyen et al., 2014; Ward et al., 2011; Hrelac et al., 2010; Ruberto et al., 2010; Long et al., 2008; Bloom et al., 2002). Ειδικότερα, η έλευση του ύπνου παρουσίαζε μεγαλύτερη καθυστέρηση σε αυτά τα παιδιά. Είχαν περισσότερες νυχτερινές αφυπνίσεις και άγχος σχετικά με τον ύπνο. Αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα που σχετίζονταν με διαταραγμένη αναπνοή κατά τη διάρκεια του ύπνου τους. Επίσης, είχαν περισσότερες παραϋπνίες και μεγαλύτερη ημερήσια υπνηλία.

Ελάχιστα δεδομένα έχουν, επίσης, συγκεντρωθεί σχετικά με την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου σε παιδιά με ΝΙΑ και από μελέτες με πολυϋπνογράφημα. Ειδικότερα, σε μία μελέτη των Passarelli et al. (2006) βρέθηκε ότι τα παιδιά που έπασχαν από ΝΙΑ σημείωσαν μειωμένο συνολικό χρόνο ύπνου, μεγαλύτερο αριθμό σύντομων αφυπνίσεων, όπως και αυξημένες κινήσεις ποδιών συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, μεγαλύτερη ήταν στην ομάδα των ασθενών και η δραστηριότητα κυμάτων α κατά τη διάρκεια του NREM ύπνου. Μία άλλη μελέτη των Ward et al. (2008) έδειξε ότι τα παιδιά με ενεργή μορφή ΝΙΑ παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη επάρκεια ύπνου, μεγαλύτερο αριθμό αφυπνίσεων και μικρότερο λανθάνοντα χρόνο έναρξης ύπνου σε σύγκριση με τα παιδιά που η ΝΙΑ ήταν ανενεργή.

Σε έρευνα που χρησιμοποιήθηκε πολυϋπνογράφημα σε συνδυασμό με MLTS δοκιμασία τα παιδιά με ενεργή ΝΙΑ είχαν συντομότερο μέσο όρο λανθάνοντος χρόνου έλευσης ύπνου απ' ό,τι τα παιδιά με ανενεργή, ήταν δηλαδή ελαφρώς πιο νυσταλέα, καθώς επίσης ροχάλιζαν κατά το μεγαλύτερο μέρος της διάρκειας του ύπνου τους, είχαν μέτρια διαταραγμένη αναπνοή και ημερήσια υπνηλία (Ward et al., 2010).

1.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΙΑ

Η έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία (health – related quality of life) αφορά στην αντίληψη που έχει το ίδιο το άτομο σχετικά με το πώς επηρεάζει η κατάσταση της υγείας του ή η ασθένειά του, και σε αυτήν την περίπτωση και η θεραπεία του, σημαντικές πτυχές της λειτουργικότητάς του σε επίπεδο σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία των παιδιών με ΝΙΑ βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα απ' ό,τι των παιδιών που είναι υγιή, με τον τομέα της σωματικής ευεξίας να πλήττεται περισσότερο από τον ψυχοκοινωνικό και το συναισθηματικό, καθώς η ασθένεια προκαλεί σημαντικό πόνο, δυσκαμψία και περιορισμό των κινήσεων (Haverman et al., 2012; Oliveira et al., 2007). Ο παράγοντας πόνος όπως και η ενεργότητα της ασθένειας σχετίζονταν αρνητικά και με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών (Amine et al., 2009; Gutierrez-Suarez et al., 2007). Σε μία άλλη μελέτη που εξετάστηκε και η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου τόσο σε σχέση με την ένταση του πόνου που προκαλεί η ασθένεια όσο και με την ποιότητα της ζωής των παιδιών φάνηκε ότι υπήρχε σημαντική αρνητική συσχέτιση χωρίς όμως να μπορεί να προσδιοριστεί εάν ο διαταραγμένος ύπνος είναι η αιτία για τα υψηλότερα επίπεδα πόνου και τη φτωχότερη ποιότητα ζωής (Aviel et al., 2011).

Ακόμα και σε περιπτώσεις που τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της ΝΙΑ ήταν ήπιας έντασης ή βρίσκονταν σε πλήρη έλεγχο (π.χ. αναστολή της φλεγμονής, ανακούφιση από τον πόνο) λόγω λήψης φαρμακευτικής αγωγής με βιολογικούς παράγοντες αλλά και χωρίς θεραπεία, το επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία αυτών των παιδιών εξακολουθούσε να είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλίκους τους (Seid et al., 2009). Σε μία άλλη μελέτη με δείγμα παιδιών που λάμβανε μεθοτρεξάτη, βρέθηκε ότι η ποιότητα της ζωής τους ήταν υψηλότερη μόνο σε όσα παιδιά δεν αντιμετώπιζαν τις παρενέργειες που προκαλεί το συγκεκριμένο φάρμακο (Mulligan et al., 2015). Όσα είχαν να αντιμετωπίσουν το βάρος, ψυχολογικό και σωματικό, που προκαλεί η καθημερινή λήψη της θεραπευτικής αγωγής (Aviel et al., 2011), αυτά τα παιδιά είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία τους, αν και τα συμπτώματα που σχετίζονταν με την ασθένεια είχαν αποτελεσματικά αντιμετωπιστεί.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης διαταραχών στον ύπνο των παιδιών και των εφήβων με ανενεργή Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα υπό θεραπεία, όπως και του επιπέδου της ποιότητας ζωής τους σε σχέση με την υγεία τους σε σύγκριση με τα υγιή παιδιά, καθώς και της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ διαταραχών ύπνου και ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία αυτών των παιδιών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι κύριες ερευνητικές υποθέσεις είναι:

1. Τα παιδιά και οι έφηβοι με ανενεργή Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα σε σχέση με τα υγιή παιδιά θα εμφανίσουν της ίδιας συχνότητας διαταραχές στον ύπνο τους.
2. Η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία τους των δύο ομάδων, ασθενών και υγιών, θα κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα.
3. Η ύπαρξη διαταραχών ύπνου θα σχετίζεται αρνητικά με το επίπεδο ποιότητας ζωής των παιδιών με ανενεργή μορφή ΝΙΑ.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν 50 παιδιά (16 αγόρια και 34 κορίτσια) που είχαν ήδη διαγνωσθεί με ΝΙΑ, η οποία βρισκόταν σε ύφεση λόγω λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Η ομάδα αυτή των ασθενών προήλθε από άτομα που επισκέπτονταν το τακτικό εξωτερικό παιδορευματολογικό ιατρείο της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων "Παναγιώτης & Αγλαΐας Κυριακού", τα οποία για να συμμετέχουν στην έρευνα έπρεπε εκτός από τα ηλικιακά κριτήρια (7 – 17 ετών), να μη νοσηλεύονται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας. Επίσης, οι γονείς τους, οι οποίοι θα συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια ως εκπρόσωποί τους, χρειαζόταν να έχουν επαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας. Τέλος, αποκλείονταν από τη μελέτη όσα παιδιά υπήρχε συννοσηρότητα (π.χ. Διαταραχή Διάσπασης Προσοχής με/χωρίς Υπερκινητικότητα, Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές ή άλλη ψυχιατρική νόσος).

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε μια ομάδα ελέγχου που τη συνέθεταν 50 παιδιά (14 αγόρια και 36 κορίτσια), ηλικίας 7 – 17 ετών, χωρίς αναφερόμενα προβλήματα.

Από τους 53 γονείς παιδιών που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα, οι 50 ανταποκρίθηκαν θετικά (ποσοστό συμμετοχής 94,3%), ενώ ένα ποσοστό 5,7% δήλωσε άρνηση.

Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων έπονταν της προγραμματισμένης ιατρικής τους επίσκεψης στο συγκεκριμένο τμήμα. Αναλυτικότερα, εφόσον ολοκληρωνόταν η κλινική εξέταση των παιδιών από την υπεύθυνη του τμήματος παιδορευματολόγο, γινόταν αρχικά μία επιγραμματική αναφορά του σκοπού της μελέτης από την ίδια την ερευνήτρια. Σε όσους γονείς ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν δινόταν ένα έντυπο ενημέρωσης συγκατάθεσης (παράρτημα 4), πριν να ξεκινήσει η χορήγηση των απαιτούμενων ερωτηματολογίων.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών, ηλικία και φύλο παιδιού κατασκευάστηκε και δόθηκε προς συμπλήρωση στους γονείς των παιδιών ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε και ερωτήματα σχετικά με την ασθένεια του παιδιού, όπως έναρξη νόσου, αριθμός νοσηλείων και διάρκεια αυτών, λήψη και είδος φαρμακευτικής αγωγής (παράρτημα 1).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΝΟΥ

Για την εκτίμηση των συνηθειών, δυσκολιών και προβλημάτων που αφορούν στον ύπνο, οι γονείς των παιδιών απάντησαν το ερωτηματολόγιο ύπνου Children's Sleep Habits Questionnaire (Owens et al., 2000). Περιλαμβάνει 45 ερωτήματα, αλλά στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν τα 33, καθώς παραλείφθηκαν όσα είχαν ασαφές περιεχόμενο ή διφορούμενο τρόπο απάντησης (Owens et al., 2000). Τα 33, λοιπόν, ερωτήματα ομαδοποιήθηκαν εννοιολογικά στις εξής 8 κατηγορίες: αντίσταση έναρξης ύπνου, καθυστέρηση έλευσης ύπνου, διάρκεια ύπνου, άγχος σχετικά με τον ύπνο, νυχτερινές αφυπνίσεις, παραϋπνίες, διαταραγμένη αναπνοή στον ύπνο και ημερήσια υπνηλία.

Οι γονείς καλούνταν να ανακαλέσουν συνήθειες, συμπεριφορές και δυσκολίες σχετικές με τον ύπνο του παιδιού τους, τις οποίες εκδήλωσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, και να βαθμολογήσουν τη συχνότητα εμφάνισής τους σε μια κλίμακα Likert 3 βαθμίδων που περιελάμβανε τους χαρακτηρισμούς “Συνήθως”, “Μερικές φορές” και “Σπάνια”. Στην κάθε υποκλίμακα υπολογίζεται μια βαθμολογία που προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των ερωτημάτων που απαρτίζουν αυτήν την υποκλίμακα. Υψηλές βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερη διαταραχή ύπνου. Επίσης, υπολογίζεται μία συνολική βαθμολογία για το σύνολο των υποκλιμάκων. Για να θεωρηθεί ότι ο ύπνος του παιδιού είναι διαταραγμένος, χρειάζεται η συνολική βαθμολογία να είναι μεγαλύτερη του 41, που αποτελεί και το κατώτερο όριο του ερωτηματολογίου (Owens et al., 2000).

Χαρακτηρίζεται από επαρκή εσωτερική συνοχή, αξιοπιστία μεταξύ εξέτασης – επανεξέτασης και εγκυρότητα.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο CSHQ είναι μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο σε ελληνικό πληθυσμό, υγιή και κλινικό, και έχει εγκαθιδρυμένα μετρικά χαρακτηριστικά (δομημένη αξιοπιστία και εγκυρότητα) (Dikeos et al., 2015) (παράρτημα 2).

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Για την εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία των παιδιών του δείγματος χορηγήθηκε στους γονείς τους το ερωτηματολόγιο KINDL^R, η έκδοση για γονείς παιδιών 7 – 17 ετών (παράρτημα 3).

Η αρχική Γερμανική έκδοση του ερωτηματολογίου, το KINDL, έγινε από την Bullinger M. και τους συνεργάτες της (1994). Στη συνέχεια, ανασκευάστηκε από την Ravens – Sieberer U. και Bullinger M. (1998α, 1998β, 2000).

Περιλαμβάνει 24 ερωτήματα που καλύπτουν θέματα που αφορούν στους εξής 6 άξονες: (1) σωματική ευεξία, (2) συναισθηματική ευεξία, (3) αυτοεκτίμηση, (4) οικογενειακές σχέσεις, (5) κοινωνικές σχέσεις, (6) σχολείο. Καθεμία από αυτές τις κατηγορίες περιέχει 4 ερωτήματα. Επιπλέον, υπάρχει μία υποκλίμακα που τιτλοφορείται «ασθένεια», η οποία περιλαμβάνει 6 ερωτήματα, η συμπλήρωση των οποίων γίνεται μόνο στις περιπτώσεις που οι γονείς απαντήσουν θετικά στην αρχική ερώτηση «φίλτρο» για το εάν το παιδί τους νοσηλεύεται ή αντιμετωπίζει μία μακροχρόνια πάθηση. Σε κάθε ερώτηση οι γονείς καλούνται να επιλέξουν μία από τις εναλλακτικές απαντήσεις που τους δίνονται, ταξινομημένες σε μία συνεχή σειρά, οι οποίες κυμαίνονται ανάμεσα σε απαντήσεις του τύπου «ποτέ», «σπάνια», «μερικές φορές», «συχνά», «συνεχώς» και οι οποίες βαθμολογούνται σε κλίμακα πενταμερούς συχνότητας (ο βαθμός 5 αποδίδεται στο «συνεχώς» και ο βαθμός 1 στο «ποτέ»). Υψηλές βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη καλού επιπέδου ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία.

Ο βαθμός αξιοπιστίας για τις περισσότερες υποκλίμακες και δείγματα είναι υψηλός (Cronbach's >0.70).

Η πρώτη προσαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό (Βιδάλης Α.) ολοκληρώθηκε το 2000 (KINDL), ενώ για την αναθεωρημένη του μορφή (KINDL^R) η ίδια διαδικασία έγινε στις αρχές του 2001 (Βιδάλης Α., Βιδάλη-Α. Ε.).

Για τη χορήγηση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ελήφθη άδεια από τους κατασκευαστές του, όπως προαπαιτείται (University Medical Center Hamburg-Eppendorf Center for Psychosocial Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer).

ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η εκτίμηση της δραστηριότητας της ΝΙΑ πραγματοποιήθηκε από την υπεύθυνη του τμήματος παιδορευματολόγο και περιελάμβανε τη συνολική αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς με βάση οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale ή VAS από 1-100mm), τον αριθμό των αρθρώσεων που παρουσίαζαν διόγκωση, τον αριθμό των αρθρώσεων με περιορισμένη κινητικότητα λόγω πόνου, η εκτίμηση του οποίου έγινε επίσης με χρήση οπτικής αναλογικής κλίμακας (Visual Analogue Scale ή VAS από 1-100mm), όπως και εργαστηριακά ευρήματα (ταχύτητα καθίζησης ερυθρών).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 16.0.

Βασικές έννοιες της περιγραφικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό συχνοτήτων, σχετικών συχνοτήτων, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων για τις μελετώμενες ομάδες.

Για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ ομάδων υγιών και ασθενών ή μεταξύ ηλικιακών κατηγοριών, καθώς και μεταξύ ηλικιακών κατηγοριών στην ομάδα NIA και στην ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκε το t-test για ανεξάρτητα δείγματα, εκτός από περιπτώσεις όπου ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov παρέπεμπε σε μη κανονικότητα, οπότε έγινε χρήση του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U-test. Για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Chi-squared test. Το παραμετρικό τεστ ANOVA ή το μη παραμετρικό ανάλογό του των Kruskal-Wallis εφαρμόστηκε στην περίπτωση των ασθενών για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ των ατόμων που ανήκαν στις πέντε κατηγορίες αρθρίτιδας όσον αφορά στην κλίμακα του ύπνου και την κλίμακα της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $\alpha=0,05$.

Η ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CSHQ, μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου KINDL^R αλλά και μεταξύ των δύο τόσο σε επίπεδο συνόλου των 100 ατόμων όσο και σε επίπεδο υγιών και ασθενών και σε επίπεδο ηλικιακής κατηγορίας ξεχωριστά έγινε μέσω της μεθόδου Pearson r. Επίσης, υπολογίστηκαν συσχετίσεις σε επίπεδο υγιών, ασθενών και συνόλου μεταξύ των υποκλιμάκων των ερωτηματολογίων και μεταβλητών όπως ηλικία, ηλικία εκδήλωσης ασθένειας, φορές νοσηλείας, ημέρες νοσηλείας και διάρκεια ασθένειας. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $\alpha=0,01$ με σήμανση για συσχετίσεις σημαντικές σε επίπεδο $\alpha=0,05$. Η ανάλυση συνδιασποράς ANCOVA χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ύπαρξης σύνδεσης, αφού έγινε στάθμιση της μεταβλητής της ηλικίας, μεταξύ προβλημάτων ύπνου ή ποιότητας ζωής και παραγόντων κατάστασης υγείας (ασθενείς – υγιείς) και φύλου. Για την ύπαρξη προβλεπτικών παραγόντων μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου για τον ύπνου ή για την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία έγινε χρήση της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης (binary logistic regression). Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach alpha αρχικά σε επίπεδο συνόλου και δευτερευόντως σε επίπεδο υγιών και ασθενών. Η συντρέχουσα εγκυρότητα των ερωτηματολογίων εξετάστηκε με χρήση της μεθόδου ROC ανάλυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ποσοστά, Μέσοι όροι και Τυπικές αποκλίσεις των δειγμάτων

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 50 παιδιά με ανενεργή ΝΙΑ υπό θεραπεία και 50 παιδιά ως ομάδα ελέγχου, εκ των οποίων το 30% (n=30) ήταν αγόρια και το 70% (n=70) ήταν κορίτσια, ενώ η ηλικία τους είχε εύρος από 7 έτη ως 17 έτη (πίνακας 1). Ο μέσος αριθμός νοσηλειών και ο μέσος αριθμός ημερών νοσηλείας επίσης συμπεριλαμβάνονται ως πληροφορίες και ειδικά για τους ασθενείς ανά κατηγορία αρθρίτιδας στον πίνακα 2. Οι συμμετέχοντες χωρίζονται σε δύο ομάδες μελέτης, αυτής των ασθενών και εκείνης της ομάδας ελέγχου και διακρίνονται ως προς το φύλο και την ηλικιακή κατηγορία στην οποία ανήκουν (7-12 ετών και 13-17 ετών). Η σύγκριση των αναλογιών φύλου μεταξύ των μελετώμενων ομάδων κατέδειξε μη στατιστικά σημαντική διαφορά $p=0,663$, με αναλογία 36:14 (2,57) στην ομάδα ΝΙΑ και 34:16 (2,13) στην ομάδα ελέγχου. Επίσης, μη στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά μεταξύ των αναλογιών ηλικιακών ομάδων. Συγκεκριμένα, στην ομάδα ΝΙΑ η αναλογία ήταν 29:21 (1,38) και στην ομάδα ελέγχου η αναλογία ήταν 28:22(1, 27) με $p= 0, 840 > 0, 05$.

Πίνακας 1 Ποσοστά, Μέσοι όροι και Τυπικές αποκλίσεις των δειγμάτων

NIA (N=50)		p*	Ομάδα Ελέγχου (N=50)		p**	ΣΥΝΟΛΟ (N=100)		p***
N(%)	M.O(±T.A)		N(%)	M.O(±T.A)		N(%)	M.O(±T.A)	
Φύλο								
Αγόρια	14(28%)		16(32%)			30(30%)		0,663
Κορίτσια	36(72%)		34(68%)			70(70%)		
Ηλικιακή Κατηγορία								
Παιδιά	29(58%)		28(56%)			57(57%)		0,840
Έφηβοι	21(42%)		22(44%)			43(43%)		
Ηλικία								
Αγόρια	11,57 ±2,95	0,761		11,62 ±2,71	0,564		11,60±2,77	0,850
Κορίτσια	11,39 ±3,33			12,06 ±2,30			11,71±2,87	0,329
Ηλικία Εκδήλωσης Ασθένειας								
Παιδιά	5,19 ±2,92	0,319						
Έφηβοι	6,58 ± 4,22							
Φορές Νοσηλείας								
Παιδιά	1,03 ±0,63	0,682						
Έφηβοι	1,14 ±0,66							
Ημέρες Νοσηλείας								
Παιδιά	8,55 ±10,76	0,311						
Έφηβοι	8,10 ±5,09							
Διάρκεια Ασθένειας (έτη μέχρι σήμερα)								
Παιδιά	3,91 ±2,84	0,001						
Έφηβοι	8,09 ±4,06							
Είδος Αρθρίτιδας								
Ενθεσίτιδα	6(12%)							
Πολυαρθρική	8(16%)							
Ολιγοαρθρική	32(64%)							
Συστηματική	2(4%)							
Ψωριασική	2(4%)							

p*: Σύγκριση μεταξύ υποκατηγοριών στην ομάδα NIA,

p**: Σύγκριση μεταξύ υποκατηγοριών στην ομάδα ελέγχου, p***: Σύγκριση μεταξύ NIA και ομάδας ελέγχου.

Πίνακας 2 Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις μεταξύ τύπων NIA

	ΕΝΘΕΣΙΤΙΔΑ (N=6)	ΟΛΙΓΟΑΡΘΡΙΚΗ (N=32)	ΠΟΛΥΑΡΘΡΙΚΗ (N=8)	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ (N=2)	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ (N=2)
Ηλικία Εκδήλωσης Ασθένειας					
Παιδιά	5, 50 ± 0, 87	4, 25 ± 2, 70	8, 70 ± 2, 22	-	5, 50 ± 0, 00
Έφηβοι	10, 00 ± 4, 36	5, 30 ± 4, 31	7, 00 ± 1, 73	5, 00 ± 0, 00	13, 50 ± 0, 00
Φορές Νοσηλείας					
Παιδιά	1, 33 ± 0, 58	1, 00 ± 0, 65	1, 00 ± 0, 71	-	1, 00 ± 0, 00
Έφηβοι	1, 33 ± 0, 58	1, 17 ± 0, 72	1, 33 ± 0, 58	1, 00 ± 0, 00	0, 00 ± 0, 00
Ημέρες Νοσηλείας					
Παιδιά	3, 33 ± 3, 22	8, 60 ± 10, 68	13, 00 ± 14, 30	-	1, 00 ± 0, 00
Έφηβοι	7, 67 ± 1, 16	7, 83 ± 3, 79	7, 00 ± 0, 00	16, 00 ± 12, 73	0, 00 ± 0, 00
Διάρκεια Ασθένειας (έτη μέχρι σήμερα)					
Παιδιά	3, 83 ± 2, 25	4, 50 ± 3, 06	1, 60 ± 0, 96	-	4, 00 ± 0, 00
Έφηβοι	5, 33 ± 4, 16	9, 12 ± 4, 24	8, 00 ± 2, 65	9, 50 ± 0, 71	1, 50 ± 0, 00

Σύγκριση ανάμεσα στους ασθενείς και στους υγιείς αναφορικά με το ερωτηματολόγιο CSHQ.

Πίνακας 3. Σύγκριση προβλημάτων ύπνου μεταξύ ατόμων με ΝΙΑ και ομάδας ελέγχου. Η σύγκριση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

CSHQ υποκλίμακες	ΝΙΑ (N=50)	Ομάδα Ελέγχου (N=50)	p-value
Αντίσταση να Κοιμηθεί	8, 60 ± 3, 01	7, 16 ± 1, 65	0, 004
Ημερήσια Υπνηλία	13, 18 ± 3, 40	11, 50 ± 1, 96	0, 003
Νυχτερινές Αφυπνίσεις	3, 80 ± 1, 20	3, 34 ± 0, 77	0, 025
Παραϋπνίες	8, 38 ± 1, 94	7, 94 ± 1, 20	0, 176
Άγχος σχετικά με τον Ύπνο	6, 12 ± 2, 51	4, 92 ± 1, 38	0, 004
Διατ/γμένη Αναπνοή στον Ύπνο	3, 30 ± 0, 93	3, 26 ± 0, 60	0, 799
Διάρκεια Ύπνου	3, 84 ± 1, 53	3, 30 ± 0, 81	0, 031
Καθυστέρηση έλευσης ύπνου	1, 32 ± 0, 59	1, 44 ± 0, 61	0, 319
CSHQ σκορ	45, 46 ± 8, 20	40, 42 ± 3, 38	0, 000

Ο μέσος όρος της υποκλίμακας «**Αντίσταση να Κοιμηθεί**» της ομάδας ασθενών είναι υψηλότερος από αυτόν της ομάδας ελέγχου, με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,004$). Επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις υποκλίμακες «**Ημερήσια Υπνηλία**» ($p=0,003$), «**Νυχτερινές Αφυπνίσεις**» ($p=0,025$), «**Άγχος σχετικά με τον Ύπνο**» ($p=0,004$), «**Διάρκεια Ύπνου**» ($p=0,031$), καθώς και στο **συνολικό σκορ του CSHQ**, όπου με στατιστικά σημαντική απόκλιση η ομάδα των ασθενών είχε $M.O.= 45,46$ και $SD= 8,20$, ενώ η ομάδα ελέγχου δεν ξεπέρασε το $M.O.= 40,42$ με $SD=3,38$.

Στις υπόλοιπες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου υπήρχαν διαφορές μη στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$). Η ομάδα των ασθενών σε όλες τις ενότητες, εκτός της «**Καθυστέρησης έλευσης ύπνου**», εμφανίζεται να έχει σκορ με υψηλότερο μέσο όρο από την ομάδα των υγιών, ενώ το συνολικό μέσο αποτέλεσμα των ασθενών ($M.O.= 45, 46$) ξεπερνά την τιμή του κατώτερου ορίου - cutoff (>41) που έχει οριστεί για το ερωτηματολόγιο CSHQ.

Αναφορικά με τα προβλήματα ύπνου στις πέντε κατηγορίες αρθρίτιδας, παρατηρήθηκε διαφορά στην περίπτωση της υποκατηγορίας «**Καθυστέρηση στην έλευση του ύπνου**» με $F=2,992$ και $p\text{-value}=0,028$ και τη διαφορά να εντοπίζεται μεταξύ των κατηγοριών ολιγοαρθρίτιδας και συστηματικής αρθρίτιδας με $p < 0,05$. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις της παραμέτρου αυτής ήταν για την ολιγοαρθρική μέση τιμή $=1,25$ και τυπική απόκλιση $= 0,508$ για την συστηματική μέση τιμή $=2,00$ και τυπική απόκλιση $= 0,000$.

Σύγκριση ανάμεσα στους συμμετέχοντες ασθενείς και υγιείς αναφορικά με το ερωτηματολόγιο KINDL^R.

Πίνακας 4. Σύγκριση ποιότητας ζωής ατόμων με ΝΙΑ και ομάδας ελέγχου. Η σύγκριση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

KINDL ^R υποκλίμακες	ΝΙΑ (N=50)	Ομάδα Ελέγχου (N=50)	p-value
Σωματική ευεξία	76,13 ± 19,95	89,63 ± 10,91	0,000
Συναισθηματική ευεξία	78,38 ± 19,41	88,88 ± 10,43	0,001
Αυτοεκτίμηση	59,00 ± 23,36	68,75 ± 11,85	0,010
Οικογένεια	71,63 ± 19,24	71,25 ± 12,75	0,909
Φίλοι	76,13 ± 21,75	79,38 ± 11,38	0,352
Σχολείο	64,75 ± 21,72	72,00 ± 17,64	0,070
Ασθένεια	78,17 ± 22,60	-	-
KINDL^R σκορ	72,43 ± 16,81	78,31 ± 5,39	0,022

Ο μέσος όρος της υποκλίμακας «**Σωματική ευεξία**» της ομάδας ασθενών είναι χαμηλότερος από αυτόν της ομάδας ελέγχου με τη διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,000$). Επίσης, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν στις υποκλίμακες «**Συναισθηματική ευεξία**» ($p=0,001$), «**Αυτοεκτίμηση**» ($p=0,010$) και στο συνολικό σκορ του **KINDL^R**, όπου με στατιστικά σημαντική απόκλιση ($p=0,022$) η ομάδα των ασθενών είχε $M.O=72,43$ και $SD=16,81$ ενώ η ομάδα ελέγχου είχε $M.O=78,31$ με $SD=5,39$. Στις υπόλοιπες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου υπήρχαν διαφορές που δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$).

Η γενική παρατήρηση είναι ότι η ομάδα των ασθενών σε όλες τις ενότητες, εκτός της «**Οικογένειας**», εμφανίζεται να έχει χαμηλότερο μέσο όρο από την ομάδα των υγιών.

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία, παρατηρήθηκε διαφορά στην υποκατηγορία «**Συναισθηματική Ευεξία**» με $F=3,150$ και $p\text{-value}=0,023$ και τη διαφορά να εντοπίζεται μεταξύ των κατηγοριών ολιγοαρθρίτιδας και ενθεσίτιδας με $p < 0,05$. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις της παραμέτρου αυτής ήταν για την ενθεσίτιδα μέση τιμή=55,21 και τυπική απόκλιση=26,05 και για την ολιγοαρθρική μέση τιμή=81,64 και τυπική απόκλιση= 16, 57

Σύγκριση μεταξύ ηλικιακών κατηγοριών ασθενών και υγιών αναφορικά με το ερωτηματολόγιο KINDL^R.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται συγκρίσεις ανάμεσα στην ομάδα των ασθενών και την ομάδα ελέγχου, ανά ηλικιακή κατηγορία 7-12 και 13-17, με βάση τις απαντήσεις των γονέων τους στο ερωτηματολόγιο που αφορά στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. Αναφορικά με την ηλικιακή κατηγορία 7-12 έτη, δεν εντοπίζονται σε καμία υποκλίμακα στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας ελέγχου και ομάδας ασθενών. Αναφορικά με την ηλικιακή κατηγορία 13-17 έτη, εντοπίζονται σε όλες τις κατηγορίες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας ελέγχου και ομάδας ασθενών, εκτός από τις υποκλίμακες «Οικογένεια» και «Φίλοι», με υψηλότερη μέση βαθμολογία να έχουν και στις δύο υποκλίμακες οι ασθενείς. Στις υπόλοιπες υποενοότητες παρατηρούνται διαφορές στατιστικά σημαντικές: «Σωματική ευεξία» (p-value=0,001<0,05), «Συναισθηματική ευεξία» (p-value=0,001<0,05), «Αυτοεκτίμηση» (p-value=0,014<0,05), «Σχολείο» (p-value=0,026<0,05), **Συνολικό σκορ** (p-value=0,025<0,05).

Πίνακας 5. Σύγκριση ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία μεταξύ παιδιών και εφήβων ασθενών και υγιών, αντίστοιχα. Η σύγκριση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

KINDL^R υποκλίμακες	7-12 έτη	p-value	13-17 έτη	p-value
Σωματική ευεξία				
Ασθενείς	77,80 ±20,43	0,109	73,81 ±19,53	0,001
Υγιείς	87,72 ±11,60		92,05 ±9,68	
Συναισθηματική ευεξία				
Ασθενείς	79,74 ±21,30	0,496	76,49 ±16,76	0,001
Υγιείς	86,38 ±9,00		92,05 ±11,44	
Αυτοεκτίμηση				
Ασθενείς	63,79 ±25,02	0,224	52,38 ±19,51	0,014
Υγιείς	70,54 ±11,52		66,48 ±12,13	
Οικογένεια				
Ασθενείς	70,47 ±17,03	0,865	73,21 ±22,29	0,638
Υγιείς	70,54 ±11,89		72,16 ±14,01	
Φίλοι				
Ασθενείς	75,00 ±20,60	0,401	77,68 ±23,68	0,256
Υγιείς	81,25 ±10,76		76,99 ±11,95	
Σχολείο				
Ασθενείς	68,75 ±22,29	0,822	59,23 ±20,12	0,026
Υγιείς	69,20 ±11,53		75,57 ±23,06	
Ασθένεια				
Ασθενείς	82,62 ±20,05		72,02 ±24,90	
Υγιείς	-		-	
Σύνολο KINDL^R				
Ασθενείς	74,60 ±17,11	0,761	69,45 ±16,33	0,025
Υγιείς	77,60 ± 4,79		79,21 ±6, 07	

Σύγκριση ωρών ύπνου, ώρα πρωινού ξυπνήματος και ώρα βραδινού ύπνου μεταξύ ασθενών - υγιών.

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα ερωτήματα που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο CSHQ και αφορούν στην ώρα που πηγαίνει το παιδί για ύπνο το βράδυ, την ώρα που ξυπνάει το πρωί και τη συνολική διάρκεια ωρών ύπνου ημερησίως παρουσιάζονται στον πίνακα 6 με τη μορφή μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων και γίνεται σύγκριση για έλεγχο στατιστικής σημαντικότητας στις διαφορές στο επίπεδο που αφορά την κατάσταση υγείας του ατόμου. Η διαφορά εντοπίζεται να είναι στατιστικά σημαντική στην περίπτωση της μέσης ώρας πρωινού ξυπνήματος ($p=0,005$) και στην περίπτωση της μέσης ημερήσιας διάρκειας ύπνου ($p=0,000$) και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς έχουν υψηλότερες μέσες τιμές κάτι που μεταφράζεται σε μονάδες χρόνου ότι ξυπνούν αργότερα το πρωί κατά 22,8 λεπτά (Μ.Τ. ασθενών= 7,62 Μ.Τ. υγιών=7,24) και ότι συμπληρώνουν 60,6 λεπτά περισσότερου ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας (Μ.Τ. ασθενών= 8,94 Μ.Τ. υγιών=7,93).

Πίνακας 6. Σύγκριση ερωτημάτων ύπνου μεταξύ ασθενών και υγιών. Η σύγκριση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$.

Κατάσταση	Ωρα ύπνου	Ωρα πρωινού ξυπνήματος	Διάρκεια Ύπνου (Ημέρα-Βράδυ)
ΝΙΑ			
<i>Μέση Τιμή</i>	22,59	7,62	8,94
<i>Τυπ. Απόκλιση</i>	1,24	0,86	1,58
<i>N</i>	50	50	50
Ομάδα Ελέγχου			
<i>Μέση Τιμή</i>	22,53	7,24	7,93
<i>Τυπ. Απόκλιση</i>	0,76	0,31	0,62
<i>N</i>	50	50	50
p –value	0,756	0,005	0,000

Στάθμιση ηλικίας για έλεγχο σχέσης μεταξύ προβλημάτων ύπνου και παραμέτρων φύλου και κατάσταση υγείας (ασθενείς – υγιείς).

Η στάθμιση της ηλικίας στην ανάλυση συνδιασποράς ανάμεσα στο συνολικό σκορ του CSHQ και του παράγοντα φύλου και κατάσταση υγείας έδειξε ότι η διακύμανση της ηλικίας δεν επιδρά στις διαφορές που παρατηρούνται στις βαθμολογίες μεταξύ ασθενών και υγιών (Πίνακας 3) ή μεταξύ ανδρών και γυναικών (στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται στην παράμετρο «Διάρκεια Ύπνου» όπου στα αγόρια σημειώνεται μέση τιμή και τυπική απόκλιση $3,87 \pm 1,50$ και στα κορίτσια σημειώνεται μέση τιμή και τυπική απόκλιση $3,44 \pm 1,11$ και $p=0,045 < 0,05$). Επίσης, η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο κατηγορικών μεταβλητών, φύλου και κατάσταση υγείας, επίσης δεν είναι σημαντική ώστε να καθορίζει τις διαφορές. Η διαφορά εξηγείται μόνο από τον παράγοντα κατάσταση υγείας, όπου $F=19,928$ και $p=0,000$. Παρατίθεται και ο σχετικός πίνακας που συνοψίζει τις πληροφορίες αυτές.

Πίνακας 7. Ανάλυση συνδιασποράς με στάθμιση ηλικίας. Η σύγκριση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$.

Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολικό CSHQ					
Πηγή	Άθροισμα τετραγώνων	β.ε	Μέσα τετράγωνα	F	Sig.
Ηλικία	21,086	1	21,086	0,552	0,459
Φύλο	123,661	1	123,661	3,239	0,075
Κατάσταση	760,731	1	760,731	19,928	0,000
Φύλο * Κατάσταση	88,478	1	88,478	2,318	0,131
R ² Squared =0,192 (Διορθωμένο R ² = 0,158)					

Στάθμιση ηλικίας για έλεγχο σχέσης μεταξύ επιπέδου ποιότητας ζωής και παραμέτρων φύλου και κατάσταση υγείας (υγιείς ή ασθενείς).

Η στάθμιση της ηλικίας στην ανάλυση συνδιασποράς ανάμεσα στο συνολικό σκορ KINDL^R και του παράγοντα φύλου και κατάσταση υγείας έδειξε ότι η διακύμανση της ηλικίας δεν επιδρά στις διαφορές που παρατηρούνται στις βαθμολογίες μεταξύ ασθενών και υγιών (Πίνακας 4) ή μεταξύ ανδρών και γυναικών (στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται στην παράμετρο «Σχολείο», όπου στα αγόρια σημειώνεται μέση τιμή και τυπική απόκλιση 62,29± 13,38 και στα κορίτσια σημειώνεται μέση τιμή και τυπική απόκλιση 70,98± 21,83 και $p=0,02<0,05$, καθώς και στο συνολικό KINDL^R σκορ, όπου στα αγόρια σημειώνεται μέση τιμή και τυπική απόκλιση 71,71± 13,26 και στα κορίτσια σημειώνεται μέση τιμή και τυπική απόκλιση 76,94± 12,32 και $p=0,012<0,05$). Επίσης, η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο κατηγορικών μεταβλητών, φύλου και κατάστασης υγείας επίσης δεν είναι σημαντική. Η διαφορά εξηγείται μόνο ξεχωριστά από τον παράγοντα φύλο όπου $F= 4,902$ και $p=0,029$ και από τον παράγοντα κατάσταση υγείας, όπου $F=10,349$ και $p=0,002$. Παρατίθεται και ο σχετικός πίνακας που συνοψίζει τις πληροφορίες αυτές.

Πίνακας 8. Ανάλυση συνδιασποράς με στάθμιση ηλικίας. Η σύγκριση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$.

Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολικό KINDL^R						
Πηγή	Άθροισμα τετραγώνων	β.ε	Μέσα τετράγωνα	F	Sig.	
Ηλικία	361,955		1	361,955	2,511	0,116
Φύλο	706,572		1	706,572	4,902	0,029
Κατάσταση	1491,708		1	1491,708	10,349	0,002
Φύλο * Κατάσταση	532,131		1	532,131	3,692	0,058
R ² Squared =0,151 (Διορθωμένο R ² = 0,116)						

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ CSHQ

Πιστοποίηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου CSHQ αποτέλεσε ο υπολογισμός του δείκτη Cronbach. Συγκεκριμένα, στο σύνολο του μετρήθηκε $\alpha=0,789$ με τις τιμές των υποκλιμάκων να κυμαίνονται από 0,490 ως 0,762. Πιο αναλυτικά έχουμε:

- **Αντίσταση να Κοιμηθεί $\alpha=0,762$**
- **Διάρκεια Ύπνου $\alpha=0,761$**
- **Άγχος σχετικά με τον Ύπνο $\alpha=0,761$**
- **Νυχτερινές Αφυπνίσεις $\alpha=0,490$**
- **Παραϋπνίες $\alpha=0,570$**
- **Δυσκολία Αναπνοής στον Ύπνο $\alpha=0,684$**
- **Διάρκεια Ύπνου $\alpha=0,602$**
- **CSHQ σκορ $\alpha=0,789$**

Στο σύνολο των ατόμων με ΝΙΑ έχουμε $\alpha=0,821$. Οι τιμές των υποκλιμάκων εδώ κυμαίνονται από 0,475 ως 0,790. Πιο αναλυτικά έχουμε:

- **Αντίσταση να Κοιμηθεί $\alpha=0,785$**
- **Διάρκεια Ύπνου $\alpha=0,765$**
- **Άγχος σχετικά με τον Ύπνο $\alpha=0,790$**
- **Νυχτερινές Αφυπνίσεις $\alpha=0,475$**
- **Παραϋπνίες $\alpha=0,603$**
- **Δυσκολία Αναπνοής στον Ύπνο $\alpha=0,779$**
- **Διάρκεια Ύπνου $\alpha=0,678$**

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ KINDL^R

Ως δείκτης της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου **KINDL^R** αποτέλεσε και πάλι ο υπολογισμός του δείκτη α Cronbach. Συγκεκριμένα, στο σύνολο του μετρήθηκε $\alpha=0,896$ με τις τιμές των υποκλιμάκων να κυμαίνονται από 0,647 έως 0,795. Πιο αναλυτικά, έχουμε:

- **Σωματική ευεξία $\alpha=0,763$**
- **Συναισθηματική ευεξία $\alpha=0,725$**
- **Αυτοεκτίμηση $\alpha=0,795$**
- **Οικογένεια $\alpha=0,744$**
- **Φίλοι $\alpha=0,794$**
- **Σχολείο $\alpha=0,647$**
- **KINDL^Rσκορ $\alpha=0,896$**

Στο σύνολο των ατόμων με ΝΙΑ έχουμε $\alpha=0,940$, οι τιμές των υποκλιμάκων εδώ κυμαίνονται από 0,597 ως 0,862. Πιο αναλυτικά, έχουμε:

- **Σωματική ευεξία $\alpha=0,778$**
- **Συναισθηματική ευεξία $\alpha=0,766$**
- **Αυτοεκτίμηση $\alpha=0,861$**
- **Οικογένεια $\alpha=0,717$**
- **Φίλοι $\alpha=0,839$**
- **Σχολείο $\alpha=0,597$**
- **Ασθένεια $\alpha=0,862$**

ΣΥΝΤΡΕΧΟΥΣΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ (ROC ANALYSIS)

Μια ψυχομετρική κλίμακα διακρίνεται για τη συντρέχουσα εγκυρότητά της, όταν οι τιμές της διαφοροποιούνται ως προς την αναμενόμενη κατεύθυνση μεταξύ ομάδων ατόμων. Ο έλεγχος γίνεται στη βάση της συνάφειας της αξιολογούμενης κλίμακας.

Η μέθοδος ROC-ανάλυση χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της συντρέχουσας εγκυρότητας μέσω της εύρεσης της καμπύλης του χαρακτηριστικού λειτουργικού δείκτη.

Συγκεκριμένα, για το ερωτηματολόγιο CSHQ βρέθηκε ότι η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC είναι 0,684 και το Significance level $P = 0,0006 < 0,05$. Άρα, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι σε επίπεδο 5% ο έλεγχος μέσω του ερωτηματολογίου αυτού δίνει καλά αποτελέσματα. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης προσδιορίζεται από 0,583 ως 0,773 και δεν περιέχει την τιμή 0,5. Στο κατώτερο όριο του ερωτηματολογίου, το 41, που έχει προσδιοριστεί σαν όριο πέραν του οποίου υπάρχουν ενδείξεις προβληματικής συμπεριφοράς ύπνου, μετρήθηκαν οι εξής τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας: sensitivity=60% και specificity=60%. Το συγκεκριμένο ποσοστό επαληθεύεται και από τις μετρήσεις μας, όπου από τα 50 άτομα με μέση τιμή CSHQ>41 το 60% (N=30) είχε NIA και CSHQ σκορ (M.T± T.A) $50,13 \pm 7,45$ ενώ το υπόλοιπο 40% (N=20) αποτελούσαν υγιή παιδιά με μέση τιμή $43.80 \pm 1,82$.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής KINDL^R βρέθηκε ότι η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC είναι 0,615 και το Significance level $p = 0,049$. Άρα, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι σε επίπεδο 5% ο έλεγχος μέσω του ερωτηματολογίου αυτού δίνει καλά αποτελέσματα. Το 95% διάστημα εμπιστοσύνης προσδιορίζεται από 0,513 ως 0,711 διάστημα που και πάλι δεν περιέχει την τιμή 0,5. Στο κατώτερο όριο 75 που οριοθετεί την περιοχή κάτω από το οποίο υπάρχουν ενδείξεις προβλημάτων, μετρήθηκαν οι εξής τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας: sensitivity=52% και specificity=68%. Το συγκεκριμένο ποσοστό επαληθεύεται και από τις μετρήσεις μας όπου από τα 39 άτομα με μέση τιμή KINDL^R<75, το 61, 5% (N=24) είχε NIA με μέσο σκορ $58,68 \pm 13,35$ ενώ το υπόλοιπο 38,5% (N=15) αποτελούσαν υγιή παιδιά.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ CSHQ ΚΑΙ KINDL^R

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ κατηγοριών των δύο ερωτηματολογίων στην ομάδα των ασθενών (πίνακας 9), έχουμε στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου του ύπνου και αυτών της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία. Πολύ υψηλή τιμή r παρατηρείται μεταξύ Συναισθηματικής ευεξίας και CSHQ, $r=-0,572$ και μεταξύ «Αντίστασης να κοιμηθεί» και συνολικού KINDL^R, όπου $r=-0,473$, όπως επίσης και μεταξύ CSHQ και KINDL^R όπου $r=-0,602$.

	Σωματική	Συναισθηματική	Αυτοεκτίμηση	Οικογένεια	Φύλοι	Σχολείο	Ασθένεια	KINDL ^R
ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	-0,494**	-0,509**	-0,280*	-0,330*	-0,531**	-0,23	-0,309*	-0,473**
	0	0	0,049	0,019	0	0,108	0,029	0,001
ΚΑΘΥΣΤ/ΣΗ ΕΛΕΥΣΗΣ ΥΠΝΟΥ	-0,108	-0,164	-0,196	-0,173	-0,129	-0,238	-0,161	-0,212
	0,457	0,255	0,173	0,228	0,373	0,096	0,263	0,14
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΝΟΥ	-0,286*	-0,286*	-0,326*	-0,231	-0,171	-0,369**	-0,379**	-0,380**
	0,044	0,044	0,021	0,107	0,236	0,008	0,007	0,007
ΑΓΧΟΣ ΓΙΑ ΥΠΝΟ	-0,227	-0,359*	-0,262	-0,276	-0,437**	-0,124	-0,356*	-0,374**
	0,113	0,01	0,066	0,052	0,002	0,39	0,011	0,007
ΝΥΧΤ/ΝΕΣ ΑΦΥΠΝΙΣΕΙΣ	-0,226	-0,311*	-0,259	-0,174	-0,227	-0,258	-0,055	-0,256
	0,115	0,028	0,07	0,226	0,113	0,071	0,706	0,072
ΠΑΡΑΪΠΝΙΕΣ	-0,318*	-0,412**	-0,325*	-0,222	-0,295*	-0,327*	-0,275	-0,389**
	0,024	0,003	0,021	0,122	0,038	0,02	0,053	0,005
ΔΙΑΤ/ΓΜΕΝΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	-0,245	-0,276	-0,185	-0,27	-0,275	-0,179	-0,289*	-0,313*
	0,086	0,052	0,198	0,058	0,053	0,213	0,042	0,027
ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΥΠΝΗΛΙΑ	-0,227	-0,247	-0,293*	-0,078	-0,186	-0,400**	-0,215	-0,299*
	0,113	0,083	0,039	0,589	0,196	0,004	0,134	0,035
CSHQ	-0,491**	-0,572**	-0,479**	-0,359*	-0,509**	-0,493**	-0,446**	-0,602**
	0	0	0	0,01	0	0	0,001	0

Πίνακας 9. Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας υποκλιμάκων των CSHQ & KINDL^R σε επίπεδο ασθενών.

* Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (2-tailed)

** Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (2-tailed)

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ παραμέτρων των δύο ερωτηματολογίων στο σύνολο των συμμετεχόντων (πίνακας 10) έχουμε στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου του ύπνου και αυτών της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία. Πολύ υψηλή τιμή r παρατηρείται μεταξύ Συναισθηματικής ευεξίας και CSHQ, $r=-0,548$ και μεταξύ «Αντίσταση να κοιμηθεί» και συνολικού KINDL^R όπου $r=-0,414$, όπως επίσης και μεταξύ CSHQ και KINDL^R όπου $r=-0,573$.

	BTR	SOD	SD	SA	NW	P	SDB	DTS	CSHQ σκορ
Σωματική	-,399**	-0,133	-,366**	-,239*	-,219*	-,256*	-0,113	-,272**	-,484**
	0	0,188	0	0,017	0,029	0,01	0,262	0,006	0
Συναισθηματική	-,415**	-0,138	-,311**	-,325**	-,299**	-,338**	-0,142	-,307**	-,548**
	0	0,171	0,002	0,001	0,003	0,001	0,16	0,002	0
Αυτοεκτίμηση	-,305**	-0,063	-,333**	-,254*	-,243*	-,265**	-0,111	-,355**	-,491**
	0,002	0,535	0,001	0,011	0,015	0,008	0,271	0	0
Οικογένεια	-0,196	-0,112	-0,142	-0,158	-0,142	-0,012	-0,165	-0,075	-,212*
	0,051	0,265	0,16	0,117	0,159	0,908	0,101	0,459	0,035
Φίλοι	-,463**	-0,047	-0,16	-,389**	-0,184	-,308**	-0,193	-0,184	-,462**
	0	0,643	0,111	0	0,066	0,002	0,054	0,067	0
Σχολείο	-0,151	-,235*	-,327**	-0,132	-,207*	-,247*	0,011	-,273**	-,370**
	0,133	0,018	0,001	0,192	0,038	0,013	0,915	0,006	0
Ασθένεια	0,169	-0,135	0,079	0,153	0,192	0,04	-0,067	,204*	,205*
	0,093	0,181	0,435	0,128	0,056	0,694	0,507	0,041	0,04
KINDL σκορ	-,414**	-0,178	-,398**	-,347**	-,253*	-,322**	-0,173	-,326**	-,573**
	0	0,077	0	0	0,011	0,001	0,086	0,001	0

Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας υποκλιμάκων των CSHQ & KINDL^R σε επίπεδο συμμετεχόντων.

* Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0, 05(2-tailed)

** Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0, 01(2-tailed)

Πίνακας 11. Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας υποκλιμάκων των CSHQ & KINDL^R σε επίπεδο ασθενών: ηλικία, ηλικία εκδήλωσης ασθένειας, φορές νοσηλείας, ημέρες νοσηλείας και διάρκεια ασθένειας

ΝΙΑ (r;p)	Ηλικία				
	Ηλικία	Εκδήλωσης Ασθένειας	Φορές Νοσηλείας	Μέρες Νοσηλείας	Διάρκεια Ασθένειας
ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	-0,192	0,043	0,317	0,245	-0,194
	0,181	0,767	0,025	0,087	0,177
ΚΑΘΥΣΤ/ΣΗ ΕΛΕΥΣΗΣ ΥΠΝΟΥ	0,228	0,044	0,149	0,08	0,145
	0,112	0,763	0,301	0,579	0,316
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΝΟΥ	0,198	0,284	-0,029	0,15	-0,095
	0,168	0,045	0,844	0,297	0,511
ΑΓΧΟΣ ΓΙΑ ΥΠΝΟ	-0,243	-0,044	0,263	0,507	-0,156
	0,089	0,759	0,065	0	0,278
ΝΥΧΤ/ΝΕΣ ΑΦΥΠΝΙΣΕΙΣ	-0,089	0,107	0,291	0,321	-0,168
	0,541	0,459	0,04	0,023	0,244
ΠΑΡΑΪΠΝΙΕΣ	-0,054	0,099	0,274	0,313	-0,133
	0,71	0,492	0,054	0,027	0,358
ΔΙΑΤΑΡ/ΝΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ	-0,052	-0,064	0,235	0,414	0,016
	0,72	0,658	0,1	0,003	0,915
ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΥΠΝΗΛΙΑ	0,254	0,116	0,316	0,02	0,102
	0,075	0,423	0,026	0,888	0,483
CSHQ	0,035	0,145	0,433	0,385	-0,102
	0,81	0,313	0,002	0,006	0,479
Σωματική	-0,154	-0,101	-0,239	0,013	-0,034
	0,286	0,485	0,094	0,929	0,817
Συναισθηματική	-0,185	-0,016	-0,188	-0,087	-0,135
	0,199	0,912	0,19	0,549	0,351
Αυτοεκτίμηση	-0,273	-0,112	-0,162	-0,16	-0,12
	0,055	0,439	0,262	0,267	0,405
Οικογένεια	0,014	-0,121	-0,166	-0,267	0,12
	0,922	0,401	0,25	0,061	0,405
Φίλοι	0,105	0,036	-0,423	-0,255	0,053
	0,47	0,806	0,002	0,074	0,717
Σχολείο	-0,334	-0,241	-0,245	-0,203	-0,054
	0,018	0,092	0,086	0,158	0,711
Ασθένεια	-0,223	0,035	-0,161	-0,309	-0,212
	0,119	0,81	0,265	0,029	0,14
KINDL ^R	-0,201	-0,084	-0,28	-0,244	-0,087
	0,162	0,563	0,049	0,088	0,548

ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΠΝΟΥ

Η μέθοδος της δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί αν η ηλικία, η ηλικία εκδήλωσης ασθένειας, η διάρκεια ασθένειας, ο αριθμός νοσηλειών, οι ημέρες νοσηλείας και οι ενότητες της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία μπορούν να προβλέψουν την ύπαρξη διαταραχών ύπνου.

Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον πίνακα 12, όπου η παλινδρόμηση ολοκληρώθηκε σε δύο βήματα. Το μοντέλο βρέθηκε να προβλέπει ορθά το 78% του συνόλου και ειδικά στην περίπτωση των ασθενών κατέταξε σωστά το 86,7%. Η ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας επιδρά αρνητικά στην εξαρτημένη μεταβλητή (αυξανόμενη της ηλικίας εκδήλωσης μειώνεται η πιθανότητα μη εμφάνισης διαταραχών κατά 26,26%) για τις διαταραχές ύπνου, ενώ ο παράγοντας Συναισθηματική ευεξία επιδρά θετικά (αυξανόμενη αυτής αυξάνεται η πιθανότητα μη εμφάνισης διαταραχών κατά 1,082 φορές). Και οι δύο μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές εφόσον οι τιμές του p είναι $<0,05$. Αναλυτικά στο πρώτο βήμα εμφανίζεται η μεταβλητή Συναισθηματική ευεξία με την οποία είχαμε $\chi^2=13,565$ και $p=0,000$ το μοντέλο εξηγούσε το 32,1% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέτασσε σωστά το 76% των περιπτώσεων, στο δεύτερο βήμα προστέθηκε η Ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας με την οποία είχαμε $\chi^2=18,851$ και $p=0,000$ το μοντέλο εξηγούσε το 42,5% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέτασσε σωστά το 78% των περιπτώσεων.

Πίνακας 12. Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης διαταραχών ύπνου.

Omnibus Tests of Model Coefficients (Chi square & Significance)

Βήμα 1 Step	13,565	0
Model	13,565	0
Βήμα 2 Step	5,286	0,021
Model	18,851	0

Hosmer & Lemeshow Test

Βήμα	Chi-square	β.ε	Sig.
1	6,671	6	0,352
2	8,588	8	0,378

Model Summary

Βήμα	-2 Loglikelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	53,736	0,238	0,321
2	48,450	0,314	0,425

		B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Βήμα 1ο	Συναισθηματική	0,08	0,028	8,43	0,004	1,084	1,026	1,144
Βήμα 2ο	Ηλ.εκδ.ασθένειας	-0,233	0,111	4,444	0,035	0,792	0,638	0,984
	Συναισθηματική	0,079	0,028	8,107	0,004	1,082	1,025	1,142

ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η μέθοδος της δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί αν η ηλικία, η ηλικία εκδήλωσης ασθένειας, η διάρκεια ασθένειας, ο αριθμός νοσηλειών, οι ημέρες νοσηλείας και οι υποκλίμακες των διαταραχών ύπνου μπορούν να προβλέψουν την ύπαρξη χαμηλού επιπέδου ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία.

Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον πίνακα 13 όπου η παλινδρόμηση ολοκληρώθηκε σε τέσσερα βήματα. Το μοντέλο βρέθηκε να προβλέπει ορθά το 82% του συνόλου και ειδικά στην περίπτωση των ασθενών κατέταξε σωστά το 72,7%. Οι τέσσερις μεταβλητές επιδρούν αρνητικά στην εξαρτημένη μεταβλητή στο επίπεδο της ποιότητας ζωής. Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας, ο αριθμός νοσηλειών και οι τιμές στις υποκλίμακες «Διάρκεια Ύπνου» και οι «Νυχτερινές Αφυπνίσεις», μειώνονται οι πιθανότητες ο εξεταζόμενος να έχει καλή ποιότητα ζωής. Οι μεταβλητές Ηλικία Εκδήλωσης Ασθένειας και Αριθμός νοσηλειών είναι στατιστικά σημαντικές εφόσον οι τιμές του p είναι αντίστοιχα 0,028 και 0,032. Οι τιμές της στήλης $\text{Exp}(B)$ των δύο αυτών τιμών είναι 0,767 και 0,17 αντίστοιχα. Αν η ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας αυξηθεί κατά ένα χρόνο μειώνεται η πιθανότητα ο εξεταζόμενος να έχει καλή ποιότητα ζωής κατά $((1-0,767)/0,767=)30,37\%$. Ομοίως αν ο αριθμός νοσηλειών αυξηθεί κατά έναν και πάλι μειώνεται η πιθανότητα ο εξεταζόμενος να έχει καλή ποιότητα ζωής κατά 0,17 φορές. Αναλυτικά στο πρώτο βήμα εμφανίζεται η μεταβλητή Νυχτερινές Αφυπνίσεις με την οποία είχαμε $\chi^2=11,287$ και $p=0,001$ το μοντέλο εξηγούσε το 27,1% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέτασσε σωστά το 74% των περιπτώσεων με χαμηλή ποιότητα ζωής, στο δεύτερο βήμα προστέθηκε η Ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας με την οποία είχαμε $\chi^2=17,327$ και $p=0,000$ το μοντέλο εξηγούσε το 39,2% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέτασσε σωστά το 76% των περιπτώσεων με χαμηλή ποιότητα ζωής, στο 3^ο βήμα προστέθηκε η μεταβλητή Αριθμός Νοσηλειών με την οποία είχαμε $\chi^2=22,57$ και $p=0,000$ το μοντέλο εξηγούσε το 48,7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής και κατέτασσε σωστά το 84% των περιπτώσεων με χαμηλή ποιότητα ζωής και στο τελευταίο βήμα η μεταβλητή Διάρκεια Ύπνου με την οποία το μοντέλο κατέταξε ορθά το 82% και κατόρθωσε να εξηγήσει τη μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής μας από 40,9% μέχρι και 54,9% .

Πίνακας 13 Μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης ποιότητας ζωής.

Omnibus Tests of Model Coefficients (Chi square & Significance)

Βήμα 1	Step	11,287	0,001
	Model	11,287	0,001
Βήμα 2	Step	6,04	0,014
	Model	17,327	0
Βήμα 3	Step	5,242	0,022
	Model	22,57	0
Βήμα 4	Step	3,769	0,052
	Model	26,339	0

<i>Hosmer & Lemeshow Test</i>			
Βήμα	Chi-square	df	Sig.
1	1,563	2	0,458
2	6,209	8	0,624
3	12,6	8	0,126
4	10,553	8	0,228
<i>Model Summary</i>			
Βήμα	-2 Loglikelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	57,306	0,202	0,271
2	51,266	0,293	0,392
3	46,023	0,363	0,487
4	42,254	0,409	0,549

	Ανεξάρτητες Μεταβλητές	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Βήμα 1ο	Νυχτερινές Αφυπνίσεις	-0,944	0,331	8,126	0,004	0,389	0,203	0,745
Βήμα 2ο	Ηλ. Εκδήλωσης Ασθένειας	-0,226	0,097	5,405	0,02	0,797	0,659	0,965
	Νυχτερινές Αφυπνίσεις	-0,952	0,352	7,331	0,007	0,386	0,194	0,769
Βήμα 3ο	Ηλ. Εκδήλωσης Ασθένειας	-0,29	0,112	6,664	0,01	0,748	0,6	0,932
	Νοσηλείες	-1,404	0,698	4,041	0,044	0,246	0,063	0,966
	Νυχτερινές Αφυπνίσεις	-0,907	0,402	5,085	0,024	0,404	0,183	0,888
Βήμα 4ο	Ηλ. Εκδήλωσης Ασθένειας	-0,265	0,12	4,852	0,028	0,767	0,606	0,971
	Νοσηλείες	-1,773	0,827	4,591	0,032	0,17	0,034	0,86
	Διάρκεια Ύπνου	-0,538	0,289	3,472	0,062	0,584	0,331	1,028
	Νυχτερινές Αφυπνίσεις	-0,719	0,404	3,171	0,075	0,487	0,221	1,075

3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας δείχνουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν μία χρόνια ασθένεια, όπως είναι η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ), διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ύπνου συγκριτικά προς τους υγιείς συνομηλίκους τους (Husing et al., 2008), τα οποία μπορεί να είναι έντονα και χρόνια (Sivertsen et al., 2009).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ο ύπνος των παιδιών της ομάδας που έπασχε από ανενεργή ΝΙΑ και ακολουθούσε θεραπευτική αγωγή, παρουσιαζόταν με βάση τις αναφορές των ίδιων των γονέων τους περισσότερο διαταραγμένος συγκριτικά με τον ύπνο των υγιών παιδιών. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση της παρούσας έρευνας, ότι ο ύπνος αυτών των παιδιών θα παρουσιάζει τα ίδια σε συχνότητα προβλήματα με τον ύπνο των υγιών παιδιών, όπως είναι ηλικιακά αναμενόμενο.

Όσον αφορά στα επιμέρους παρατηρούμενα προβλήματα ύπνου τους, αυτά εντοπιζόνταν στο να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν τον ύπνο τους τη νύχτα, καθώς και στην αυξημένη ανάγκη τους για ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι δυσκολίες αυτές χαρακτηρίζονται κυρίως συμπεριφορικού τύπου και εν μέρει ίσως δείχνουν είτε τις κακές πρακτικές υγιεινής του ύπνου είτε αυξημένο άγχος τόσο από την πλευρά των γονέων όσο και των παιδιών (Owens & Mindell, 2011; Mindell & Meltzer, 2008).

Από την πλευρά των γονέων, το γεγονός ότι είναι ενήμεροι των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν πριν ή/και κατά τη διάρκεια του ύπνου τα παιδιά τους δείχνει ότι βρίσκονται σε συνεχή επαγρύπνηση, η οποία μπορεί να γίνει αντιληπτή στο γενικότερο πλαίσιο της προσπάθειας που καταβάλλουν για να εντοπίσουν εγκαίρως ό,τι θα συνιστούσε ένδειξη υποτροπής της νόσου. Στην περίπτωση του ύπνου, αυτή τους η τάση μπορεί να τους οδηγήσει στο να αντιλαμβάνονται και να αξιολογούν την ποιότητα και ποσότητα του ύπνου των παιδιών τους ως ανεπαρκείς, κάτι που μπορεί να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα (Ward et al., 2011). Επίσης, λόγω του γενικότερου άγχους που ενδεχομένως βιώνουν για να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις παραμέτρους και τις συνιστώσες που έχει μία χρόνια νόσος, όπως είναι η ΝΙΑ, μπορεί να αδυνατούν να βοηθήσουν τα παιδιά τους να διαμορφώσουν και να εφαρμόσουν σταθερά προγράμματα ύπνου, καθώς και να περιορίσουν τις ακατάλληλες συμπεριφορές τους που δεν διευκολύνουν τη διαδικασία του ύπνου τους (Sivertsen et al., 2009).

Παλαιότερες έρευνες που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο, CSHQ, για την αξιολόγηση του ύπνου σε παιδιά που νοσούσαν από NIA κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα που επιβεβαιώνουν ότι η ομάδα των ασθενών παρουσίαζε περισσότερα προβλήματα ύπνου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Ward et al., 2014; Shyen et al., 2014; Ward et al., 2011; Hrelac et al., 2010; Ruberto et al., 2010; Long et al., 2008; Bloom et al., 2002). Ειδικότερα, οι δυσκολίες τους αφορούσαν σε καθυστέρηση επέλευσης ύπνου, εμφάνιση νυχτερινών αφυπνίσεων, παραϋπνίες, άγχος σχετικά με τη διαδικασία ύπνου, διαταραγμένη αναπνοή στον ύπνο και ημερήσια υπνηλία. Εκτός, όμως, από τις έρευνες που για τη συλλογή των δεδομένων τους βασίστηκαν σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ύπνου, και αποτελέσματα μελετών με πολυϋπνογραφικές μετρήσεις (Yuwen et al., 2016; Ward et al., 2010; Ward et al., 2008; Lopes et al., 2008; Passarelli et al., 2006) επιβεβαιώνουν την ύπαρξη προβλημάτων στην ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου (μεγαλύτερος αριθμός αφυπνίσεων), διαταραχής στην αρχιτεκτονική ύπνου (συντομότερη διάρκεια σταδίου 2, 3 και ύπνου REM, αυξημένη άλφα/δέλτα δραστηριότητα στο στάδιο NREM), καθώς και αυξημένων κινήσεων στα άκρα σε παιδιά με NIA.

Αξιοσημείωτη θεωρείται στην παρούσα εργασία η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης μεταξύ των προαναφερθέντων προβλημάτων ύπνου και της συχνότητας, όπως και της διάρκειας των νοσηλείων που τα παιδιά της ομάδας των ασθενών είχε χρειαστεί να κάνουν, καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της νόσου τους. Όσο πιο πολλές φορές χρειάστηκε να νοσηλευτούν και όσο περισσότερο σε μέρες διήρκεσε η κάθε νοσηλεία τους, τόσο πιο έντονα ήταν και τα συγκεκριμένα προβλήματα στον ύπνο τους. Αναμφισβήτητα, η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνιστά μία αγχογόνο εμπειρία, λόγω της φύσης των στοιχείων που την απαρτίζουν. Όταν ένα παιδί νοσηλεύεται, καλείται να αντιμετωπίσει εκτός από τις επώδυνες ιατρικές διαδικασίες και την επιβεβλημένη διακοπή της καθημερινής του ρουτίνας, το φόβο και το άγχος που του προκαλεί ο αποχωρισμός του από την οικογένειά του και τους φίλους του και η παραμονή του σε ένα ξένο περιβάλλον (Lewandowski et al., 2011; Coune, 2006).

Αναφορικά με τη διερεύνηση των προγνωστικών για την εκδήλωση διαταραχών ύπνου παραγόντων στα παιδιά με ανενεργή NIA, βρέθηκε ότι ήταν η ηλικία έναρξης της νόσου, ενώ η συναισθηματική ευεξία φάνηκε να αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για καλύτερης ποιότητας και ποσότητας ύπνο.

Σχετικά με τις εκτιμήσεις των γονέων για την ποιότητα ζωής των παιδιών τους σε σχέση με την υγεία τους, η κλινική ομάδα φάνηκε να έχει χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας απ' ό,τι η ομάδα ελέγχου, εύρημα το οποίο επίσης έρχεται σε αντίθεση με τη σχετική αρχική

υπόθεση. Συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες που συγκέντρωσαν στους τομείς της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας, της αυτοεκτίμησης, καθώς και η συνολική τους βαθμολογία στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα της έρευνας των Seid et al. (2009). Αν και χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό από την παρούσα μελέτη ψυχομετρικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία των παιδιών με NIA, φάνηκε ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής αυτών των παιδιών, ακόμα και στις περιπτώσεις που είτε η ασθένειά τους ήταν ανενεργή είτε ακολουθούσαν θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες, ήταν χαμηλότερο σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλίκους τους.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα παιδιά του υπό μελέτη δείγματος βρίσκονται αναπτυξιακά στην περίοδο εκείνη που προσπαθούν να αυτονομηθούν συναισθηματικά και να ανεξαρτητοποιηθούν από το γονικό έλεγχο, οι γονείς τους θεωρείται ότι δεν αποτελούν αξιόπιστη πηγή πληροφοριών σχετικά με τη συναισθηματική (π.χ. κόπωση, άγχος) και κοινωνική λειτουργικότητα των παιδιών τους, όπως και με τα συμπτώματα της νόσου (π.χ. πόνος) (Eiser and Varni, 2013; Brunner et al., 2004). Αντιθέτως, οι γονείς δύνανται να αναγνωρίσουν και να περιγράψουν με ακρίβεια και σε συμφωνία με τα παιδιά τους, τα σημεία της ασθένειας που είναι έκδηλα, όπως και τα εξωτερικά προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών τους (π.χ. επιθετικότητα, υπερκινητικότητα) (Eiser & Varni, 2013; Brunner et al., 2004). Σε μία άλλη έρευνα, ωστόσο, οι αναφορές των γονέων των παιδιών με NIA σε θέματα που άπτονταν της σωματικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας των παιδιών τους, όπως και πτυχών της ασθένειάς τους, συμφωνούσαν με τις απόψεις που είχαν τα ίδια τα παιδιά για τον εαυτό τους ως προς αυτούς τους τομείς, μόνο στις περιπτώσεις που είτε δεν υπήρχαν κλινικά σημεία και συμπτώματα της νόσου είτε αυτά ήταν πολύ σοβαρής μορφής (Shaw et al., 2006).

Στην παρούσα μελέτη, οι χαμηλές βαθμολογίες στον τομέα της σωματικής ευεξίας, απουσία αισθήματος πόνου σχετιζόμενου με την ασθένεια, μπορεί να απεικονίζουν το σωματικό αντίκτυπο της κόπωσης, βασικό συστατικό στοιχείο στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής (Ringold et al., 2013). Στο ανιχνευτικό ερωτηματολόγιο, KINDL^R, που χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των παιδιών του υπό μελέτη δείγματος, η έννοια της κόπωσης εξετάζεται στην υποκλίμακα της σωματικής ευεξίας. Σε αυτήν την ερώτηση, τα παιδιά της κλινικής ομάδας συγκέντρωσαν υψηλές βαθμολογίες.

Συνήθως, στα παιδιά με NIA τα αναφερόμενα επίπεδα κόπωσης είναι υψηλά (Ward et al., 2010; Ward et al., 2008; Oliveira et al., 2007), χωρίς να έχουν αποσαφηνιστεί οι αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισής της (Ringold et al., 2013). Τα μέχρι τώρα ερευνητικά

δεδομένα είναι, επίσης, αντιφατικά ως προς τη σχέση μεταξύ κόπωσης και βαθμού ενεργότητας της ΝΙΑ (Butbul Aviel et al., 2011; Ringold et al., 2009). Επιπλέον, η κόπωση φαίνεται να σχετίζεται και με τη χρήση φαρμάκων, και συγκεκριμένα με τη μεθοτρεξάτη, αποτελώντας μία εκ των παρενεργειών της, κάτι το οποίο δεν έχει διερευνηθεί πλήρως (Butbul Aviel et al., 2011).

Στην παρούσα μελέτη δεν εξετάστηκε η επίδραση του παράγοντα φάρμακα λόγω ελλειπών στοιχείων που αφορούσαν στη δοσολογία και το διάστημα λήψης αυτών. Αξίζει, ωστόσο, να αναφερθεί ότι εκτός από τον άμεσο και πλήρη έλεγχο της πάθησης που επιτυγχάνεται μέσω αυτών (Mulligan et al., 2015; Klotsche et al., 2014; Ruberto et al., 2010; Van der Meer et al., 2007), συνήθως, επιβαρύνουν τους ασθενείς με τις ενοχλητικές παρενέργειές τους, οι οποίες μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Ειδικότερα, έχει βρεθεί ότι η λήψη μεθοτρεξάτης προκαλεί ανεπιθύμητες γαστρεντερικές επιπλοκές (ναυτία, έμετο) σε πολλά παιδιά με ΝΙΑ (Mulligan et al., 2015; Van der Meer et al., 2007), συμπτώματα που μπορεί να επιτείνουν το αίσθημα κόπωσης αυτών των παιδιών. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις που πριν την προγραμματισμένη λήψη του φαρμάκου εκδηλώνονται αυτού του τύπου τα κοιλιακά ενοχλήματα, κάτι το οποίο μπορεί να συνιστά ένδειξη προκαταβολικού φόβου και άγχους (Mulligan et al., 2015; Van der Meer et al., 2007).

Η επιβαρυσμένη, άλλωστε, συναισθηματική κατάσταση των παιδιών με ΝΙΑ, φάνηκε και μέσω των αναφορών των γονέων τους, όπου και σε αυτόν τον τομέα λειτουργικότητας οι βαθμολογίες τους ήταν χαμηλότερες απ' ό,τι των συνομηλίκων τους στην ομάδα ελέγχου. Εκτός από το φόβο, το άγχος και την ψυχική κούραση που ίσως νιώθουν αυτά τα παιδιά, καθώς η ΝΙΑ είναι μία χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται από απρόβλεπτα επεισόδια εξάρσεων και υφέσεων και απαιτεί συνεχείς ιατρικούς επανελέγχους και συνέπεια ως προς τη λήψη της συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής (Ward et al., 2014), δεδομένα ερευνών έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε αυτά τα παιδιά είναι μεγάλος (Ward et al., 2014; Fedele et al., 2011). Η παρουσία έντονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε αυτά τα παιδιά έχει φανεί να σχετίζεται σημαντικά με το βαθμό αβεβαιότητας που βιώνουν σχετικά με την πορεία της νόσου τους, τον κίνδυνο υποτροπής, την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής, όπως και με το φόβο του αποκλεισμού τους από τις καθημερινές τους δραστηριότητες εξαιτίας των προβλημάτων που εμφανίζονται εξαιτίας της νόσου σε επίπεδο σωματικό (Mullins et al., 2007).

Εξίσου σημαντικό εύρημα είναι και οι χαμηλότερες βαθμολογίες που έδωσαν οι γονείς των μεγαλύτερων σε ηλικία παιδιών (13 – 17 ετών) σε σύγκριση με τους γονείς των παιδιών ηλικίας 7 – 12 ετών, σχετικά με το πόσο αποτελεσματικά πίστευαν ότι μπορούσαν τα παιδιά τους να διαχειριστούν την ασθένειά τους σε επίπεδο σωματικό, συναισθηματικό αλλά και σε διαπροσωπικό. Ότι οι βαθμολογίες των γονέων σχετίζονταν με την ηλικία του παιδιού τους, φαίνεται και από την ασθενή αρνητική συσχέτιση που υπήρχε μεταξύ ηλικίας παιδιού και της υποκλίμακας με τον τίτλο «Ασθένεια». Επίσης, ασθενής αρνητική συσχέτιση βρέθηκε να υπάρχει και μεταξύ της ίδιας υποκλίμακας και της διάρκειας της ασθένειας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι όσο τα παιδιά μεταβαίνουν σε μια ηλικία αυτονομίας και απεμπλοκής από το γονικό έλεγχο τόσο μεγαλώνει το άγχος, η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα των γονέων τους σχετικά με την ικανότητα των παιδιών τους να ανταποκριθούν αποτελεσματικά και ανεξάρτητα, χωρίς τη βοήθειά τους, στις απαιτήσεις και τους περιορισμούς που θέτει η ίδια η νόσος τους, γεγονός που τους καθιστά περισσότερο υπερπροστατευτικούς απέναντί τους (Fedele et al., 2011; Taylor et al., 2008).

Με τη στάση τους, όμως, αυτή ίσως να επιτείνουν το αίσθημα ανεπάρκειας που ενδεχομένως ήδη βιώνουν τα παιδιά τους, και το οποίο αντανακλάται στα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (Fedele et al., 2011). Αυτό φαίνεται άλλωστε και στις αναφορές των γονέων των παιδιών του υπό μελέτη δείγματος, σύμφωνα με τις οποίες τα παιδιά με ανενεργή ΝΙΑ ένιωθαν λιγότερο περήφανα για τον εαυτό τους σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες, που προβλέπουν την πιθανότητα χαμηλής ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία στα παιδιά με ανενεργή ΝΙΑ, βρέθηκε να είναι η ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας, ο αριθμός νοσηλείων, η διάρκεια ύπνου και οι νυχτερινές αφυπνίσεις.

Τέλος, αναφορικά με την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ διαταραχών ύπνου και επιπέδου ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία στην ομάδα των ασθενών, αυτή βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντικά αρνητική. Αν και η συσχέτιση μεταξύ δύο αυτών μεταβλητών και στην ομάδα ελέγχου βρέθηκε να είναι αρνητική, ωστόσο, δεν ήταν στατιστικά σημαντική, γεγονός που δείχνει την ένταση της σχέσης αυτής στην κλινική ομάδα.

Αναμφισβήτητα, ο ανεπαρκής σε ποιότητα και ποσότητα ύπνος επηρεάζει αρνητικά την καθημερινή λειτουργικότητα των παιδιών και των εφήβων, υγιών και ασθενών, σε επίπεδο συναισθηματικό, συμπεριφορικό, γνωστικό και ακαδημαϊκό (Lewandowski et al., 2011; Chorney et al., 2008). Τα μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με την κατάσταση υγείας παιδιών με νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα έχουν σχετιστεί με προβλήματα

ύπνου, όπως και με την παρουσία πόνου, αισθήματος κόπωσης και ενεργότητας της ασθένειας (Butbul et al., 2011; Haverman et al., 2012; Long et al., 2008).

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι αν και έχει επιτευχθεί πλήρης και αποτελεσματικός έλεγχος και περιορισμός των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων της ΝΙΑ, μέσω φαρμακευτικής αγωγής, παρόλα αυτά τα παιδιά με ΝΙΑ εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα τόσο στον ύπνο τους όσο και στη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητά τους. Η στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ προβλημάτων ύπνου και τομέων της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία αυτών των παιδιών αναδεικνύει την αναγκαιότητα περαιτέρω μελέτης για τον εντοπισμό αιτιολογικών παραγόντων που θα μπορούσε να εξηγήσει αυτή τη συσχέτιση.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Στη διαδικασία ερμηνείας των ευρημάτων της παρούσας μελέτης χρειάζεται να ληφθούν υπόψη ορισμένοι περιορισμοί. Καταρχάς, το δείγμα των ασθενών προήλθε μόνο από ένα κλινικό πλαίσιο, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Θεωρείται σκόπιμο να επαναληφθεί η έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα προερχόμενο και από άλλους νοσοκομειακούς χώρους, ώστε να εξασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Επιπλέον, η αξιολόγηση των δύο βασικών μεταβλητών, της συμπεριφοράς – προβλημάτων ύπνου και της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία, βασίστηκε στη λήψη πληροφοριών που προήλθαν αποκλειστικά από τους γονείς των παιδιών. Αν και η οπτική των γονέων κρίνεται σημαντική και απαιτείται να υπάρχει, λόγω της αποκλειστικής ευθύνης που έχουν για τα παιδιά τους αλλά και του καθοριστικού ρόλου που διαδραματίζουν τόσο στην λήψη αποφάσεων που έχουν σχέση με ιατρικές παραμέτρους όσο και στην ενεργό εμπλοκή τους στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθένειας, χρειάζεται σε μελλοντικές έρευνες να συμπεριληφθεί και η οπτική των ίδιων των παιδιών. Η σύνθεση των απόψεων και των δύο πλευρών, γονέων και παιδιών, θα συμβάλλει στο σχηματισμό πληρέστερης εικόνας σχετικά με την έκβαση της νόσου και στην περαιτέρω βελτίωση της θεραπευτικής της προσέγγισης.

Τέλος, η επιπρόσθετη συλλογή στοιχείων σχετικά με τον ύπνο και την ποιότητα ζωής των ίδιων των γονέων θα μπορούσε σε μία μελλοντική έρευνα να αναδείξει την επίδραση αυτών στην ποιότητα και την ποσότητα ύπνου, όπως και στην ποιότητα ζωής των παιδιών τους.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.

Amine B, Rostom S, Benhouazza K, Abouqal R, and Hajjaj – Hassouni N. Health related quality of life survey about children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology International*.2009; 29:275–279.

Bathory E &Tomopoulos S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool – age children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*.2017; 47:29 – 42.

Bloom BJ, Owens JA, McGuinn M, Nobile C, Schaeffer L, Alario AJ. Sleep and its relationship to pain, dysfunction, and disease activity in juvenile rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 2002; 29(1):169–173.

Bromberg MH, Gil KM, Schanberg LE. Daily sleep quality and mood as predictors of pain in children with juvenile polyarticular arthritis. *Health Psychology*. 2012b; 31(2):202–209.

Brunner HI, Klein – Gitelman MS, Miller MJ, Trombley M, Baldwin N, Kress A, Johnson AL., Barron AC., Griffin TA, Passo MH, and Lovell DJ. Health of Children with Chronic Arthritis: Relationship of Different Measures and the Quality of Parent Proxy Reporting. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2004; 51(5): 763 – 773.

Butbul Aviel Y, Stremler R, Benseler SM, Cameron B, Laxer RM., Ota S., et al. Feldman BM. Sleep and fatigue and the relationship to pain, disease activity and quality of life in juvenile idiopathic arthritis and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology*. 2011; 50(11):2051–2060.

Carskadon, M.A., & Dement, W.C. Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition, (pp 16-26). St.Louis: Elsevier Saunders.2011.

Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, and Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2012; 27(8): 455 – 480.

Coune I. Children’s experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*. 2006; 10(4): 326–336.

Dikeos D., Soldatou A., Kontopoulou F., Zelios G., Haviara F., Papavasiliou A., and Lazaratou H. [Abstract] Evaluation of the Children’s Sleep Habits Questionnaire in a Community and Clinical Population of Children and Adolescents. *Journal of Sleep Disorders: Treatment and Care*. 2015; 4(2).

Eiser C., Varni JW. Health-related quality of life and symptom reporting: similarities and differences between children and their parents. *European Journal of Pediatrics*.2013; 172:1299–1304.

Espinosa M & Gottlieb BS. Juvenile idiopathic arthritis. *Pediatrics in Review*. 2012; 33(7): 303.

Fedele DA., Ramsey RR., Ryan JL., Bonner MS., Mullins LL., Jarvis JN., Chaney JM. The Association of Illness Uncertainty to Parent and Youth Adjustment in Juvenile Rheumatic Diseases: Effect of Youth Age. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2011; 32: 361 – 367.

Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*. 2011; 16:129 – 136.

Gutierrez-Suarez R, Pistorio A, Cespedes CA, Norambuena X, Flato B, Rumba I, et al. Health-related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis coming from 3 different geographic areas: the PRINTO multinational quality of life cohort study. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:314–20.

Haverman L, Grootenhuys MA, van den Berg JM, van Veenendaal M, Dolman KM, Swart JF, Kuijpers TW, and van Rossum MAJ. Predictors of health-related quality of life in children and adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: results from a web-based survey. *Arthritis Care & Research*. 2012; 64(5): 694–703.

Hrelc D, Rouster – Stevens K, Gewanter H, Kemper KJ. Sleep problems in JIA patients: Relationships with mood, pain, and functional status and health-related quality of life. 2010, 2 (1); 97 – 106.

Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, Elgen I, and Lundervold AJ. Sleep in children with chronic illness, and the relation to emotional and behavioral problems – a population-based Study. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009; 34(6): 665 – 670.

Klotsche J, Minden K, Thon A, Ganser G., Urban A, and Horneff G. Improvement in health-related quality of life for children with Juvenile Idiopathic Arthritis after start of treatment with etanercept. *Arthritis Care & Research*. 2014; 66(2): 253 – 262.

Lewandowski AS, Ward TM, Palermo TM. Sleep problems in children and adolescents with common medical conditions. *Pediatric Clinics of North America*. 2011, 58(3):699–713.

Long AC, Krishnamurthy V, Palermo TM. Sleep disturbances in school-age children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008; 33(3):258–268.

Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep disorders. Third edition. 2015. Wolters Kluwer.

Mindell JA., Meltzer LJ. Behavioral sleep disorders in children and adolescents. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2008; 37:722 – 728.

Mulligan K, Wedderburn LR, and Newman S. The experience of taking methotrexate for juvenile idiopathic arthritis: results of a cross – sectional survey with children and young people. *Pediatric Rheumatology*. 2015; 1 – 6.

Mullins LL, Wolfe – Christensen C, Hoff Pai AL, Carpentier MY, et al.. The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32(8):973 – 982.

Oliveira S, Ravelli A, Pistorio A, Castel E, et al. Proxy – reported health – related quality of life of patients with juvenile idiopathic arthritis: the pediatric rheumatology international trials organization multinational quality of life cohort study. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2007; 57(1): 35 – 43.

Owens JA and Mindell JA. Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America*. 2011; 58:555 – 569.

Owens JA. Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. *Sleep Medicine Clinics*. 2007; 2: 353 – 367.

Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children’s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*. 2000; 23(8):1043–1051.

Palermo TM, Lentz M, Kieckhefer GM, Landis CA. Polysomnography and actigraphy concordance in juvenile idiopathic arthritis, asthma and healthy children. *Journal of Sleep Research*. 2012; 21(1): 113-121.

Passarelli CM., Roizenblatt S., Len CA, et al. A case-controlled sleep study in children with polyarticular juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*. 2006; 33(4):796–802.
Ravelli A., Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007; 369:767–78.

Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *The Journal of Rheumatology*. 2004; 31: 390–92.

Ravens-Sieberer U., Gosch A., Abel T., Auquier P., Bellach BM., Dur W., Rajmil L. & European PD. Dr. U. Ravens - Sieberer. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Social and Preventive Medicine*. 2001; 46:297 - 302.

Ringold S, Ward MW, and Wallace CA. Disease activity and fatigue in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res*. 2013; 65(3): 391 – 397.

Ringold S, Seidel KD, Koepsell TD, and Wallace CA. Inactive disease in polyarticular juvenile idiopathic arthritis: current patterns and associations. *Rheumatology*. 2009; 48(8): 972 – 977.

Seid M, Huang B, Niehaus S, Brunner HI, Lovell DJ. Determinants of health – related quality of life in children newly diagnosed with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2014; 66(2): 263 – 269.

Seid M, Opipari L, Huang B, Brunner HI, Lovell DJ. Disease control and health-related quality of life in juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheumatology*. 2009; 61(3):393–399.

Shakankiry HM. Sleep physiology and sleep disorders in childhood. *Nature and Science of Sleep*.2011; 3:101 – 114.

Shaw K, Southwood T, Duffy C, McDonagh J. Health-related quality of life in adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis & Rheumatology*. 2006, 55(2):199–207.

Shaw K, Southwood T, and McDonagh J. Growing up and moving on in rheumatology: Parents as proxies of adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. 2006; 55(2): 189–198.

Sheldon, S.H. Development of sleep in infants and children. In *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine*. Sheldon, S.H., R. Ferber&M.H.Kryger, Eds. 2014: 127–160. Philadelphia: Saunders.

Shyen S., Amine B., Rostom S., Badri E. L., Ezzahri D., Mawani M., Moussa F., Gueddari S., Wabi M., Abouqal R., Chkirate B., Hajjaj-Hassouni N. Sleep and its relationship to pain, dysfunction, and disease activity in juvenile idiopathic arthritis. *Clinical Rheumatology*.2014; 33: 1425–1431.

Sivertsen B., Hysing M., Elgen I., Stormark KM., and Lundervold AJ. Chronicity of sleep problems in children with chronic illness: a longitudinal population-based study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2009; 3(1):1-7.

Stinson JN, Hayden JA, Kohut SA, Soobiah C, et al. Sleep problems and associated factors in children with juvenile idiopathic arthritis: a systematic review.*Pediatric Rheumatology*.2014; 1-12.

Taylor RM., Gibson F. and Franck LS. The experience of living with a chronic illness during adolescence: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*.2008; 17: 3083 – 3091.

Van der Meer A, Wulffraat NM, Prakken BJ, Gijsbers B, et al. Psychological side effects of MTX treatment in juvenile idiopathic arthritis: a pilot study. *Clinical and Experimental Rheumatology*.2007; 25: 480 – 485.

Vidali – L. E, Vidalis A, Ravens-Sieberer U, & Bullinger M.The Greek version of KINDL^R questionnaire.*Ippokrateia*. 2001; 5(3): 124-135. (Article in Greek) [www. kindl.org](http://www.kindl.org)

Ward TM., Sonney J., Ringold S., Stockfish S., Wallace CA., Landis CA. Sleep Disturbances and Behavior Problems in Children with and without Arthritis. *Journal of Pediatric Nursing*. 2014; 29(4): 321–328.

Ward TM, Ringold S, Metz J, Archbold K, Lentz M, Wallace CA, Landis CA. Sleep disturbances and neurobehavioral functioning in children with and without juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care and Research*. 2011; 63(7):1006–1012.

Ward TM, Brandt P, Archbold K, Lentz AM, et al. Polysomnography and self – reported sleep, pain, fatigue, and anxiety in children with active and inactive juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008; 33(3): 232 – 241.

Weiss JE, Ilowite NT. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Rheumatic Disease Clinics*. 2007; 32(3): 441 – 470.

Λαζαράτου Ε. Η αναπτυξιακή θεώρηση των διαταραχών ύπνου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2002; 19(6):633-644.

5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις:

1. Ονοματεπώνυμο παιδιού:..... (Κωδικός:.....)

2. Ηλικία παιδιού:ετών

3. Φύλο παιδιού: Αγόρι Κορίτσι (κυκλώστε το αντίστοιχο)

4. Ηλικία εκδήλωσης της ασθένειας: ετών

5. Το παιδί χρειάστηκε να νοσηλευτεί: ΝΑΙ ΟΧΙ (κυκλώστε το αντίστοιχο)

6. Πόσες φορές χρειάστηκε να νοσηλευτεί;.....

7. Διάρκεια νοσηλείας:..... ημέρες

8. Το παιδί λαμβάνει φάρμακα: ΝΑΙ ΟΧΙ(κυκλώστε το αντίστοιχο)

9. Αν ναι, ποια φάρμακα λαμβάνει:.....
.....

Συνήθειες Ύπνου των Παιδιών
Children's Sleep Habits Questionnaire
(CSHQ)

Owens et al., Sleep 2000, 23: 1043-1051
 Μετάφραση: Α. Σολδάτου, Ε. Λαζαράτου, Δ. Δικαίος

Οι ακόλουθες προτάσεις αφορούν στις συνήθειες ύπνου του παιδιού σας και πιθανές δυσκολίες με τον ύπνο. Όταν απαντάτε στις ερωτήσεις, λάβετε υπόψη σας **πώς πέρασε το παιδί σας την προηγούμενη εβδομάδα**. Απαντήστε **ΣΥΝΗΘΩΣ** αν κάτι συμβαίνει **5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα**, απαντήστε **ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ** αν συμβαίνει **2-4 φορές την εβδομάδα**, απαντήστε **ΣΠΑΝΙΑ** αν κάτι συμβαίνει **μόνο 1 φορά την εβδομάδα ή σχεδόν ποτέ**.

A. Πριν από τον Ύπνο

Σημειώστε την ώρα που πάει το παιδί για ύπνο: _____

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)
1. Το παιδί πάει στο κρεβάτι την ίδια ώρα κάθε νύκτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Το παιδί αποκοιμίζεται μέσα σε 20 λεπτά αφότου πάει στο κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Το παιδί αποκοιμίζεται μόνο του στο δικό του κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Το παιδί αποκοιμίζεται στο κρεβάτι του γονέα ή του/της αδελφού/ής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Το παιδί αποκοιμίζεται με κούνημα ή ρυθμικές κινήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Το παιδί χρειάζεται ένα συγκεκριμένο αντικείμενο (κούκλα, ειδική κουβέρτα, κλπ.) για να αποκοιμηθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Το παιδί χρειάζεται την παρουσία του γονέα στο δωμάτιο για να αποκοιμηθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Το παιδί αντιστέκεται να πάει στο κρεβάτι την ώρα του ύπνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Το παιδί είναι έτοιμο να πάει στο κρεβάτι του την ώρα του ύπνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Το παιδί παιδεύεται να αποκοιμηθεί (κλαίει, αρνείται να μείνει στο κρεβάτι, κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Το παιδί φοβάται να κοιμηθεί στο σκοτάδι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Το παιδί φοβάται να κοιμηθεί μόνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Συμπεριφορά Ύπνου

Η συνηθισμένη διάρκεια ύπνου του παιδιού είναι: _____ ώρες και _____ λεπτά

(συνυπολογίστε νυκτερινό ύπνο και ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας)

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)
13. Το παιδί κοιμάται πολύ λίγο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Το παιδί κοιμάται πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Το παιδί κοιμάται όσο πρέπει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Η διάρκεια ύπνου του παιδιού είναι περίπου η ίδια από μέρα σε μέρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Το παιδί βρέχεται τη νύκτα στο κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Το παιδί μιλάει στον ύπνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Το παιδί είναι ανήσυχο και κάνει πολλές κινήσεις ενώ κοιμάται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Το παιδί υπνοβατεί κατά τη διάρκεια της νύκτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Το παιδί πηγαίνει στο κρεβάτι κάποιου άλλου τη νύκτα (γονέα, αδελφού, αδελφής κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Το παιδί αναφέρει σωματικό πόνο κατά τον ύπνο Αν ναι, πού πονάει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Το παιδί τρίζει τα δόντια του στον ύπνο (ο οδοντίατρος μπορεί να σας το έχει πει)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Το παιδί ροχαλίζει δυνατά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Το παιδί φαίνεται σαν να σταματάει να αναπνέει κατά τη διάρκεια του ύπνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Το παιδί ρουθουνίζει δυνατά ή/και αγκομαχά στον ύπνο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Το παιδί δεν μπορεί να κοιμηθεί καλά εκτός σπιτιού (σε συγγενείς, διακοπές)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Το παιδί παραπονείται για προβλήματα με τον ύπνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Το παιδί ξυπνάει τη νύκτα ουρλιάζοντας, ιδρωμένο και απαρηγόρητο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Το παιδί ξυπνάει αναστατωμένο από τρομακτικά όνειρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ. Ξυπνήματα τη Νύκτα

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)
31. Το παιδί ξυπνάει μια φορά κατά τη διάρκεια της νύκτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Το παιδί ξυπνάει πάνω από μια φορά κατά τη διάρκεια της νύκτας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Το παιδί ξανακοιμάται χωρίς βοήθεια μετά από ξύπνημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πόσα λεπτά συνήθως διαρκεί το ξύπνημα τη νύκτα; _____			

Δ. Πρωινό Ξύπνημα

Τι ώρα συνήθως το πρωί ξυπνά το παιδί; _____

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)
34. Το παιδί ξυπνάει μόνο του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Το παιδί ξυπνάει με ξυπνητήρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Το παιδί ξυπνάει με κακή διάθεση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Κάποιος άλλος ξυπνάει το παιδί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Το παιδί δυσκολεύεται να σηκωθεί το πρωί από το κρεβάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Περνάει πολλή ώρα το πρωί για να ξυπνήσει εντελώς το παιδί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Το παιδί ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Το παιδί έχει καλή όρεξη για φαγητό το πρωί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ε. Υπνηλία την Ημέρα

	Συνήθως (5-7)	Μερικές φορές (2-4)	Σπάνια (0-1)
42. Το παιδί κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Το παιδί φαίνεται κουρασμένο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Το παιδί φαίνεται κουρασμένο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Το παιδί φαίνεται πολύ νυσταγμένο ή αποκοιμείται κατά τη διάρκεια των παρακάτω δραστηριοτήτων:			
	<u>Δεν νυστάζει Νυστάζει πολύ Αποκοιμείται</u>		
α. Παίζοντας μόνο του	_____ → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Βλέποντας τηλεόραση	_____ → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Σε μετακινήσεις με αυτοκίνητο	_____ → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Ενώ τρώει	_____ → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής για παιδιά

Kid- & Kiddo-KINDL[®]



Αγαπητέ γονέα,

εκτιμούμε πραγματικά το ότι αφιερώνετε χρόνο για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο αυτό το οποίο αφορά την ευεξία και την ποιότητα ζωής του παιδιού σας που σχετίζεται με την υγεία του.

Εφόσον αυτό είναι θέμα προσωπικής σας εκτίμησης, παρακαλούμε συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο ο ίδιος σύμφωνα με τις οδηγίες, χωρίς να ρωτάτε το παιδί σας.

- ⇒ Διαβάστε κάθε ερώτηση προσεκτικά.
- ⇒ Σκεφτείτε πως ένιωθε το παιδί σας κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.
- ⇒ Βάλτε ένα Χ στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στην απάντηση που ταιριάζει καλύτερα στο παιδί σας.

Για παράδειγμα:



ποτέ σπάνια μερικές φορές συχνά συνεχώς

Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...
...το παιδί μου απολάμβανε να τρώει παγωτό

Το παιδί μου είναι: Κορίτσι Αγόρι Ηλικία: _____ ετών

Είστε: Η μητέρα Ο πατέρας Άλλο _____?

Ημερομηνία συμπλήρωσης: ____ / ____ / ____ (ημέρα / μήνας / έτος)

1. Σωματική ευεξία

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου ένοιωθε άρρωστο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...το παιδί μου είχε πονοκέφαλο ή πονούσε η κοιλιά του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... το παιδί μου ήταν κουρασμένο και εξαντλημένο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... το παιδί μου ένιωθε δυνατό και γεμάτο ενέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Συναισθηματική ευεξία

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου διασκεδάζε και γελούσε πολύ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...το παιδί μου δεν είχε διάθεση να κάνει οτιδήποτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...το παιδί μου ένιωθε ολομόναχο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...το παιδί μου ένοιωθε φοβισμένο ή αβέβαιο για τον εαυτό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Αυτοεκτίμηση

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου ήταν περήφανο για τον εαυτό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...το παιδί μου ένιωθε σαν να ήταν στην κορυφή του κόσμου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...το παιδί μου ένιωθε ευχαριστημένο με τον εαυτό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...το παιδί μου είχε πολλές καλές ιδέες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Οικογένεια

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου τα πήγαινε καλά με μας τους γονείς του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...το παιδί μου ένιωθε περίφημα στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...καυγαδίζαμε στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...το παιδί μου ένοιωθε ότι το διεύθυνα συνεχώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Κοινωνικές επαφές

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου έκανε πράγματα μαζί με φίλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... το παιδί μου ήταν αρεστό από τα άλλα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...το παιδί μου τα πήγαινε καλά με τους φίλους του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...το παιδί μου ένιωθε διαφορετικά από τα άλλα παιδιά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Σχολείο

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου εύκολα τα έβγαζε πέρα με τις εργασίες του σχολείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...το παιδί μου απολάμβανε τα μαθήματα του σχολείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...το παιδί μου ανησυχούσε για το μέλλον του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...το παιδί μου φοβόταν για τυχόν παρατηρήσεις ή κακούς βαθμούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Είναι το παιδί σου ασθενής στο νοσοκομείο αυτή την στιγμή ή έχει κάποια μακροχρόνια αρρώστια;

Ναι

Όχι

παρακαλούμε απάντησε τις παρακάτω
βερωτήσεις

το ερωτηματολόγιο έχει γίνει

<i>Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας...</i>	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	συνεχώς
1. ...το παιδί μου φοβότανε ότι η αρρώστια του μπορεί να χειροτερέψει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...το παιδί μου ήταν λυπημένο εξαιτίας της αρρώστιας του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...το παιδί μου ήταν ικανό να αντιμετωπίσει καλά την αρρώστια του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...συμπεριφερόμασταν στο παιδί μας σαν να ήταν μικρό εξ αιτίας της αρρώστιας του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...το παιδί μου απέφευγε οι άλλοι να αντιληφθούν την αρρώστια του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...το παιδί μου του έλειψε κάτι στο σχολείο εξ αιτίας της αρρώστιας του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ευχαριστούμε για την βοήθειά σας!

ΦΟΡΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Προτεινόμενος τίτλος ερευνητικής εργασίας

«Διαταραχές ύπνου και ποιότητα ζωής παιδιών σχολικής ηλικίας

Με και χωρίς νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα»

Ερευνήτρια: Τσίπουρα Γεωργία (Ψυχολόγος – Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια στο πρόγραμμα «Αντιμετώπιση του πόνου» Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων).

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ελένη Λαζαράτου, Παιδοψυχίατρος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής - Α' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ).

Με το παρόν έντυπο σας προσκαλούμε να λάβετε μέρος σε μία ερευνητική μελέτη. Πριν αποφασίσετε εάν θα συμμετέχετε ή όχι, παρακαλείσθε να διαβάσετε προσεκτικά τις πληροφορίες που ακολουθούν. Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ νεανικής ιδιοπαθούς αρθρίτιδας και συνηθειών ύπνου, καθώς και η επίδραση της σχέσης αυτής στη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευεξία του παιδιού.

Η διαδικασία στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός εντύπου που περιέχει ερωτήματα για την ηλικία, το φύλο του παιδιού, τον τόπο διαμονής σας καθώς και για την ασθένεια, ενός ερωτηματολογίου για τις συνήθειες ύπνου, τις δυσκολίες καθώς και τα προβλήματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου και ενός ερωτηματολογίου που μετρά την ποιότητα ζωής του παιδιού.

Τα ίδια ερωτηματολόγια θα χορηγηθούν και σε μία ομάδα ελέγχου που θα περιλαμβάνει γονείς παιδιών που δεν πάσχουν από νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα ή κάποια άλλη μακροχρόνια αρρώστια.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική. Δεν προβλέπονται οικονομικά ή άλλα κίνητρα για την συμμετοχή σας σε αυτήν.

Όλες οι πληροφορίες που θα συλλεγούν θα παραμείνουν αυστηρά απόρρητες τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά το τέλος της μελέτης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα δημοσιευθούν σε ένα διεθνές επιστημονικό περιοδικό και θα παρουσιαστούν ενώπιον τριμελούς επιτροπής καθηγητών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η δημοσίευση και η παρουσίαση της μελέτης δεν θα περιλαμβάνουν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης θα μπορείτε, εάν επιθυμείτε, να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα.

Δήλωση Συναίνεσης

Διάβασα το έντυπο και κατανοώ πλήρως τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω. Συμφωνώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία οικειοθελώς.

Ημερομηνία.....

Όνομα συμμετέχοντος:.....

Υπογραφή συμμετέχοντος:

**ΠΙΝΑΚΕΣ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ**

	BTR	SOD	SD	SA	NW	P	SDB	DTS	CSHQ
BTR	1								
SOD	0,028 0,848	1							
SD	0,123 0,394	0,172 0,233	1						
SA	,805** 0	0,015 0,918	0,069 0,635	1					
NW	,511** 0	0,093 0,52	,306* 0,031	,416** 0,003	1				
P	,447** 0,001	0,034 0,812	,420** 0,002	,422** 0,002	,404** 0,004	1			
SDB	0,24 0,093	0,030 0,837	,464** 0,001	,290* 0,041	0,22 0,125	,614** 0	1		
DTS	0,131 0,365	0,185 0,197	0,1 0,49	0,05 0,73	0,18 0,211	0,089 0,54	0,002 0,989	1	
CSHQ	,730** 0	0,227 0,112	,492** 0	,653** 0	,634** 0	,695** 0	,503** 0	,554** 0	1

Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και υποκλιμάκων CSHQ σε ασθενείς

	Συντ. συσχέτισης	p value
BTR -CSHQ	0,506**	0,000
SOD-CSHQ	0,032	0,825
SD-CSHQ	0,428**	0,002
SA-CSHQ	0,563**	0,000
NW-CSHQ	0,312*	0,027
P-CSHQ	0,519**	0,000
SDB-CSHQ	0,026	0,860
DTS-CSHQ	0,464**	0,001

Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και υποκλιμάκων CSHQ σε υγιείς

	Σωματική	Συναίσθημ.	Αυτοεκ.	Οικογένεια	Φίλοι	Σχολείο	Ασθένεια	Σύνολο KINDL ^R
Σωματική	1							
Συναίσθημ.	0,653** 0	1						
Αυτοεκτίμηση	0,411** 0,003	0,720** 0	1					
Οικογένεια	0,631** 0	0,465** 0,001	0,310* 0,028	1				
Φίλοι	0,559** 0	0,758** 0	0,532** 0	0,535** 0	1			
Σχολείο	0,568** 0	0,668** 0	0,608** 0	0,455** 0,001	,563** 0	1		
Ασθένεια	0,509** 0	0,600** 0	0,493** 0	0,503** 0	,647** 0	0,609** 0	1	
Σύνολο KINDL ^R	0,762** 0	0,869** 0	0,737** 0	0,687** 0	,829** 0	0,808** 0	0,826** 0	1

Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και υποκλιμάκων KINDL^R σε ασθενείς

	Συντ. συσχέτισης	p value
Σωματική - KINDL ^R	0,553**	0,000
Συναισθηματική - KINDL ^R	0,538**	0,000
Αυτοεκτίμηση - KINDL ^R	0,314*	0,026
Οικογένεια - KINDL ^R	0,370**	0,008
Φύλοι - KINDL ^R	0,190	0,187
Σχολείο - KINDL ^R	0,573**	0,000

Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και υποκλιμάκων KINDL^R σε υγιείς

ΠΑΙΔΙΑ			ΕΦΗΒΟΙ	
N.I.A	Συντ. συσχέτισης	p value	Συντ. συσχέτισης	p value
Σωματική - KINDL ^R	0,785**	0,000	0,666**	0,001
Συναισθηματική - KINDL ^R	0,873**	0,000	0,739**	0,000
Αυτοεκτίμηση - KINDL ^R	0,874**	0,000	0,481*	0,027
Οικογένεια - KINDL ^R	0,656**	0,000	0,719**	0,000
Φύλοι - KINDL ^R	0,785**	0,000	0,808**	0,000
Σχολείο - KINDL ^R	0,830**	0,000	0,802**	0,000
Ασθένεια - KINDL ^R	0,863**	0,000	0,553**	0,009

Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και υποκλιμάκων KINDL^R σε επίπεδο ηλικίας

ΠΑΙΔΙΑ			ΕΦΗΒΟΙ	
Χωρίς N.I.A	Συντ. συσχέτισης	p value	Συντ. συσχέτισης	p value
Σωματική - KINDL ^R	0,493**	0,008	0,834**	0,000
Συναισθηματική - KINDL ^R	0,617**	0,000	0,617**	0,002
Αυτοεκτίμηση - KINDL ^R	0,367	0,055	-0,216	0,335
Οικογένεια - KINDL ^R	0,44**	0,019	-0,058	0,797
Φύλοι - KINDL ^R	0,365	0,056	-0,258	0,247
Σχολείο - KINDL ^R	0,354	0,065	0,844**	0,000

	Σωματική	Συναισθηματική	Αυτοεκτίμηση	Οικογένεια	Φύλοι	Σχολείο	KINDL ^R
BTR	0,236	0,165	-0,144	0,126	-0,202	0,171	-0,152
	0,098	0,252	0,319	0,382	0,16	0,236	0,291
SOD	-,353*	-0,237	0,088	-0,029	0,066	-,289*	-,309*
	0,012	0,098	0,543	0,839	0,649	0,042	0,029
SD	-,404**	-0,17	-0,172	0,086	-0,048	-0,158	-,323*
	0,004	0,239	0,233	0,553	0,74	0,273	0,022
SA	0,13	0,087	0,047	0,127	-0,18	0	-0,076
	0,369	0,546	0,747	0,378	0,211	0,998	0,599
NW	0,079	-0,059	-0,014	-0,088	0,001	-0,017	-0,041
	0,585	0,683	0,923	0,543	0,992	0,905	0,777
P	0,059	-0,024	0,027	,493**	-,316*	-0,039	-0,084
	0,686	0,87	0,853	0	0,025	0,789	0,563
SDB	0,265	0,247	0,126	0,08	0,054	-,389**	-,478**
	0,063	0,083	0,384	0,58	0,709	0,005	0
DTS	-0,027	-0,196	-,340*	-0,092	-0,094	0,111	-0,206
	0,853	0,172	0,016	0,526	0,515	0,445	0,151
CSHQ	-0,02	-0,115	-0,265	-0,209	-0,255	-0,097	-0,082
	0,889	0,428	0,063	0,145	0,074	0,505	0,574

Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας υποκλιμάκων των CSHQ & KINDL^R σε επίπεδο υγιών