



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

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

**Παιδιά Σχολικής Ηλικίας: Η επίδραση της Οικογένειας στο χρόνιο
πόνο και στην προσαρμογή των παιδιών σε αυτόν – Συστηματική
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

Σπουδάστρια:

Κωσταντάρα Παναγιώτα, Ψυχολόγος (Α.Μ.40)

Επιβλέπων καθηγητής:

Δημολιάτης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

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

Ιωάννινα, 2007

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος: Η διερεύνηση στο μέτρο που ήταν δυνατό, της φύσεως των σχέσεων που λειτουργούν ως παράγοντες κατανόησης και αιτιολογίας στην ενίσχυση, διατήρηση και προσαρμογή του παιδιού στο χρόνιο πόνο.

Είδος μελέτης: Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Μέθοδος: Ηλεκτρονική αναζήτηση Α) στις Μηχανές Αναζήτησης: pubmed, Google/scholar, Psychinfo, IATROTEK. Β) στις Ηλεκτρονικές Πηγές πληροφοριών για τον παιδικό χρόνιο πόνο: Στις περιλήψεις του ‘International Symposium on pediatric pain’ και τα αρχεία του ‘Pediatric Pain Letter’. Γ) Συναφείς βιβλιογραφίες ερευνήθηκαν από τις βιβλιογραφικές λίστες. Δ) Τεχνική της Χιονόμπαλας.

Αποτελέσματα: Υπάρχουν ενδείξεις ότι η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος και ιδιαίτερα η οικογενειακή συνοχή, μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να αναπτύξει προσαρμοστικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου. Επιπροσθέτως η συναισθηματική κατάσταση των σημαντικών για το παιδί ‘άλλων’, μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική κατάσταση του ίδιου του παιδιού, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιήσει.

Συμπεράσματα: Εντοπίστηκαν προβλήματα που αφορούσαν:

- Στην έλλειψη αιτιολογικών μοντέλων διερεύνησης των χαρακτηριστικών της οικογένειας που συνδέονται με την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο και την ασθένεια.
- Στις πηγές συγκέντρωσης των δεδομένων. Δεν αρκεί ο συνδυασμός χρήσης ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων, χρειάζεται τα δεδομένα να είναι αντιπροσωπευτικά του οικογενειακού συστήματος.
- Στο εννοιολογικό πλαίσιο των τρόπων αντιμετώπισης, ώστε να υπάρξει και μια κοινή γλώσσα που θα επιτρέψει και τη διεπιστημονική αξιολόγηση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Λέξεις κλειδιά: γονικός, γονείς, μητέρα, πατέρα, οικογένεια, (ΚΑΙ) παιδιά, αντιμετώπιση, ‘αντιμετώπιση χρόνιου πόνου’, χρόνιος πόνος.

ABSTRACT

Object: The investigation of the nature of the relations, which function as crucial factors in order to understand and justify either the reinforcement or the preservation and in general the coping of children with chronic pain.

Study design: Systematic Review

Method: E-search in the following search engines: a) pub med, Google/scholar, Psycinfo, IATPOTEK. b) Electronic data base of information on children's chronic pain: Use of the abstracts of the "International Symposium on pediatric pain" and of the data base of Pediatric Pain Letter. c) Examination of coherent bibliography through lists of scientifically recognized studies-articles. d) Use of the "snowball" method.

Results: Based upon the results of the studies, there is certain indication that the function of the family environment and especially the cohesion of the family can help the child to evolve adjustive ways of coping with pain. Furthermore, the emotional state of the other persons, which are important to the child, can also affect his/hers emotional state, as well as the ways that the child will use in order to cope with pain.

Conclusions: Several problems were located that concerned:

- The lack of explaining models of the characteristics of the family that are strongly connected with the adjustment of the children to pain and illness.
- The concentration of database. The combination of qualitative and quantitative data is insufficient, since they have to be representative of the whole family system.
- The conceptional frame of the coping methods, in order to achieve a common language which will allow the interdisciplinary evaluation and development of the results.

Keywords: parental; parent; mother; father; family (AND) children; coping; 'children coping with chronic pain'; 'chronic pain'

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Ιωάννη Δημολιάτη, ο οποίος με την αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγησή του βοήθησε στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην ομάδα εργασίας των συναδέλφων του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος 'Αντιμετώπιση του Πόνου', Εργαστηρίου Ιατρικής Ψυχολογίας, της Ψυχιατρικής Κλινικής, του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τη βοήθεια και συμπαράστασή τους.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε όλους τους δικούς μου ανθρώπους· εκείνους που ζουν με πόνο σήμερα και εκείνους που έζησαν με τον πόνο αλλά δεν τα 'κατάφεραν'.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Τίτλος	
Περίληψη	ii
Ευχαριστίες	iv
Κατάλογος Σχημάτων	vii
Κατάλογος Πινάκων	viii
Πρόλογος	ix

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1	Οικογένεια και παιδί: Προσδιορισμός της φύσης της σχέσης στην επίδραση του χρόνιου πόνου	1
1.2	Χαρακτηριστικά Χρόνιου πόνου	4
1.3	Η Σημασία του προβλήματος για τα παιδιά σχολικής ηλικίας	4
1.4	Διευκρινιστικοί ορισμοί	6
1.5	Αντικείμενο και σκοπός της μελέτης	7
1.6	Διατύπωση Υποθέσεων	7
1.7	Διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων	7

2 ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

2.1	Στρατηγική Αναζήτησης του Δείγματος	8
2.1.1	Μηχανές Αναζήτησης	9
2.1.1.1	pubmed.com	9
2.1.1.2	Google/scholar	10
2.1.1.3	Psychinfo	10
2.1.1.4	IATPOTEK	11

2.1.2	Αναζήτηση Σε Ηλεκτρονικές Βάσεις Δεδομένων	11
2.1.2.1	Αναζήτηση στις περιλήψεις του Διεθνούς Συμποσίου για τον Παιδιατρικό Πόνο: ‘International Symposium on pediatric pain’	11
2.1.2.2	Αναζήτηση στα αρχεία του ‘Pediatric Pain Letter’	12
2.1.2.3	Αναζήτηση στο δικτυακό τόπο της ερευνήτριας Christine T. Chambers	12
2.2	Αρχική Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τη συνάφειά τους με το θέμα της διπλωματικής εργασίας	13
2.3	Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού	14
2.3.1	Κριτήρια Επιλογής	14
2.3.2	Κριτήρια Αποκλεισμού	14
2.4	Εκτίμηση των Μελετών ως προς τα Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού	15
2.5	Εκτίμηση Κριτηρίων ως προς την αυθεντικότητα των Μελετών	17
2.6	Αλφαβητική παρουσίαση των μελετών του δείγματος της Μελέτης	18
2.7	Κωδικοποίηση Των Αποτελεσμάτων	19
3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	20
	Τμήμα 1 ^ο : ‘Δημογραφικές Παράμετροι Των Μελετών’	23
3.1	Τμήμα 2 ^ο : Περιγραφική Παράθεση των αποτελεσμάτων του δείγματος	25
3.1.1	(Μελέτη 1): Aromaa και συν. (2000), ‘Pain experience of children with headache and their families: A controlled study’.	25
3.1.2	(Μελέτη 2): Bandell-Hoekstra και συν. (2000), ‘Recurrent headache, coping, and quality of life in children: a review’.	27
3.1.3	(Μελέτη 3): Connelly, M. (2006), ‘Distinguishing clinical levels of depression in children with chronic syndromes: influence of caregiver depression and child coping strategies’.	28

3.1.4	(Μελέτη 4): Crushell και συν. (2003), ‘Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain’.	29
3.1.5	(Μελέτη 5): Frare και συν. (2002), ‘Quality of Life, Coping Strategies, and Family Routines in Children with Headache’	29
3.1.6	(Μελέτη 6): McKernon και συν. (2001), ‘Longitudinal Study of observed and perceived family influences on problem – focused coping behaviors of preadolescents with spina bifida’.	31
3.1.7	(Μελέτη 7): Mitchell και συν. (2007), ‘Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease’.	33
3.1.8	(Μελέτη 8): Mullins και συν. (1995), “Child and Maternal adaptation to cystic fibrosis and insulin dependant diabetes mellitus: differential patterns across disease states”.	35
3.1.9	(Μελέτη 9): Thompson και συν. (1992), ‘Psychological adjustment of children with cystic fibrosis: the role of child cognitive processes and maternal adjustment’.	36
3.1.10	(Μελέτη 10): Thompson και συν. (1993), ‘The role of child and maternal processes in the psychological adjustment of children with sickle cell disease’.	39
Τμήμα 3 ^ο :	‘Διαφοροποίηση των Μελετών ως προς τις Ανεξάρτητες Μεταβλητές και τα Αιτιολογικά Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων’	41
Τμήμα 4 ^ο :	‘Διαφοροποίηση των Μελετών ως προς τα Μέτρα Αξιολόγησης που Χρησιμοποιούν’	42
4	ΣΥΖΗΤΗΣΗ– ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	43
4.1	Σύνοψη αποτελεσμάτων	46
4.2	Προσδιορισμός της μελέτης με τη μεγαλύτερη ισχύ	47
4.3	Προβλήματα ως προς το εννοιολογικό πλαίσιο ορισμού, διάκρισης και ονομασίας των τρόπων αντιμετώπισης και άλλων λειτουργικών μεταβλητών	49
4.4	Προβλήματα ως προς την κατεύθυνση των συσχετίσεων	51

4.5	Προβλήματα που προκύπτουν από τις πηγές συγκέντρωσης των δεδομένων	51
4.6	Διαφορές ως προς τους παράγοντες ‘κινδύνου’ που μεσολαβούν για την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο ανάμεσα στις διαφορετικές ως προς την ασθένεια ομάδες παιδιών.	52
4.6	Προβλήματα στη χρήση των μέτρων αξιολόγησης	54

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1:	Αλληλεπιδραστικό Μοντέλο Μόνου	3
Σχήμα 2.	Μοντέλο Bandell-Hoekstra	30

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας Δείγματος (1):	‘Δημογραφικές Παράμετροι Των Μελετών’.	23
Πίνακας	(Aromaa και συν. 2000)	26
Πίνακας	(Bandell-Hoekstra και συν. 2000)	27
Πίνακας	(Connolly, 2006)	28
Πίνακας	(Crushell και συν. 2003)	29
Πίνακας	(Frare και συν. 2002)	30
Πίνακας	(McKernon και συν. 2001)	32
Πίνακας	(Mitchell και συν. 2007)	34
Πίνακας	(Mullins και συν. 1995)	35
Πίνακας	(Thompson και συν. 2001)	37
(Πίνακας ‘4 - μελέτη Thompson και συν. 1992’)		38
Πίνακας	(Thompson και συν. 1993)	40
Πίνακας Δείγματος (2):	‘Διαφοροποίηση των Μελετών ως προς τις Ανεξάρτητες Μεταβλητές και τα Αιτιολογικά Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων’	41
Πίνακας Δείγματος (3):	‘Διαφοροποίηση των Μελετών ως προς τα Μέτρα Αξιολόγησης που Χρησιμοποιούν’	42

Βιβλιογραφία

Παράρτημα Ι

Παράρτημα ΙΙ

Ερμηνευτήριο Όρων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Παρότι ο πόνος σαν αντικείμενο μελέτης για τους ενηλίκους αποτελεί πρακτική για πάνω από 60 χρόνια, το ενδιαφέρον διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων κυρίως όσον αφορά στην ενίσχυση και διατήρηση του χρόνιου πόνου στα παιδιά είναι σχετικά πρόσφατο.

Αρχικά η διερεύνηση αφορούσε στο ίδιο το παιδί, στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, ως πλατφόρμα ετοιμότητας διαφορετικής απάντησης στον πόνο. Όταν η αντίληψη για τον πόνο άρχισε να διευρύνεται έτσι ώστε να διαφαίνεται η σημασία των αλληλεπιδράσεων με τους σημαντικούς 'άλλους', στην κατανόηση αλλά και στην αντιμετώπιση του χρόνιου παιδικού πόνου, το ενδιαφέρον των ερευνητών στράφηκε στη δυαδική σχέση (μητέρα – παιδί) και αργότερα σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα.

Σύμφωνα με τους Turk και συν. (1987), Palermo & Chambers, (2005), Payne & Norfleet, (1986), ο τρόπος με τον οποίο ένα παιδί αντιδρά στην ασθένεια και τα συμπτώματά της, αποτελεί αντανάκλαση της οικογένειας προέλευσης. Στη διεθνή βιβλιογραφία για τον παιδιατρικό πόνο εμφανίζονται ενδείξεις για το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια στην υγεία των μελών της, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα της ασθένειάς του, Turk και συν. (1985).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Jamison & Walker, (1992) ο κοιλιακός επαναλαμβανόμενος πόνος ήταν συχνότερος στα παιδιά των γονιών με ιστορικό πόνου, από ότι στα παιδιά γονιών δίχως ιστορικό πόνου. Οι Walker και συν. (1993) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με επαναλαμβανόμενο κοιλιακό πόνο με ή χωρίς γνωστή οργανική αιτιολογία, αναφέρουν πιο υψηλά επίπεδα οικογενειακών προβλημάτων σε σχέση τα παιδιά που δε βιώνουν χρόνιο πόνο.

Ο πόνος σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (IASP, 1979), ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης.

Η αισθητική έκφρασή του δεν είναι πάντα αντιπροσωπευτική της βλάβης των ιστών και από την άλλη, η βλάβη των ιστών δεν είναι πάντα αξιόπιστος δείκτης πόνου.

Κάποιοι ασθενείς αναφέρουν πόνο αδιευκρίνιστης αιτιολογίας, ενώ σε άλλους διαπιστώνεται βλάβη ιστών, δίχως να έχουν πόνο ή η εστία πόνου βρίσκεται μακριά από το σημείο βλάβης.

Με άλλα λόγια, ο πόνος φαίνεται ότι αποτελεί υποκειμενικό βίωμα και ορίζεται ως αισθητική (φυσική) και συναισθηματική εμπειρία, η μεταξύ των οποίων σχέση δεν είναι στατική αλλά δυναμική, ποικίλλει ανάλογα με το χώρο και το χρόνο και καθορίζει την αντίδραση και την συμπεριφορά του ασθενούς σε δεδομένη στιγμή.

Η πολυπλοκότητα του βιώματος του πόνου αυξάνει λόγω της πολύπλοκης λειτουργίας του Κεντρικού Νευρικού και Περιφερειακού Συστήματος (Weinstein, 1991), της δριμύτητας των ερεθισμάτων πόνου (Hotopf, και συν. 1999), της συμμετοχής κοινωνικών, περιβαλλοντικών, συναισθηματικών και γνωστικών μεταβλητών, (Zelzter, 1997), αλλά και της ιστορίας του ίδιου του ατόμου (Osborne και συν. 1987) στη διαμόρφωση του βιώματος του πόνου.

Αν θα μπορούσε να γίνει μια απόπειρα να αποδοθεί αλγεβρικά ο παραπάνω ορισμός, θα ήταν ο ακόλουθος:

Χρόνιος Πόνος (παιδιού) = $f \{(\text{βιολογικοί παράγοντες}), (\text{πολιτισμικοί παράγοντες}), (\text{οικονομικοί παράγοντες}), (\text{ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά} - \text{ιστορία του παιδιού}), (\text{γονείς} - \text{οικογενειακό πλαίσιο} - \text{ιστορία της οικογένειας} - \text{κλπ}), (\text{δριμύτητα της ασθένειας}), \dots\dots\dots, (n)\}$.

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να ανασκοπηθούν και να διερευνηθούν μελέτες, οι οποίες με τη σειρά τους εξετάζουν ένα κομμάτι της παραπάνω εξίσωσης.

Το τμήμα: Χρόνιος Πόνος (Παιδιού) = f (οικογένεια – γονείς) και συγκεκριμένα την εξίσωση: Χρόνιος Πόνος Παιδιού (σχολικής ηλικίας) = f (γονείς – οικογενειακό πλαίσιο – ιστορία της οικογένειας – κλπ).

Να σημειωθεί, ότι δεν υποστηρίζεται ότι η δυαδική σχέση (γονιός – παιδί) είναι της ίδιας φύσης και ποιότητας με το συνολικό οικογενειακό πλαίσιο, αλλά πως και τα δύο αποτελούν άρρηκτα αλληλοπροσδιοριζόμενα ‘στοιχεία’ της πραγματικότητας του παιδιού.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Οικογένεια και παιδί: Προσδιορισμός της φύσης της σχέσης στην επίδραση του χρόνιου πόνου

Ο Endelman υποστηρίζει ότι ο τρόπος εξέλιξης του ανθρώπινου οργανισμού, στηρίζεται στη γενετική πληροφορία, αλλά επηρεάζεται και από την εμπειρική επιλογή, δηλαδή από επιρροές επιγενετικού τύπου και με αυτόν τον τρόπο μεταβάλλεται δομικά, (Δαμίγος, 2005).

Επιγενετικές επιρροές είναι οι επιρροές που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι αλληλεπιδράσεις με τους γονείς αποτελούν από τις πρώτες και ισχυρότερες επιγενετικές εμπειρίες.

Τα ίχνη αυτών των επιγενετικών εμπειριών αποτυπώνονται στην άδηλη (implicit) και έκδηλη (explicit) μνήμη του παιδιού. Η άδηλη υπάρχει από τη γέννησή μας, κωδικοποιεί τα ερεθίσματα και συνδέεται με νευρωνικά κυκλώματα που είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση των συναισθημάτων, των συμπεριφορών, της αντίληψης, ίσως και των σωματικών αισθήσεων. Έχει τη δυνατότητα να γενικεύει τις επαναλαμβανόμενες εμπειρίες από τα ‘σημαντικά’ για το παιδί πρόσωπα και να δημιουργεί ‘μοντέλα’, (με τρόπο που δε γίνονται αντιληπτά από το συνειδητό), σύμφωνα με τα οποία το παιδί θα ανταποκρίνεται στα ερεθίσματα, καθώς επίσης διαμορφώνουν ‘νοητικές κατασκευές’ δηλαδή συγκεκριμένους τρόπους, με τους οποίους το παιδί θα βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του (Anderson και συν. 1986, Καλαρρύτης, 2003).

Η έκδηλη μνήμη και ειδικά η ‘αυτοβιογραφική’ αρχίζει να αναπτύσσεται μετά τα δύο πρώτα έτη ηλικίας, διότι χρειάζεται την περαιτέρω ανάπτυξη του μεταιχμιακού συστήματος και του προμετωπιαίου φλοιού.

Η τελική αντίληψη του πόνου φαίνεται ότι γίνεται μέσω ενός δικτύου εγκεφαλικών μηχανισμών¹, που περιλαμβάνει, το δικτυωτό σχηματισμό, το μεταιχμιακό σύστημα και τις φλοιώδεις ίνες (Βούλγαρη Π, 2005).

¹ Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί πόνου περιλαμβάνουν: 1. το κεντρομόλο ανιόν σύστημα, όπου οι Α δέλτα και C ίνες είναι οι κύριες οδοί που προσάγουν τον πόνο. Αυτές εισέρχονται στα οπίσθια νωτιαία κέρατα και ανεβαίνουν στη νωτιοθλαμική οδό που στέλνει συνδετικές ίνες στο δικτυωτό σχηματισμό του στελέχους και στον πυρήνα του θαλάμου, πριν εισέλθουν στο σωματοαισθητικό φλοιό. 2. το φυγόκεντρο κατιόν ενδογενές ανασταλτικό σύστημα με αναλγητικές οδούς που ξεκινούν από τη γύρω απ’ τον υδραγωγό φαία ουσία του μεσεγκεφάλου προς τα οπίσθια νωτιαία κέρατα, μέσω του μεγάλου πυρήνα της ραφής στη γέφυρα. Το κατιόν σύστημα χρησιμοποιεί τοπικούς έσω νευρώνες στο νωτιαίο μυελό και περιφερικές Α-βήτα αισθητικές ίνες που προσυναπτικά αναστέλλουν τις Α-δέλτα και C-ίνες των οπίσθιων νευρώνων.

Το μεταιχμιακό σύστημα αποτελεί ένα σύνθετο κύκλωμα που ελέγχει τη συγκινησιακή συμπεριφορά και τα κίνητρα και αποτελεί τον τόπο, όπου πραγματοποιείται το μεγαλύτερο μέρος της μαθησιακής και μνημονικής δραστηριότητας του εγκεφάλου. Περιλαμβάνει ένα μεγάλο συγκρότημα εγκεφαλικών δομών, μεταξύ των οποίων η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος.

Η αμυγδαλή είναι ήδη σχηματισμένη από τη γέννηση και χαρακτηρίζεται ως η αποθήκη της συναισθηματικής μας μνήμης.

Ο ιππόκαμπος εμπλέκεται σημαντικά στην καταγραφή και επεξεργασία των αντιληπτικών σημάτων, είναι υπεύθυνος για τις ‘αφηγηματικές αναμνήσεις’ και σημαντικός για την ερμηνεία του συναισθήματος.

Ο προμετωπιαίος φλοιός είναι σημαντικός για την αντίληψη και τη ρύθμιση των συναισθημάτων.

Ο πόνος λοιπόν φαίνεται να είναι ένα αισθητικό ερέθισμα που περιλαμβάνει συναισθηματικά, συνειδησιακά και μη στοιχεία και του οποίου η αντίληψη παρουσιάζεται με τη σύνθεση αισθημάτων που περνούν από το φίλτρο του γνωστικού, του βιολογικού μας υποβάθρου και της βιωμένης ιστορίας μας, έτσι όπως αυτή έχει σχηματισθεί μέσα από το πλαίσιο των σχέσεών μας με τους άλλους, αρχικά με εκείνους που φροντίζουν το παιδί, από τις πρώτες μέρες της ζωής του.

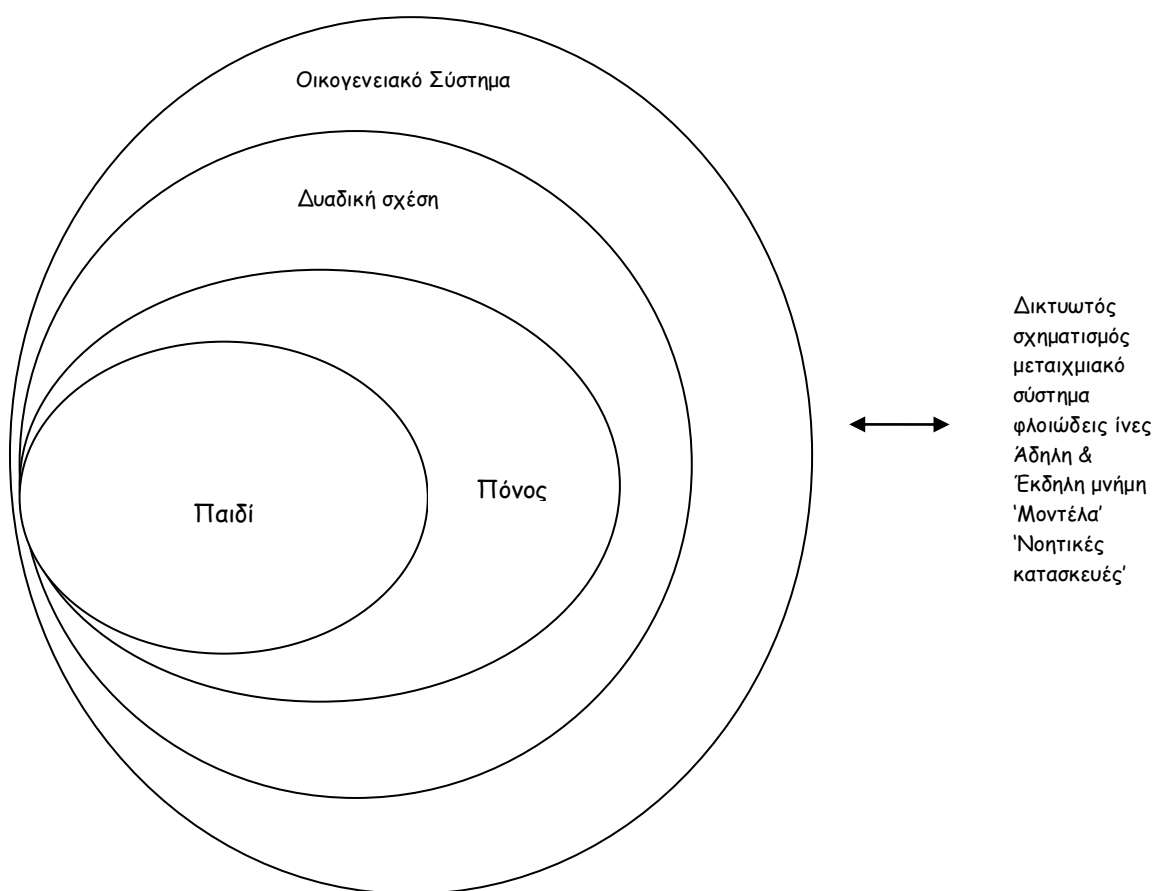
Πρώτα με τη μητέρα, αργότερα με τον πατέρα, τα αδέρφια, την οικογένεια που αποτελεί τον πρωταρχικό θεσμό σύνδεσης με την κοινωνία (Σχήμα 1) και έπειτα με τον ‘κύκλο των δικών μας ανθρώπων’, το σχολείο, τις ευρύτερες ομάδες.

Σύμφωνα με την Κατάκη (1993), *‘Τα συμπτώματα δυσλειτουργίας της οικογένειας βασίζονται στην ιδέα ότι είναι εκδηλώσεις προβλημάτων επεξεργασίας πληροφοριών που συνδέονται με τις νοητικές κατασκευές μας’*.

Όταν τα γεγονότα που αντιλαμβανόμαστε δεν είναι συμβατά με τις νοητικές κατασκευές που έχουμε διαμορφώσει, τότε η πληροφορία που λαμβάνουμε από τα γεγονότα αυτά δεν μπορεί να μεταβολιστεί. Σε τέτοιες περιόδους η οικογένεια μπαίνει σε ‘κρίση’, κάτι που μπορεί να μεταβάλλει την ισορροπία της με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας να βιώνουν στρες. Ο κύκλος ζωής της οικογένειας διακρίνεται από πολλές περιόδους στη διάρκεια των οποίων αναμένεται να περάσει ‘κρίσεις’. Η γέννηση ενός παιδιού, η είσοδος του παιδιού στο σχολείο, η χρόνια ασθένεια (αποτελούν μερικές από τις ‘κρίσεις’ που μπορεί να περάσει η οικογένεια στον κύκλο ζωής της) και χαρακτηρίζονται ως ιδιαίτερα

έντονοι παράγοντες στρες, τους οποίους η οικογένεια θα προσπαθήσει να βρει τρόπους να αντιμετωπίσει.

Βέβαια, η αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου παράγοντα δεν είναι ατομική υπόθεση, αλλά υπόθεση ολόκληρου του συστήματος, στο οποίο ανήκει το άτομο. Σύμφωνα με τη θέση της Αμερικανικής Εταιρίας Πόνου - (Υπεράσπιση του χρόνιου παιδικού πόνου), *‘η αξιολόγηση του παιδικού πόνου, οφείλει να περιλαμβάνει και τις απόψεις των μελών της οικογένειας για το τι θεωρούν ως αιτία του πόνου του παιδιού και πώς αποκρίνονται σε αυτό’*.



Σχήμα 1: Αλληλεπιδραστικό μοντέλο πόνου

Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (AAP), τα περισσότερα παιδιατρικά κέντρα περιλαμβάνουν τις οικογένειες στην απόφαση σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη του παιδιού τους και καταβάλλουν προσπάθεια να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες που αφορούν σε ολόκληρη την οικογένεια, αλλά και στα ίδια τα παιδιά. Κατά τους Thompson & Gustafson (1996), Wallander & Thompson (1995), οι παράμετροι της ασθένειας (ειδικά η σοβαρότητά της), οι διαθέσιμοι χρηστικοί πόροι, οι διαπροσωπικές

και οικογενειακές διεργασίες και τα βιώματα πόνου των γονέων (Barlow, Ellard, 2004 & Nader και συν. 2006), επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού.

1.2 Χαρακτηριστικά Χρόνιου πόνου

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να αρχίσει ως οξύς πόνος, αλλά συνεχίζεται πέρα από τον κανονικό χρόνο που αναμένεται για την επίλυση του προβλήματος ή εμμένει ή επαναλαμβάνεται. Μπορεί να εμφανιστεί σε ενιαίες ή πολλαπλάσιες περιοχές του σώματος και μπορεί να περιλαμβάνει ενιαία ή πολλαπλάσια συστήματα οργάνων. Έχει επικρατήσει η αδρή ταξινόμησή του σε επίμονο (τρέχων) και υποτροπιάζων (επαναλαμβανόμενο) πόνο με τις πιθανές διακυμάνσεις στη δριμύτητα, την ποιότητα, την τακτικότητα και την προβλεψιμότητα. Η διχοτόμηση του χρόνιου πόνου σε οργανικής και μη οργανικής αιτιολογίας, σύμφωνα με τη θέση της Αμερικανικής Εταιρείας Πόνου για τον παιδιατρικό χρόνιο πόνο, θεωρείται επιβλαβής, διότι οδηγεί στην ανεπαρκή αναγνώριση της πολυδιάστατης εμπειρίας του παιδικού πόνου.

1.3 Η Σημασία του προβλήματος για τα παιδιά σχολικής ηλικίας

Η έναρξη της σχολικής ηλικίας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι συμπίπτει με την εισαγωγή του παιδιού στο σχολείο (5-6 ετών) και το τέλος της έρχεται την εποχή που ξεκινά η εφηβεία (δηλαδή μεταξύ 11-12 ετών).

Το παιδί της σχολικής ηλικίας αποτελεί διαφορετικό οργανισμό από ανατομική, λειτουργική, ψυχοκινητική, ψυχοσεξουαλική και γνωστική² άποψη από το βρέφος και το νήπιο.

Η επίδραση του χρόνου πόνου έγκειται:

1. Στον κοινωνικό και λειτουργικό αντίκτυπο του χρόνιου πόνου στα παιδιά σχολικής ηλικίας: η σχολική ηλικία θεωρείται περίοδος ανάπτυξης της ικανότητας του παιδιού για

² Το παιδί της σχολικής ηλικίας έχει ανεπτυγμένη ικανότητα χειρισμού του στρες, ικανότητα για συγκεκριμένες λογικές διεργασίες (το στάδιο των συγκεκριμένων λογισμών κατά τον Piaget), ικανότητα για οργάνωση και ταξινόμηση, έχει κατακτήσει την έννοια των αριθμών και της διατήρησης των χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου, καθώς και της ικανότητας να επικεντρώνει την προσοχή του σε περισσότερα από ένα χαρακτηριστικά ενός προβλήματος. Αποτελεί κοινή άποψη πολλών ερευνητών του παιδικού χρόνιου πόνου, ότι οι παραπάνω ικανότητες του παιδιού σχολικής ηλικίας του επιτρέπουν να ανταποκριθεί δίχως συστηματικά σφάλματα στις δοκιμασίες και μετρήσεις που χρησιμοποιούνται στις περισσότερες μελέτες.

κοινωνικοποίηση. Είναι η περίοδος κατά την οποία το παιδί ταυτοποιείται με συνομήλικους του ίδιου φύλου και δημιουργεί ομάδες ομοτίμων. Η ομάδα ομοτίμων (συνομηλίκων) λειτουργεί ως μεταβατικός ενδιαμέσος χώρος στην όλη πορεία του παιδιού προς την ανεξαρτητοποίησή του από την οικογένεια και στη μετατόπιση του ενδιαφέροντος και των σχέσεών του από την οικογένεια προς την κοινωνία.

Ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι δυσάρεστος ακόμα και οδυνηρός, ανεξάρτητα από τα αισθητήρια χαρακτηριστικά του, την ένταση, την ποιότητα, τη θέση, τη διάρκεια, τη μεταβλητότητά του και έχει αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή των παιδιών, στους κοινωνικούς ρόλους και στις δραστηριότητες (λειτουργική ανικανότητα) τους, αλλά και στην ποιότητα της ζωής του παιδιού. Τα παιδιά με χρόνια πόνο απουσιάζουν από το σχολείο και περιορίζουν τη συμμετοχή τους σε αθλητικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι περισσότερο από 30% των παιδιών που πάσχουν από χρόνια πόνο – αρκετά δριμύ ώστε να δημιουργήσει οδύνη – έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες τους [Goodman & McGrath (1991), Palermo (2000), Perquin και συν. (2000)].

Υπολογίζεται ότι στον παιδικό πληθυσμό των Η.Π.Α., ο χρόνιος πόνος έχει επιπτώσεις στο 15% με 20% των παιδιών (Goodman & McGrath, 1991).

Μάλιστα στις Η.Π.Α., μεταξύ των 4 με 7 εκατομμυρίων παιδιών που πάσχουν από μια ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες (Sillanpaa & Anttila, 1996), το μισό εκατομμύριο πάσχει από σοβαρή χρόνια λειτουργική ανικανότητα (Newacheck & Halfon, 1998). Τα περισσότερα παιδιά με δρεπανοκυτταρική αναιμία βιώνουν σημαντικές δυσκολίες στο να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια και τον πόνο που προέρχεται από αυτή, παρουσιάζουν μειωμένη κοινωνική δραστηριοποίηση και παρακολούθηση του σχολείου και υπολογίζεται ότι χάνουν 6 με 8 εβδομάδες μαθημάτων από το σχολείο το χρόνο (Pediatric Pain Letter, 1997).

2. Στην αυξανόμενη χρήση των υπηρεσιών υγείας:

Η δρεπανοκυτταρική αναιμία (Sickle Cell Disease) και η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα (Juvenile Idiopathic Arthritis), επηρεάζουν 72.000 με 200.000 παιδιά, κατά προσέγγιση, κάθε χρόνο στις Η.Π.Α., σύμφωνα με τους Cassidy & Nelson (1988). Αποτελούν χρόνιες ασθένειες, όπου ο υποτροπιάζων πόνος είναι πανταχού παρούσα εμπειρία. Τα παιδιά με δρεπανοκυτταρική αναιμία βιώνουν επεισόδια πόνου 5-7 φορές στο έτος και απαιτούνται εισαγωγές σε νοσοκομείο 1 έως 2 φορές το χρόνο (Shapiro, 1995; Hoff και συν. 2006).

Συνοψίζοντας, παρατηρείται ότι δεν είναι μόνο ο πόνος αλλά και οι λειτουργικές διαταραχές που μπορούν να διατηρηθούν σε μακροχρόνιο. Για να διακοπεί ένας

ενδεχόμενος χρόνιος κύκλος πόνου και ανικανότητας, οι μελέτες των παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα είναι πολύ σημαντικές στην κατανόηση της μεταβλητότητας της καθημερινής λειτουργικότητας των παιδιών. Κατά συνέπεια, η μέτρηση της λειτουργικής ανικανότητας που προέρχεται από τον πόνο και η σχετική με τον πόνο ποιότητα της ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική (McGrath, 2000; Tsao και συν. 2005).

1.4 Διευκρινιστικοί ορισμοί

Ως τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνου ερεθίσματος (coping strategy) θεωρείται:

‘Η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί/ρυθμίσει απαιτήσεις (εξωτερικές ή εσωτερικές) που το ίδιο θεωρεί ότι θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του’, (Lazarus & Folkman, 1984).

- **Προσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνου ερεθίσματος (adaptive coping strategy):** θεωρείται ο τρόπος αντιμετώπισης που ευνοεί την προσαρμογή στον παράγοντα στρες.
- **Δυσπροσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνου ερεθίσματος (maladaptive coping strategy):** θεωρείται ο τρόπος αντιμετώπισης που δεν ευνοεί την προσαρμογή στον παράγοντα στρες
- **Ως Λειτουργική ανικανότητα:** ορίζεται η έκπτωση εκτέλεσης των κατάλληλων σωματικών, διανοητικών, και κοινωνικών δραστηριοτήτων για την ηλικία του παιδιού, εξαιτίας του πόνου.

1.5 Αντικείμενο και Σκοπός της Μελέτης

Αντικείμενο: Η φύση των σχέσεων μεταξύ του παιδιού και της οικογένειας που λειτουργούν ως παράγοντες κατανόησης στην αιτιολογία, ενίσχυση, διατήρηση και προσαρμογή του παιδιού στο χρόνιο πόνο στα παιδιά σχολικής ηλικίας.

Σκοπός: Η διερεύνηση στο μέτρο που είναι δυνατό, της φύσεως των σχέσεων που λειτουργούν ως παράγοντες κατανόησης, αιτιολογίας, ενίσχυσης, διατήρησης και προσαρμογής του παιδιού στο χρόνιο πόνο.

1.6 Διατύπωση Υποθέσεων

1. Η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο ίσως και το βίωμα του πόνου του παιδιού.
2. Ο τρόπος με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μπορεί να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα βιώσει τον πόνο αλλά και θα προσαρμόσει τη συμπεριφορά του σε αυτόν.
3. Η λειτουργική ανικανότητα και η έκπτωση της ποιότητας ζωής χρειάζεται να αναγνωρισθούν ως αποτελέσματα της επίδρασης του χρόνιου πόνου στη ζωή του παιδιού.

1.7 Διατύπωση Ερευνητικών Ερωτημάτων

Στην παρούσα μελέτη τα ερωτήματα που προκύπτουν και πρόκειται να διερευνηθούν είναι τα ακόλουθα:

1. Ποιές είναι οι μεσολαβητικές διεργασίες μέσα από τις οποίες η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο;
2. Ποιές είναι οι μεσολαβητικές διεργασίες μέσα από τις οποίες η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει το βίωμα του παιδιού για τον πόνο;
3. Με ποιούς τρόπους εκδηλώνεται η προσαρμογή του παιδιού στον πόνο;

2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Η συστηματική ανασκόπηση εξέτασε όλες τις μελέτες πάνω στο θέμα ώστε να παρουσιάσει μια βαθύτερη ερμηνεία των ευρημάτων. Οι μεταβλητές που μελετήθηκαν ήταν οι: οικογένεια (ή μητέρα ή πατέρα), παιδί (σχολικής ηλικίας), χρόνιος πόνος, τρόπος αντιμετώπισης, προσαρμογή και βίωμα του πόνου.

2.1 Στρατηγική Αναζήτησης του Δείγματος

- **Βάσεις Δεδομένων:**

Ηλεκτρονική αναζήτηση:

- A). Μηχανές Αναζήτησης: pubmed, Google/scholar, Psychinfo, IATPOTEK
- B). Ηλεκτρονικές Πηγές πληροφοριών για τον παιδικό χρόνιο πόνο: αρχεία του Pediatric Pain Letter, περιλήψεις του ‘International Symposium on pediatric pain’
- Γ) Συναφείς βιβλιογραφίες από τις βιβλιογραφικές λίστες από τα αναγνωρισμένα άρθρα.
- Δ) Τεχνική της Χιονόμπαλας

- **Μέθοδος αξιολόγησης των αποτελεσμάτων**

Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις πηγές αναζήτησης ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία:

- α) εντοπισμός όλων των σχετικών με το θέμα μελετών από τον τίτλο και την περίληψή τους
- β) αξιολόγησή τους με βάση τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού
- γ) όσες μελέτες ανταποκρίνονται στα κριτήρια επιλογής αξιολογούνται με βάση την εκτίμηση κριτηρίων ως προς την αυθεντικότητα των μελετών
- δ) σχηματισμός του δείγματος

Λέξεις κλειδιά:

οικογένεια, γονείς, μητέρα, πατέρα, γονικός (ΚΑΙ) παιδιά, αντιμετώπιση, ‘αντιμετώπιση χρόνιου πόνου’, χρόνιος πόνος.

2.1.1 Μηχανές Αναζήτησης

2.1.1.1 pubmed.com: (<http://www.pubmed.com/>).

Προσπάθειες αναζήτησης του καταλληλότερου αλγορίθμου επιχειρώντας διάφορους συνδυασμούς με τις λέξεις κλειδιά:

Ο αλγόριθμος αναζήτησης (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (school age OR latency) AND (coping OR manage) AND (chronic pain), στις 7/6/07 έδωσε ένα (1) αποτέλεσμα.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (school age OR latency) AND (coping OR manage “with chronic pain”), στις 7/6/07 έδωσε πέντε (5) αποτελέσματα.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“school age” OR latency) AND (coping OR manage “with chronic pain”), στις 7/6/07 έδωσε μηδενικά (0) αποτελέσματα.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“school age children” OR latency) AND (coping OR manage “with chronic pain”), στις 7/6/07 έδωσε μηδενικά (0) αποτελέσματα.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“school age children”) AND (“coping with chronic pain”), στις 7/6/07 έδωσε ένα (1) αποτέλεσμα.

Στις 8-6-07, ο αλγόριθμος αναζήτησης (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“school age children coping with chronic pain”), έδωσε τέσσερα (4) αποτελέσματα.

Δοκιμάστηκε ένας λιγότερο ειδικός αλγόριθμος: (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“children coping with chronic pain”), ο οποίος στις 16-6-07 **έδωσε 48 αποτελέσματα** και αποτέλεσε τον τελικό αλγόριθμο αναζήτησης στην παραπάνω μηχανή αναζήτησης.

2.1.1.2 **Google/scholar** (<http://www.Google/scholar.gr>).

Η μηχανή αυτή αναζήτησης επιλέχθηκε για τους ακριβώς αντίθετους λόγους από εκείνους που επιλέχθηκε η Pubmed.com. Ενώ η Pubmed.com, επιλέχθηκε για την ειδικότητα και εγκυρότητά της, η Google/scholar επιλέχθηκε για το εύρος της και την πρόσβαση σε διάφορα links που μπορεί να μην εμφανίζονταν στη Pubmed, αλλά που με την τεχνική της χιονόμπαλας θα μπορούσαν να δώσουν πρόσβαση σε μελέτες που πιθανόν να ανταποκρίνονταν στα κριτήρια του δείγματος.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης: (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“children coping with chronic pain”) που χρησιμοποιήθηκε και στη μηχανή αναζήτησης της Pubmed, στη μηχανή αναζήτησης της Google/scholar στις 16-6-07, έδωσε μηδενικά (0) αποτελέσματα. Αποφασίστηκε να δοκιμαστούν μικρές αλλαγές στα σημεία στίξης και στην τοποθέτηση των παρενθέσεων στον παραπάνω αλγόριθμο.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης: (parental OR parents OR mother OR father OR family) AND (“children coping with chronic pain”) έδωσε επίσης μηδενικά (0) αποτελέσματα.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης: (parental OR parents OR mother OR father OR family) AND (children coping with chronic pain) έδωσε 26.700 αποτελέσματα. Πολύ μεγάλο αριθμό για τους λόγους που εξυπηρετούσε η μηχανή αναζήτησης Google/scholar.gr στην παρούσα μελέτη.

Δοκιμάστηκε ο αλγόριθμος αναζήτησης: (parental OR parents OR mother OR father OR family) AND (“children coping” with “chronic pain”) στις 16-6-07, ο οποίος έδωσε 83 αποτελέσματα και αποτέλεσε τον τελικό αλγόριθμο αναζήτησης στην παραπάνω μηχανή αναζήτησης.

2.1.1.3 **Psychinfo.**

Ο Αλγόριθμος αναζήτησης: (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“children coping with chronic pain”) στις 16-6-07 έδωσε μηδενικά (0) αποτελέσματα. Δοκιμάστηκε και ο αλγόριθμος (parental OR parents OR mother OR father OR family) AND (“children coping” with “chronic pain”) στις 16-6-07, ο οποίος έδωσε επίσης μηδενικά (0) αποτελέσματα.

2.1.1.4 IATROTEK. (<http://www.iatrotek.org>).

Αλγόριθμος αναζήτησης: (parent*) OR (mother) OR (father) OR (famil*) AND (“children coping with chronic pain”), στις 16-6-07, έδωσε μηδενικά (0) αποτελέσματα. Δοκιμάστηκε και ο αλγόριθμος (parental OR parents OR mother OR father OR family) AND (“children coping” with “chronic pain”), στις 16-6-07, ο οποίος έδωσε επίσης μηδενικά (0) αποτελέσματα.

2.1.2 Το επόμενο βήμα περιλάμβανε την αναζήτηση:

1. Των συναφών βιβλιογραφιών από τις βιβλιογραφικές λίστες των μελετών που προέκυψαν από τις μηχανές αναζήτησης (χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της Χιονόμπαλας).
2. Στις περιλήψεις του ‘International Symposium on pediatric pain³’, τις τελευταίας δεκαετίας, στο μέτρο που ήταν διαθέσιμες στο διαδίκτυο.
3. Στα αρχεία του ‘Pediatric Pain Letter’.
4. Στο δικτυακό τόπο της ερευνήτριας παιδικού πόνου, Christine T. Chambers.

2.1.2.1 Από τις περιλήψεις του Διεθνούς Συμποσίου για τον Παιδιατρικό Πόνο: ‘International Symposium on pediatric pain’:

α) Εντοπίστηκε το πλήρες κείμενο των περιλήψεων του 7^{ου} “International Symposium on Pediatric Pain”, στην ηλεκτρονική διεύθυνση (<http://www.ispp2006.com>) & (Pain Research & Management journal, Summer 2006, Vol. 11, suppl.: 1B-93B, The official Journal of the Canadian pain Society). Εννέα (9) μελέτες φαίνονταν συναφείς με το θέμα της διπλωματικής εργασίας.

Στο 5^ο “International Symposium on Pediatric Pain”: η ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.ich.ucl.ac.uk/pain2000/>, οδηγούσε στο δικτυακό τόπο του “UCL” Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, στο οποίο δεν μπόρεσε να εντοπισθεί κάτι σχετικά με το 5^ο “International Symposium on Pediatric Pain”: Στο «Newsletter» του ispp, (2000),

³Το “International Symposium on pediatric pain” αποτελεί διεθνές συμπόσιο σχετικά με τον παιδιατρικό πόνο και λαμβάνει χώρα κάθε 3 χρόνια.

εντοπίστηκε μόνο το εκδοτικό σημείωμα με επιγραμματική παρουσίαση των θεματικών ενοτήτων του συνεδρίου, των συμμετεχόντων και των θεμάτων που παρουσιάστηκαν, κάτι που δεν επέτρεπε να εντοπιστούν τα ονόματα των ερευνητών και οι μελέτες τους.

Ομοίως και στο 2^ο “International Symposium on Pediatric Pain”: εντοπίστηκε μόνο το εκδοτικό σημείωμα με επιγραμματική παρουσίαση των ενοτήτων του συνεδρίου, των συμμετεχόντων και των θεμάτων που παρουσιάστηκαν, (περιοδικό Pain, Vol. 47, 1991).

Περίληψεις του 1^ο, 3^{ου}, 4^{ου} και 6^{ου} συμποσίου δεν εντοπίστηκαν.

2.1.2.2 Αναζήτηση στα Αρχεία του Pediatric Pain Letter, όπου παρουσιάζονται περιλήψεις μελετών και σχόλια σχετικά με τον πόνο των βρεφών, των παιδιών και των εφήβων: (Στα τεύχη: 10/1996 Vol.1no.1, 7/1997 Vol.1no.4, 7/1998 Vol.2 No.3, Vol.3 No.1, 4/1999, 10/2000 Vol.4 No.4, 4/2001 Vol.5 No.2, 7/2001 Vol.5 No.3 εντοπίστηκαν δεκατέσσερις (14) μελέτες που με βάση τον τίτλο τους φαίνονταν συναφείς με το θέμα της διπλωματικής εργασίας.

2.1.2.3 Στο δικτυακό Τόπο ενός από τους Ερευνητές του Παιδικού Πόνου:

- Christine T. Chambers: Pediatric Psychology Research Team, Departments of pediatrics and psychology Dalhausie University wk Healthcare. Publications papers. Στη διεύθυνση: <http://pedpsych.psychology.dal.ca/publications.html> διαβάστηκαν όλες οι μελέτες της ερευνήτριας που ήταν διαθέσιμες και εντοπίστηκαν τέσσερις (4) μελέτες που φαίνονταν σχετικές με το θέμα της διπλωματικής εργασίας.

2.2 Αρχική Αξιολόγηση των Αποτελεσμάτων Σύμφωνα με τη Συνάφειά τους με το Θέμα της Διπλωματικής Εργασίας:

pubmed.com:	⇒	9
Google/scholar	⇒	6
Pediatric Pain Letter	⇒	14
^{7ο} “International Symposium on Pediatric Pain”:	⇒	9
Δικτυακός τόπος της ερευνήτριας Christine T. Chambers	⇒	4
Συναφείς βιβλιογραφίες από τις βιβλιογραφικές λίστες των μελετών	⇒	6

Σύνολο **48**

2.3 Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού

2.3.1 Κριτήρια Επιλογής:

- Παιδιά σχολικής ηλικίας
- Να διαφαίνεται ο συσχετισμός της επίδρασης της οικογένειας ή των γονέων ή της μητέρας ή του πατέρα στο χρόνιο πόνο των παιδιών τους
- Όσες μελέτες αναφέρονται σε ‘χρόνιο παιδικό πόνο’
- Αγόρια ή/και κορίτσια
- Οικογένεια ή γονείς (μητέρα ή/και πατέρα)
- Οποιαδήποτε δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Μελέτες που αφορούν σε δείγμα που ζει στο λεγόμενο ‘Δυτικό Πολιτισμό’

2.3.2 Κριτήρια Αποκλεισμού:

- Οι μελέτες στις οποίες δε διαφαίνεται ο συσχετισμός της επίδρασης της οικογένειας ή των γονέων ή της μητέρας ή του πατέρα στο χρόνιο πόνο των παιδιών τους
- Όσες μελέτες πραγματεύονται την επίδραση του πόνου του παιδιού στη στην οικογένεια, τους γονείς (μητέρα ή/και τον πατέρα)
- Όσες μελέτες δεν αναφέρονται στη σχολική ηλικία
- Όσες μελέτες αναφέρονται σε χρόνιες ασθένειες όπου ο πόνος προέρχεται από επώδυνες διαδικασίες (εγχειρήσεις, ενέσεις κ.α.)
- Όσες μελέτες αναφέρονται αποκλειστικά σε ψυχικό πόνο
- Όσες μελέτες δεν αναφέρονται σε χρόνιο πόνο
- Οξύς πόνος
- Άλλες γλώσσες πέραν της Αγγλικής και Ελληνικής γλώσσας
- Μελέτες που αφορούν σε δείγμα που ζει στο λεγόμενο ‘μη Δυτικό Πολιτισμό’
- βιβλία ή άρθρα

Στη βιβλιογραφία διαφαίνονται ομοιότητες αλλά και πολιτισμικές διαφορές στους ενηλίκους ανάμεσα στις διάφορες πολιτιστικές ομάδες, στην αντίληψη αλλά και έκφραση

του πόνου, (Cintas, 1988). Πολλοί επίσης είναι και οι ερευνητές που προβληματίζονται για το πως θα κατασκευάσουν κλίμακες αρκετά ευαίσθητες στις πολιτισμικές διαφοροποιήσεις για τα παιδιά που βιώνουν πόνο, Baeyer, (1996).

Πραγματικότητα αποτελεί ότι λίγη είναι η γνώση για τον τρόπο με τον οποίο τα ευρύτερα συστήματα με την ιδιαίτερη κουλτούρα τους διαδραματίζουν ρόλο στον πόνο και την έκφρασή του. Αποτελούν όμως τους λόγους για τους οποίους η παρούσα εργασία επικεντρώθηκε στην ανίχνευση δειγμάτων σε συγκεκριμένη πολιτισμική κατηγορία. Λαμβάνοντας πάντα υπόψη ότι και αυτή η κατηγορία που αποδίδεται με τους όρους: ‘Δυτικός Πολιτισμός’, εμφανίζει πολιτισμικές διαφοροποιήσεις ειδικά με την επίδραση του επιπολιτισμού και ότι ακόμα και στις ‘όμοιες’ πολιτισμικές ομάδες παρατηρείται επίσης μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των μελών τους.

2.4 Εκτίμηση των Μελετών ως προς τα Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού:

1. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την Ηλεκτρονική Πηγή πληροφοριών για τον παιδικό χρόνιο πόνο: Pediatric Pain Letter:

Από τις 14 μελέτες που φαίνονταν συναφείς με το θέμα της διπλωματικής εργασίας, τρεις (3) ήταν σύμφωνες ως προς το κριτήριο αποκλεισμού που αναφέρεται σε επώδυνες διαδικασίες, τρεις (3) δεν ήταν σύμφωνες ως προς το κριτήριο επιλογής της ηλικίας, πέντε (5) δεν ήταν σύμφωνες ως προς το κριτήριο επιλογής του χρόνιου πόνου. Μία (1) εξέταζε την αξιοπιστία κλίμακας μέτρησης. Μία (1) ήταν σύμφωνη με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού.

2. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από το 7^ο “International Symposium on Pediatric Pain”: εννέα (9) μελέτες ήταν σύμφωνες με το θέμα της διπλωματικής εργασίας. Μετά από αξιολόγηση σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού προέκυψε ότι: δύο (7) μελέτες δεν ήταν σύμφωνες ως προς το κριτήριο της ηλικίας και άλλες δύο (2) μελέτες δεν ήταν σύμφωνες ως προς το κριτήριο του χρόνιου πόνου.

3. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις μηχανές αναζήτησης :

Από τις 15 (9+6) μελέτες που κρίθηκαν από τον τίτλο και την περίληψη τους, οι έξι (6) αποκλείστηκαν διότι ήταν ασύμφωνες ως προς το κριτήριο επιλογής της ηλικίας. Συγκεκριμένα, ενώ αναφέρονταν σε χρόνιο παιδικό πόνο, στο δείγμα τους περιλάμβαναν και εφήβους. Οι πιο συνήθεις δειγματοληπτικές συνθέσεις αφορούσαν σε δείγμα παιδιών και εφήβων ηλικίας 8 – 16 ετών ή 9 – 17, δίχως να περιλαμβάνουν χωριστή ανάλυση για κάθε αναπτυξιακή κατηγορία. Μία (1) αποκλείστηκε διότι δε διαφαίνονταν ο συσχετισμός της επίδρασης της οικογένειας ή των γονέων ή της μητέρας ή του πατέρα στο χρόνιο πόνο των παιδιών τους, δύο (2) δεν ήταν σύμφωνες ως προς το κριτήριο του χρόνιου πόνου, μία (1) εξέταζε κλίμακα μέτρησης και τέσσερις (4) ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού.

4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την αναζήτηση στο διαδικτυακό τόπο της Christine T. Chambers.

Από τις 4 μελέτες που κρίθηκαν ότι ήταν συναφείς με το θέμα της διπλωματικής εργασίας, οι δύο (2) αποκλείστηκαν διότι ήταν ασύμφωνες ως προς το κριτήριο επιλογής της ηλικίας και οι άλλες δύο (2) αποκλείστηκαν λόγω ασυμβατότητας με το κριτήριο επιλογής του χρόνου πόνου.

5. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την αναζήτηση στις συναφείς βιβλιογραφίες από τις βιβλιογραφικές λίστες των μελετών: οι έξι (6) μελέτες που εντοπίστηκαν ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού.

Συνολικά:

Εντοπίστηκε ένα σύνολο 48 μελετών ανακτημένο και ανασκοπημένο.

Από αυτές, 11 πληρούσαν όλα τα κριτήρια Επιλογής.

Μελέτες που πληρούσαν όλα τα κριτήρια επιλογής / N	11
Αποκλεισμένα	37
Ειδικότητα αλγορίθμου	3/129
Σύνολο	48

2.5 Εκτίμηση Κριτηρίων ως προς την Αυθεντικότητα των Μελετών

Η εκτίμηση κριτηρίων για τις επιλεγόμενες παρεμβάσεις με στόχο την εκτίμηση της αυθεντικότητας των μελετών ακολούθησε τα εξής βήματα:

1. Θεωρία: Ο βαθμός στον οποίο βασίστηκαν οι ενέργειες σε ξεκάθαρες και σαφείς θεωρίες και ξεκάθαρα δηλωμένες υποθέσεις.
2. Αιτιολογικά Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων: το μέσο με το οποίο προσπαθούν να κατανοήσουν το πόνο και να τον συνδέσουν με την επίδραση της οικογένειας και των γονέων.
2. Αξιοπιστία της παρέμβασης: Ο βαθμός στον οποίο υπάρχουν σαφή στοιχεία όσον αφορά στους δείκτες συμμετοχής Συστηματικά Σφάλματα Επιλογής (selection bias).
3. Σύγχυση (confiding).
5. Στρατηγική δείγματος: Η ποιότητα του σχεδιασμού δείγματος.
6. Χρησιμοποίηση ποσοτικών και ποιοτικών μέτρων για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων.
7. Το μέγεθος της ακρίβειας των αποτελεσμάτων.

Μετά την Εκτίμηση Κριτηρίων ως προς την Αυθεντικότητα των Μελετών από τις 11 μελέτες που φαίνονταν και ήταν συναφείς με το θέμα της εργασίας και σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, μία (1) μελέτη χρειάστηκε να αποκλειστεί.

2.6 Αλφαβητική Παρουσίαση των Μελετών του Δείγματος της Μελέτης

Το δείγμα της μελέτης μετά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την εκτίμηση των κριτηρίων διαμορφώθηκε ως εξής:

1. Aromaa και συν. (2000). 'Pain experience of children with headache and their families: A controlled study'.
2. Bandell-Hoekstra και συν. (2000). 'Recurrent headache, coping, and quality of life in children: a review'.
3. Connelly, M. (2006). 'Distinguishing clinical levels of depression in children with chronic pain syndromes: influence of caregiver depression and child coping strategies'.
4. Crushell, και συν. (2003). 'Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain'.
5. Frare και συν. (2002). 'Quality of Life, Coping Strategies, and Family Routines in Children with Headache'.
6. McKernon και συν. (2001), 'Longitudinal Study of observed and perceived family influences on problem – focused coping behaviors of preadolescents with spina bifida'.
7. Mitchell και συν. (2007), 'Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease'.
8. Mullins και συν. (1995). 'Child and Maternal adaptation to cystic fibrosis and insulin dependant diabetes mellitus: differential patterns across disease states'.
9. Thompson και συν. (1993), 'Role of child and maternal processes in psychological adjustment of children with sickle cell disease'.
10. Thompson και συν. (1996). 'Psychological Adjustment of children with cystic fibrosis: The role of child cognitive processes and maternal adjustment'.

2.7 Η Κωδικοποίηση Των Αποτελεσμάτων Πραγματοποιήθηκε Σύμφωνα Με Τους Ακόλουθους Παράγοντες:

Συγγραφείς/ ημερομηνία έκδοσης της μελέτης

Περιοδικό Δημοσίευσης

Σχεδιασμός Μελέτης

Συνολικός Αριθμός Δείγματος Παιδιών

Συνολικός Αριθμός Δείγματος της Οικογένειας

Μελετώμενη Ασθένεια

Κέντρο Προέλευσης Δείγματος

Εκτίμηση Κριτηρίων ως προς την Αυθεντικότητα των Μελετών

Ερευνητικό Στόχο

Μέτρα Αξιολόγησης

Βασικές Πληροφορίες Ερευνητικού Σχεδιασμού

Κύρια Αποτελέσματα

Ποσοτικά και Ποιοτικά Μέτρα Αξιολόγησης

Ανεξάρτητες Μεταβλητές

Αιτιολογικό Μοντέλο συνιστωσών παραγόντων

Το σύνολο των αποτελεσμάτων που προέκυψε από τη χρήση του αλγορίθμου στις μηχανές αναζήτησης, παρουσιάζεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι. Με την ένδειξη (*), παρουσιάζονται οι μελέτες που αποτελούν και μελέτες του δείγματος.

Το σύνολο των αποκλεισμένων μελετών σύμφωνα με τα κριτήρια αποκλεισμού και επιλογής και την εκτίμηση κριτηρίων ως προς την αυθεντικότητα των μελετών παρουσιάζεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. Με την ένδειξη (*) παρουσιάζονται οι μελέτες που ήταν κοινές ανάμεσα στις βάσεις δεδομένων που αναζητήθηκαν.

Τα αποτελέσματα των μελετών του δείγματος θεωρούνται αληθή δεδομένα ερευνητικού σχεδιασμού και όχι πορίσματα ‘απατηλών γραφών’⁴.

⁴ Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρία, το 1982, με αφορμή γνωστό άγγλο ψυχολόγο που είχε παραποιήσει τα αποτελέσματα της έρευνάς του, πάνω στην κληρονομικότητα της ευφυΐας, ανέφερε ότι «το στίγμα της απάτης» των ερευνών έχει αυξηθεί. Συνεχίζει αναφέροντας ότι, «και σε άλλους κλάδους επιστήμης έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις ερευνητών που παραποίησαν τα δεδομένα των ερευνών τους για να ενισχύσουν τις πιθανότητες δημοσίευσης, ή επιχορήγησης ή αναγνώρισης», (Pervin & Oliver, 2001). Έκταση έχει λάβει και το φαινόμενο “Sokal”. Το καλοκαίρι του 1996, ο Alan Sokal καθηγητής φυσικής στο Πανεπιστήμιο της Ν.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το κεφάλαιο αυτό χωρίζεται σε 4 επιμέρους τμήματα τα οποία περιλαμβάνουν:

Τμήμα 1 ^ο	Πίνακας Δείγματος (1): ‘Δημογραφικές παράμετροι των μελετών’.
Τμήμα 2 ^ο	Περιγραφική και συνοπτική (πίνακες) περιγραφή των αποτελεσμάτων των μελετών
Τμήμα 3 ^ο	Πίνακας Δείγματος (2): ‘Διαφοροποίηση των μελετών ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα Αιτιολογικά Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων’
Τμήμα 4 ^ο	Πίνακας Δείγματος (3): ‘Διαφοροποίηση των μελετών ως προς τα μέτρα αξιολόγησης που χρησιμοποιούν’

Ο πίνακας Δείγματος (1) αποτελεί το 1^ο τμήμα αυτού του κεφαλαίου. Στον Πίνακα Δείγματος (1): ‘Δημογραφικές παράμετροι των μελετών’, από αριστερά προς τα δεξιά και καθέτως από το 1 έως το 10, παρουσιάζονται δεδομένα των μελετών του δείγματος ως προς τα ονόματα συγγραφέων και την ημερομηνία έκδοσης της μελέτης, το περιοδικό έκδοσης, το είδος της μελέτης, το συνολικό αριθμό δείγματος παιδιών, το συνολικό αριθμό άλλων μελών της οικογένειας με τη σήμανση (*), τη μελετώμενη ασθένεια, το κέντρο προέλευσης του δείγματος και το αποτέλεσμα της εκτίμησης των κριτηρίων.

Στο 2^ο τμήμα του κεφαλαίου με περιγραφικό τρόπο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μελετών του δείγματος, τα οποία συνοδεύονται και από πίνακες που με σύντομο τρόπο δίνουν συγκεντρωτικές πληροφορίες για τα εργαλεία μέτρησης, βασικές πληροφορίες για το σχέδιο της έρευνας ή τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα αποτελέσματα της κάθε μελέτης.

Το 3^ο τμήμα αυτού του κεφαλαίου περιλαμβάνει τον Πίνακα Δείγματος (2). Στον Πίνακα Δείγματος (2) ‘Διαφοροποίηση των μελετών ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα Αιτιολογικά Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων’, παρουσιάζεται η διαφοροποίηση των μελετών ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα Αιτιολογικά

Υόρκης, «υποδούμενος το μεταμοντέρνο επιστήμονα» έστειλε ένα άρθρο στο περιοδικό Social Text, γνωστό για τις μεταμοντέρνες απόψεις του κυρίως στο πεδίο των ανθρωπιστικών επιστημών. Ο Sokal κατάφερε με μεγάλη άνεση «να κινηθεί στον εννοιολογικό χώρο του μεταμοντερνισμού, στο πεδίο της αρμοδιότητάς του». Χρησιμοποίησε τις «κατάλληλες αναφορές σε ορθώς πολιτικά ονόματα συγγραφέων, παρέχοντας σύντομες αλλά ακριβείς υποσημειώσεις στα έργα τους». Η απάτη αποκαλύφθηκε από τον ίδιο τον Sokal, σε άρθρο που δημοσίευσε σε άλλο περιοδικό: (“A Physicist experiments with cultural studies”, Linqua Franca 6, 1996, pp.62-64, (Δημητράκου).)

Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων. Δηλαδή τα θεωρητικά μοντέλα πολλαπλών ανεξάρτητων μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν από κάποιες από τις μελέτες με στόχο την καλύτερη κατανόηση του παιδικού πόνου και σύνδεσή του με την οικογένεια και τους γονείς. Από το 1 μέχρι το 10 και καθέτως, από αριστερά προς τα δεξιά, στην 1η στήλη αναφέρονται ονόματα των συγγραφέων / ημερομηνία έκδοσης της μελέτης, στη 2^η στήλη οι ανεξάρτητες μεταβλητές και στην 3^η στήλη το αιτιολογικό μοντέλο ερμηνείας της επίδρασης της οικογένειας / γονέων στην προσαρμογή του παιδιού, στην 4^η στήλη παρουσιάζονται οι εξαρτημένες μεταβλητές κάθε μελέτης.

Τμήμα 4^ο. Πίνακας Δείγματος (3): παρουσιάζεται η διαφοροποίηση των μελετών ως προς τα μέτρα αξιολόγησης που χρησιμοποιούν. Από το 1 μέχρι το 10 και καθέτως, από αριστερά προς τα δεξιά, στην 1η στήλη αναφέρονται ονόματα των συγγραφέων/ ημερομηνία έκδοσης της μελέτης, στη 2^η τα ποσοτικά μέτρα γνωστικής & συναισθηματικής αξιολόγησης, στην 3η στήλη τα ποιοτικά μέσα γνωστικής & συναισθηματικής αξιολόγησης, στην 4^η στήλη τα ποσοτικά μέτρα αξιολόγησης των τρόπων αντιμετώπισης, στην 5^η στήλη τα ποιοτικά μέτρα αξιολόγησης των τρόπων αντιμετώπισης, στην 6^η στήλη τα ποσοτικά μέτρα αξιολόγησης της οικογενειακής λειτουργίας και στην 7^η στήλη τα ποιοτικά μέτρα αξιολόγησης της οικογενειακής λειτουργίας.

Όσον αφορά στην απόδοση των όρων, ιδιαίτερα στην απόδοση των κλιμάκων / μέτρων αξιολόγησης στην ελληνική γλώσσα βοήθεια δόθηκε από την πηγή εντοπισμού ψυχολογικών δοκιμασιών που είτε έχουν προσαρμοστεί είτε έχουν μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα: ‘Συλλογή και παρουσίαση των Ψυχομετρικών Εργαλείων στην Ελλάδα’ (βλ. Βιβλιογραφία) και το ‘Γλωσσάρι’ του Περιοδικού της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, (βλ. Βιβλιογραφία). Η απόδοση των στατιστικών όρων βασίστηκε στο τρίγωνο λεξικό στατιστικών όρων του Μοσχάκη. Οι ψυχολογικές δοκιμασίες που παρουσιάζονται με την ένδειξη (*), έχουν ελεύθερη απόδοση. Δίπλα τους μέσα στην παρένθεση τόσο για τα μέτρα αξιολόγησης που είτε δεν ήταν δυνατό να βρεθεί η προσαρμογή τους στην ελληνική γλώσσα είτε η απόδοσή τους από έγκυρη πηγή πληροφόρησης, αλλά και για τα υπόλοιπα για τα οποία εντοπίστηκε η απόδοσή τους στην ελληνική γλώσσα, μέσα σε παρένθεση αναγράφεται με λατινικούς χαρακτήρες η διεθνής συντομογραφία τους, το όνομα του ερευνητή και η ημερομηνία έκδοσής τους, ώστε να γίνει άμεσα αντιληπτό σε ποια κλίμακα μέτρησης αναφερόμαστε.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές για τις οποίες δεν ήταν δυνατόν να εντοπισθεί πηγή της ακριβούς τους απόδοσης στα ελληνικά αποδόθηκαν από το νόημα που προέκυπτε από τους

επιμέρους παράγοντές τους και εμφανίζονται με την ένδειξη (*). Όλοι οι τεχνικοί όροι (μέτρα αξιολόγησης, λειτουργικοί όροι), καθώς και ο σύντομος ορισμός τους αναγράφονται στο 'ΕΡΜΗΝΕΥΤΗΡΙΟ'.

Τμήμα 1^ο

Πίνακας Δείγματος (1): «Δημογραφικές παράμετροι των μελετών».

Συγγραφείς/Ετος	Περιοδικό έκδοσης	Σχεδιασμός Μελέτης	Δείγμα	(*1)	Μελετώμενη ασθένεια	Κέντρο Προέλευσης	Εκτίμηση Κριτηρίων
1. Αρομαα και συν. (2000)	<i>Pediatrics</i> , 106(2):207-275	Ασθενών - Μαρτύρων	N= 96	96 (Μ,Π)	1	Κλινικές υγείας (Φιλανδία)	Μέτρια
2. Bandell-Hoekstra και συν. (2000)	<i>Headache</i> , 40(5):357-370	Συστηματική Ανασκόπηση	N=5		1	MEDLINE (1966-12/1998) PsycLIT (1974-12/1998) and the snowball method	Χαμηλή
3. Connelly (2006)	<i>Developmental & Behavioral pediatrics</i>	Συγχρονική	N=40	40 (Μ)		Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Duke (N. Καρολίνα - Η.Π.Α.)	Χαμηλή
4. Crushell και συν. (2003)	<i>Pediatrics</i> , 112: 1368-1372	Διαχρονική	N= 28	28 (Μ,Π)	4	Παιδιατρικό Νοσοκομείο	Χαμηλή
5. Frare και συν. (2002)	<i>Headache - The Journal of Head and Face Pain</i> , 42(10): 953-962	Συγχρονική	N= 48	48 (Ο)	1	Παιδιατρική κλινική για πονοκεφάλους του πανεπιστημίου της Πάδοβα (Ιταλία)	Μέτρια
6. McKernon και συν. (2001)	<i>Journal of Pediatric psychology</i>	Διαχρονική	N=68	68 (Ο)	2	2 παιδιατρικά νοσοκομεία και 1 πανεπιστημιακή παιδιατρική κλινική	Υψηλή
7. Mitchell και συν. (2007)	<i>Clinical Pediatrics (Phila)</i> , 46(4):311-9	Συγχρονική	N= 48	46 (Μ), 6 (Π), 3 (ΑΜ),	3	3 Παιδιατρικά νοσοκομεία (στο Οχάιο -Η.Π.Α.)	Μέτρια

Πίνακας Δείγματος (1), (συνέχεια)

8. Mullins και συν. (1995)	Journal of Pediatric psychology	Ασθενών - Μαρτύρων	N=49	49 (M)	5	Παιδιατρικό νοσοκομείο Οκλαχόμα (Η.Π.Α.)	Μέτρια
9. Thompson και συν. (1993)	Journal of consulting and clinical psychology	Συγχρονική	N=50	50(M)	3	Κέντρο δρεπανοκυτταρικής αναιμίας του πανεπιστημίου του Duke, και 3 εξωνοσοκομειακές κλινικές του (N. Καρολίνα - Η.Π.Α.)	Μέτρια
10. Thompson και συν. (1992)	Journal of Pediatric psychology	Συγχρονική	N=45	45 (M)	5	Κέντρο Κυστικής Ίνωσης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Duke (N. Καρολίνα - Η.Π.Α.)	Μέτρια
			ΣN=472	ΣN=479			

Στη στήλη με την ένδειξη (*) αναφέρονται ποια άλλα μέλη της οικογένειας συμμετείχαν, όπου Μ=Μητέρα, Π=Πατέρας, Ο=Οικογένεια, ΑΜ= Άλλα Μέλη της Οικογένειας (όπως γιαγιά ή θεία). Όπου 1: κεφαλαλγίες, 2: spina bifida, 3: δρεπανοκυτταρική αναιμία, 4: επαναλαμβανόμενος κοιλιακός πόνος, 5: κυστική ίνωση

Τμήμα 2^ο: Περιγραφική Παράθεση των αποτελεσμάτων του δείγματος

Η περιγραφική παράθεση των αποτελεσμάτων των μελετών του δείγματος συνοδεύεται και από πίνακες που με σύντομο τρόπο δίνουν συγκεντρωτικές πληροφορίες για το στόχο της έρευνας, τα εργαλεία μέτρησης, βασικές πληροφορίες για το σχέδιο της έρευνας ή τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα αποτελέσματα της κάθε μελέτης. Με έντονη γραφή εμφανίζονται οι μελέτες του δείγματος καθώς και οι υπό εξέταση παράγοντες που προκύπτουν από αυτές.

Στο Ερμηνευτήριο παρουσιάζονται πληροφορίες για τα εργαλεία μέτρησης.

3.1.1 (Μελέτη 1): Aromaa και συν. (2000), 'Pain experience of children with headache and their families: A controlled study'.

Στόχος της Παρέμβασης ήταν η διερεύνηση 1. της επίδρασης της οικογενειακής λειτουργικότητας στη δριμύτητα του πόνου των παιδιών, 2. η ευαισθησία του παιδιού και των άλλων μελών της οικογένειας στον πόνο.

Βασικές υποθέσεις των ερευνητών ήταν ότι:

1. Οι κεφαλαλγίες της παιδικής ηλικίας αποτελούν σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί πέρα από τη διερεύνηση των βιολογικών παραγόντων, τη μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης στα στρεσογόνα γεγονότα καθώς και τη λειτουργικότητα της οικογένειας.
2. Η γονική συμπεριφορά επηρεάζει τους τρόπους αντιμετώπισης αλλά και το βίωμα του πόνου των παιδιών.
3. Οι κεφαλαλγίες μπορεί να αποτελούν δείκτη προβλημάτων στη ζωή του παιδιού και της οικογένειας.

Διευκρινιστικοί ορισμοί:

Οικογενειακή Σύγκρουση: Ως Σύγκρουση ορίζεται ο βαθμός στον οποίο η ανοιχτή έκφραση του θυμού και της επιθετικότητας αποτελούν χαρακτηριστικά της οικογένειας.

Εργαλεία, μέτρησης	-10βαθμια οπτική αναλογική κλίμακα πόνου (VAS) - συνέντευξη για τη διερεύνηση της ευαισθησίας των μελών της οικογένειας στον πόνο - συνέντευξη διερεύνησης του τρόπου ανατροφής των παιδιών (περιορισμός των δραστηριοτήτων λόγω της κατάστασης της υγείας του παιδιού, τη γονική συμμαχία στη λήψη αποφάσεων) - συνέντευξη για τη διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος των παιδιών (συγκρούσεις της οικογένειας κ.α) - συνέντευξη για τη διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής ζωής των παιδιών (κοινωνική δικτύωση, παιγνίδι, οικογενειακή ρουτίνα)
Σχέδιο έρευνας	- Περιγραφική ανάλυση των διαφορών της κατανομής - Δεσμευμένη λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης, στους στατιστικά σημαντικούς ελέγχους των διαφορών (λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων στις στατιστικές συγκρίσεις μεταξύ της ομάδας των παιδιών με ημικρανίες και των παιδιών με κεφαλαλγίες τάσης) - απλά λογιστικά μοντέλα για τις δυαδικές απαντήσεις και αθροιστικά λογιστικά μοντέλα για τις πιο πολύπλοκες απαντήσεις διατεταγμένης κλίμακας. - Στατιστικό λογισμικό πακέτο BMDP90
Αιτιολογικό Μοντέλο	(-)

Αποτελέσματα: Οι οικογενειακές συγκρούσεις σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρούνται ως αιτιολογικός παράγοντας της δριμύτητας του πόνου των παιδιών με κεφαλαλγίες, ($p < .05$), ενώ διακρίθηκε διαφορετική οικογενειακή λειτουργικότητα στις οικογένειες των παιδιών με κεφαλαλγίες τάσης από τις οικογένειες των παιδιών με ημικρανίες. Οι συγκρούσεις στις οικογένειες των παιδιών με ημικρανίες αναφέρουν ότι οδηγούν σε ανοιχτούς καυγάδες, ενώ οι οικογένειες των παιδιών με κεφαλαλγίες τάσης χαρακτηρίζονται ως οικογένειες με καλυμμένες συγκρούσεις.

Μεταβλητές	Ημικρανίες N=58 %	Κεφαλαλγίες τάσης N=38 %	P Value
Οικογενειακή Ατμόσφαιρα			
Απόμακρες σχέσεις μεταξύ γονέων	25	11	.009
Λιγότερη οικογενειακή «ευτυχία»	27	7	.031

Οι οικογένειες των παιδιών με ημικρανίες χαρακτηρίζονταν από λιγότερη οικογενειακή «ευτυχία» ($p < .031$), καθώς και από πιο απόμακρες σχέσεις μεταξύ των γονέων ($p < .009$).

3.1.2 (Μελέτη 2): Bandell-Hoekstra και συν. (2000). 'Recurrent headache, coping, and quality of life in children: a review'.

Βασικές υποθέσεις της μελέτης αποτέλεσαν ότι η χαμηλή ή υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής αποτελεί παράγοντα στρες, ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες ενεργοποιούν κεφαλαλγίες και αυτές με τη σειρά τους επιδρούν στην ποιότητα ζωής.

Η ποιότητα ζωής όμως επηρεάζεται και από τους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά. Στόχος της παρέμβασης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της οικογένειας στην απόκτηση των τρόπων αντιμετώπισης από τα παιδιά.

Πίνακας (Bandell-Hoekstra και συν. 2000)

Εργαλεία μέτρησης	- MEDLINE (1966-12/1998) - PsycLIT (1974-12/1998) - Τεχνική της χιονόμπαλας
Σχέδιο έρευνας	Εξετάστηκαν: 1. οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά 2. η ποιότητα της ζωής των παιδιών με κεφαλαλγίες 3. οι παράγοντες που επηρεάζουν τις κεφαλαλγίες, τους τρόπους αντιμετώπισης και την ποιότητα ζωής των παιδιών. 3.1. προσωπικοί παράγοντες (δημογραφικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά) 3.2 περιβάλλον-οικογένεια
Αιτιολογικό Μοντέλο	(-)

Αποτελέσματα: Η οικογένεια μπορεί να συνεισφέρει στην αιτιολογία, διατήρηση και αντιμετώπιση του πόνου. Παρατηρείται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης οικογενειακού ιστορικού κεφαλαλγιών και της εμφάνισης και διατήρησης κεφαλαλγιών στα παιδιά. Τα παιδιά των γονέων με χρόνιες κεφαλαλγίες έχουν και τα ίδια κεφαλαλγίες και φαίνεται ότι τα απασχολεί ιδιαίτερα η εικόνα του σώματός τους. Τα σωματικά συμπτώματα των γονέων, σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη φαίνεται να ενισχύουν την εγκατάσταση των σωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά μόλις αυτά εμφανισθούν. Υποστηρίζεται ότι ο χρόνιος πόνος στα παιδιά μπορεί να κληρονομηθεί ή/ και να γίνει αντικείμενο μάθησης από τους γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας.

Η μίμηση συμπεριφορών των άλλων μελών της οικογένειας θεωρείται από τους ερευνητές αυτούς, ως ένας από τους μεσολαβητές μεταξύ του οικογενειακού ιστορικού πόνου και της εμφάνισης και διατήρησης του πόνου στα παιδιά. Οι

συνεχόμενες αναφορές των γονέων για πόνους που νιώθουν μπορεί να λειτουργούν στα παιδιά ως μοντέλο εκμάθησης συμπεριφοράς.

3.1.3 (Μελέτη 3): Connelly, M. (2006), 'Distinguishing clinical levels of depression in children with chronic syndromes: influence of caregiver depression and child coping strategies'.

Στόχος της παρέμβασης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των τρόπων αντιμετώπισης του πόνου που χρησιμοποιούν τα παιδιά και της επίδρασης της ψυχολογικής προσαρμογής των γονέων στην κατάθλιψη που εμφανίζουν τα παιδιά με χρόνια πόνο.

Πίνακας (Connelly, 2006)

Εργαλεία μέτρησης	- *Κλίμακα Παιδικής Κατάθλιψης (CDI;) - Κλίμακα «KidCope» (Spirito και συν. 1991) - Σύντομη Κλίμακα Συμπτωμάτων (BSI; Degatis, 1975)
Σχέδιο έρευνας	- χωριστή ανάλυση για τα παιδιά και τους εφήβους
Αιτιολογικό Μοντέλο	(-)

Αποτελέσματα: Οι δυσπροσαρμοστικοί τρόποι αντίδρασης των παιδιών στον πόνο και η κατάθλιψη των γονέων επιδρούν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην κατάθλιψη που παρουσιάζουν τα παιδιά με χρόνια πόνο. Για τα παιδιά ηλικίας 7-12 ετών, η κατάθλιψη των γονέων επιδρά σημαντικά περισσότερο στην κατάθλιψη των παιδιών με χρόνια πόνο από ότι οι δυσπροσαρμοστικοί τρόποι αντίδρασης που έχουν τα παιδιά. Αντιθέτως, στους εφήβους σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα η παραπάνω επίδραση λειτουργεί αντίστροφα. Φαίνεται ότι οι δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις των εφήβων στον πόνο συνεισφέρουν περισσότερο στην εμφάνιση και διατήρηση της κατάθλιψης στους εφήβους με χρόνια πόνο, απ' ό,τι η κατάθλιψη των κηδεμόνων τους.

3.1.4 (Μελέτη 4): Crushell και συν. (2003). 'Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain'.

Στόχος της παρέμβασης ήταν να αξιολογηθεί η πορεία της υγείας των παιδιών σε σχέση με τις απόψεις για την υγεία που έχουν οι γονείς τους .

Πίνακας (Crushell και συν. 2003)

Εργαλεία, μέτρα έκβασης	- * Συμπεριφορολογικός πίνακας ελέγχου των παιδιών (CBC; Achenbach, 1990) - Αναζήτηση δημογραφικών, κλινικών και ψυχιατρικών δεδομένων από το αρχείο του νοσοκομείου
Σχέδιο έρευνας	- εντοπισμός όλων των παιδιών που διαγνώστηκαν με επαναλαμβανόμενο κοιλιακό πόνο από το γαστρεντερολογικό τμήμα του νοσοκομείου. - ανασκόπηση των δημογραφικών, κλινικών δεδομένων και αποτελεσμάτων του CBCL (1995 -2000) - δομημένη τηλεφωνική συνέντευξη με τους γονείς - μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, λόγοι συμπληρωματικών πιθανοτήτων
Αιτιολογικό Μοντέλο	(-)

Αποτελέσματα: Το 93% των γονέων των παιδιών που εξακολουθούσαν να βιώνουν τα συμπτώματα της ασθένειας, ενστερνιζόντουσαν ένα βιολογικό μοντέλο της υγείας, ενώ το 71% των γονέων, της ομάδας των παιδιών που δεν βίωναν πια τα συμπτώματα της ασθένειας, ενστερνιζόντουσαν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας .

3.1.5 (Μελέτη 5): Frare και συν. (2002), 'Quality of Life, Coping Strategies, and Family Routines in Children with Headache'.

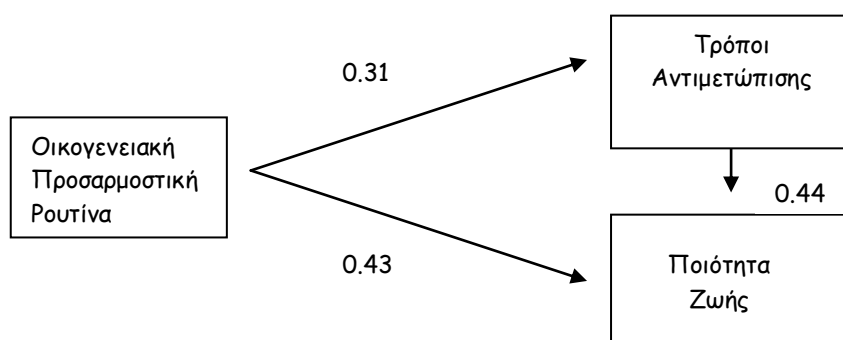
Στόχος της παρέμβασης ήταν να διερευνηθεί αν η δριμύτητα του πόνου επηρεάζει τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τον πόνο και την ποιότητα ζωής τους, καθώς και αν η οικογενειακή λειτουργικότητα επηρεάζει την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο.

Διευκρινιστικοί ορισμοί:

Ως οικογενειακή προσαρμοστική ρουτίνα ορίζεται η ικανότητα της οικογένειας να οργανώσει τις καθημερινές της δραστηριότητες με τέτοιο τρόπο που να είναι χρήσιμες και να έχουν νόημα για τα μέλη της οικογένειας και ως αιτιολογικό, μπορεί να επηρεάσει τους τρόπους που θα χρησιμοποιήσει το παιδί για να αντιμετωπίσει τον πόνο του.

Εργαλεία μέτρησης	- *Επιπολιτισμική Οικογενειακή Συνέντευξη, (EFI: προσαρμοσμένη) - Διερεύνηση δριμύτητας των Κεφαλαγίων (Συχνότητα, Ένταση, Διάρκεια)
Σχέδιο έρευνας	1. Συσχετίσεις: (κεφαλαλγίες, τρόπων αντιμετώπισης, ποιότητας ζωής) 2. 1 st Lisrel διαδικασία (διευκρίνιση των επιπτώσεων συχνότητας, έντασης και διάρκειας πόνου στους τρόπους αντιμετώπισης και την ποιότητα ζωής. 3. 2 nd Lisrel διαδικασία για τη διευκρίνιση της επίπτωσης της οικογενειακής προσαρμοστικής ρουτίνας στους τρόπους αντιμετώπισης και την ποιότητα ζωής.
Αιτιολογικό Μοντέλο	μοντέλο των Bandell-Hoekstra (για τον προσδιορισμό της σχέσης κεφαλαγίων, τρόπων αντιμετώπισης και ποιότητας ζωής)

Αποτελέσματα: η οικογενειακή προσαρμοστική ρουτίνα επηρεάζει τόσο τους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά, όσο και την ποιότητα ζωής τους και οι τρόποι αντιμετώπισης με τη σειρά τους επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των παιδιών και συμβάλλουν στην καλύτερη σχολική και κοινωνική λειτουργικότητα.



(Σχήμα 2. μοντέλο Bandell-Hoekstra)

Η οικογενειακή λειτουργικότητα σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τη δυνατότητα των παιδιών να αποκτήσουν προσαρμοστικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου ($p < .05$, $r = .31$). Η οικογενειακή λειτουργικότητα συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την ποιότητα ζωής των παιδιών ($p < .05$, $r = .43$).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης κατά τους Frare και συν. (2002) αποτελεί τη σημαντικότερη οδό μέσα από την οποία τα παιδιά αποκτούν μοντέλα συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι τρόποι αντιμετώπισης του πόνου που χρησιμοποιεί

ένα παιδί, μπορούν να διδαχτούν από τα μέλη της οικογένειας, διότι η οικογένεια μπορεί να μάθει στο παιδί τι σημαίνει ασθένεια καθώς και τα 'σημάδια' της.

3.1.6 (Μελέτη 6): McKernon και συν. (2001), 'Longitudinal Study of observed and perceived family influences on problem – focused coping behaviors of preadolescents with spina bifida'.

Στόχος της παρέμβασης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του οικογενειακού πλαισίου και της σχέσης γονέων – παιδιού στην προσαρμογή του παιδιού στον πόνο. Χρησιμοποιήθηκαν δύο αιτιολογικά μοντέλα προσπάθειας κατανόησης της επίδρασης της οικογένειας / γονέων στο χρόνιο παιδικό πόνο.

- Αιτιολογικό Μοντέλο Wallander & Verni's (1995): Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι τρόποι αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου ερεθίσματος θεωρούνται οι ενδιάμεσοι ανάμεσα στο ψυχοκοινωνικό άγχος που δημιουργείται από το αγχογόνο ερέθισμα και την προσαρμογή σε αυτό (σε παιδιά με χρόνιες καταστάσεις υγείας). Το οικογενειακό περιβάλλον εκλαμβάνεται ως οικολογικός και κοινωνικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει άμεσα τους τρόπους αντιμετώπισης του παιδιού.
- Αιτιολογικό Μοντέλο Kliewer και συν., (1996): 1. Η οικογενειακή λειτουργικότητα – (οι διαστάσεις των σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας) και συγκεκριμένα η συνοχή (cohesion) ή η σύγκρουση (conflict), επιδρούν στον τρόπο που το παιδί θα προσπαθήσει να αντιμετωπίσει αγχογόνα γεγονότα.

Διευκρινιστικοί ορισμοί:

Συνοχή (cohesion): Ως συνοχή ορίζεται ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της οικογένειας είναι δεσμευμένα με αυτή και ο βαθμός που τα μέλη αλληλοβοηθούνται και αλληλοϋποστηρίζονται.

Τρόποι αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα (problem focused⁵): στοχεύουν στη διαχείριση στοιχείων του ίδιου του ατόμου ή του περιβάλλοντος ή της μεταξύ τους σχέσης, όταν αυτά γίνονται αντιληπτά ως παράγοντες στρες. Χρησιμοποιούνται όταν το παιδί εκτιμά ότι μπορεί να ελέγξει τις στρεσογόνες καταστάσεις.

⁵ Μπεξεβέγκης, 2001

*ώριμη γονική συμπεριφορά (responsiveness): Ως «ώριμη» γονική συμπεριφορά ορίζεται ο βαθμός στον οποίο οι γονείς αποδέχονται και μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες των παιδιών.

Πίνακας (McKernon και συν. 2001)

Εργαλεία Μέτρησης	- Δοκιμασίες Οικογενειακής Αλληλεπίδρασης (FIT, Smetana και συν, 1994) - Issue Checklist, (Robin & Foster, 1989) - Family interaction task, (Ferreira, 1967) - βιντεοσκόπηση - *Αυτοσυμπληρούμενη Κλίμακα Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (SRCS; Causey & Dubow, 1992) - *Child's Report of Parent Behaviour Inventory (CRPBI; Shludermann, 1970) - Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES; Moos & Moos, 1986): χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι υποκλίμακες «συνοχή» - «σύγκρουση».
Σχέδιο έρευνας	- Δυναμική Ανάλυση, (κατά Aiken & West, 1991) - ιεραρχική πολλαπλή παλινδρόμηση για τη διερεύνηση της υπόθεσης - το SRCS (1992) έδωσε δύο παράγοντες: προσέγγιση και αποφυγή - CRPBI (1970) έδωσε δύο γονικές απαντήσεις: (ώριμη, απαιτητική) - η κωδικοποίηση των δοκιμασιών οικογενειακής αλληλεπίδρασης έγινε σύμφωνα 5 παράγοντες: «το στυλ» της αλληλεπίδρασης, τις συγκρούσεις, το εκφρασμένο συναίσθημα, τον έλεγχο - 6 αναλύσεις παλινδρόμησης: εξετάστηκαν η ώριμη γονική απάντηση {(Δ.Ε.⁶), η πατρική απάντηση (Δ.Ε.), η μητρική απάντηση (Δ.Ε.) , η πατρική απάντηση (Δ.Π.⁷), η μητρική απάντηση (Δ.Π.)} και η οικογενειακή συνοχή, σε σχέση με τους τρόπους αντιμετώπισης που είναι προσανατολισμένοι στο πρόβλημα)
Αιτιολογικό Μοντέλο	Μοντέλο Wallander - Verni's (1995) & Μοντέλο Kliewer (1996)

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με το Μοντέλο Wallander - Verni's (1995) & το Μοντέλο Kliewer (1996): Το οικογενειακό πλαίσιο και η σχέση γονέων – παιδιού συσχετίζονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p<.05$) με την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο.

Η «*ώριμη» γονική συμπεριφορά και η οικογενειακή συνοχή συνδέονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο, με την καλή προσαρμογή στον πόνο και συγκεκριμένα με τη χρησιμοποίηση από το παιδί τρόπων αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα. Συγκεκριμένα η «ώριμη» γονική συμπεριφορά επιδρά με έμμεσο τρόπο,

⁶ Δ.Ε.: Δεδομένα Ερωτηματολογίου

⁷ Δ.Π.: Δεδομένα Παρατήρησης

αυξάνοντας την αίσθηση πληρότητας και προσωπικού ελέγχου στο παιδί και με αυτό τον τρόπο φαίνεται ότι συνεισφέρει στην καλή προσαρμογή του παιδιού στον πόνο. Η οικογενειακή συνοχή φαίνεται ότι συμβάλλει στην απόκτηση της αίσθησης ασφάλειας από το παιδί και θεωρείται παράγοντας δημιουργίας σταθερών και ασφαλών δεσμών στα μέλη της οικογένειας. Όταν το παιδί νοιώσει ασφάλεια από τις πρώτες αλληλεπιδράσεις του με τους σημαντικούς 'άλλους' της οικογένειας, αργότερα θα κινηθεί και θα αντιμετωπίζει το περιβάλλον με την ίδια αίσθηση ασφάλειας, με ενεργητικό τρόπο και θα αντιμετωπίσει τους παράγοντες στρες χρησιμοποιώντας ενεργητικούς τρόπους αντιμετώπισης. Οι τρόποι αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα θεωρούνται ως ενεργητικοί τρόποι προσαρμογής του παιδιού. Αντιθέτως, το παιδί που νιώθει λιγότερο ασφαλές, είναι πιθανόν να νιώθει ότι απειλείται από τον παράγοντα στρες, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιήσει αποφευκτικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρεσογόνου ερεθίσματος, που σύμφωνα με την έρευνα οδηγούν σε κακή προσαρμογή του παιδιού στον πόνο.

3.1.7 (Μελέτη 7): Mitchell και συν. (2007), 'Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease'.

Στόχος της παρέμβασης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των τρόπων αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το παιδί και η οικογένεια στην προσαρμογή του παιδιού στο χρόνιο πόνο.

Διευκρινιστικοί ορισμοί:

Η ενεργητική αντιμετώπιση (active coping): Ως ενεργητική αντιμετώπιση ορίζονται οι προσπάθειες που κάνει το παιδί να συνεχίσει όσο μπορεί τις δραστηριότητές του, παρά τον πόνο.

Αρνητική σκέψη (negative thinking): Όταν μιλάμε για αρνητική σκέψη αναφερόμαστε στην πεσιμιστική σκέψη και ανησυχία για την έκβαση της κατάστασης

Παθητική αποδοχή(*) (passive adherence): Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης συνδυάζει συμπεριφορές όπως (προσευχή, ξεκούραση, αναζήτηση ιατρικής βοήθειας).

Εργαλεία μέτρησης	- *Ερωτηματολόγιο τρόπων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (CSQ, 1994). - Διαστάσεις Οικογενειακής Λειτουργικότητας (FAD, 1983, βασισμένη στο μοντέλο του McMaster) - Ιατρικό ιστορικό και συγκέντρωση δημογραφικών δεδομένων - 8 ομάδες συζήτησης εστιασμένου ενδιαφέροντος
Σχέδιο έρευνας	1. ποιοτική ανάλυση: - 8 ομάδες συζητήσεων εστιασμένου ενδιαφέροντος - κωδικοποίηση των βασικών θεμάτων σε 4 κατηγορίες - τα δεδομένα (των γονέων και των παιδιών) αναλύθηκαν και αθροίστηκαν ξεχωριστά σύμφωνα με τις επικρατούσες τάσεις που είχαν εντοπίσει 3 διαφορετικοί βοηθοί που κωδικοποίησαν τις απαντήσεις των συζητήσεων εστιασμένου ενδιαφέροντος 2. Ποσοτική ανάλυση - συσχετίσεις μεταξύ των CSQ, FAD, των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων. - ποσοτική ανάλυση (σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά, τους τρόπους αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί η οικογένεια και την υποστήριξη που παρέχεται στα παιδιά από αυτή προέκυψαν 3 παράγοντες (προσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης): ενεργητικός τρόπος, παθητική υποστήριξη, μειωμένη αρνητική σκέψη
Αιτιολογικό Μοντέλο	(-)

Αποτελέσματα: Οι προσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το παιδί για να αντεπεξέλθει στον πόνο συνδέονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < .05$) με τους τρόπους που χρησιμοποιεί η ίδια η οικογένεια καθώς και με λιγότερες επισκέψεις στα νοσοκομεία τους τελευταίους 12 μήνες ($p < .05$, $r = -0.31$).

‘Θετικές οικογένειες’ ονομάστηκαν οι οικογένειες εκείνες που βοηθούν το παιδί να αναπτύξει προσαρμοστικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου. Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν 3 προσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης του πόνου. Η ενεργητική αντιμετώπιση, η μειωμένη αρνητική σκέψη και η παθητική αποδοχή της κατάστασης. Το 9-16% της καλής προσαρμογής των παιδιών στον πόνο σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, οφείλεται στην ενεργητική αντιμετώπιση και συνδέεται με τις οικογένειες εκείνες που χαρακτηρίζονται από καλή επικοινωνία, που μπορούν να διαχειριστούν και να λύσουν ένα πρόβλημα. Η παθητική αποδοχή, σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη μπορεί να επηρεάσει το 9 – 17% της καλής προσαρμογής του παιδιού στον πόνο και συνδέεται με οικογένειες που διακρίνονται από καλή επικοινωνία και ικανότητα επίλυσης οικογενειακών προβλημάτων, καθώς επίσης με στατιστικά σημαντικό τρόπο με λιγότερες επισκέψεις στα νοσοκομεία τους

τελευταίους 12 μήνες από το παιδί. Μόνο το 9,1% της μείωσης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, οφείλεται στον τρόπο αντιμετώπισης παθητική αποδοχή από το παιδί.

Η μειωμένη αρνητική σκέψη συνδέεται με τις οικογένειες εκείνες που διακρίνονται από καλή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη τους, υγιείς ρόλους, συναισθηματική συμμετοχή και έλεγχο της συμπεριφοράς. Το 9,4 – 16,4% της καλής προσαρμογής των παιδιών στον πόνο οφείλεται στη μειωμένη ‘αρνητική σκέψη’. Ενώ αντίθετα, υψηλά ποσοστά ‘αρνητικής σκέψης’ συνδέονται με μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας για το παιδί.

Σύμφωνα με το ερευνητικό σχέδιο της παραπάνω έρευνας, η οικογένεια μπορεί να επηρεάσει το 27,4 – 49,4% των προσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου του παιδιού.

3.1.8 (μελέτη 8): Mullins και συν. (1995). ‘Child and Maternal adaptation to cystic fibrosis and insulin dependant diabetes mellitus: differential patterns across disease states’.

Στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της μητρικής και παιδικής συναισθηματικής προσαρμογής ανάμεσα στα παιδιά με κυστική ίνωση και ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη.

Βασικές υποθέσεις της έρευνας αποτέλεσαν ότι:

1. ότι τα παιδιά με κυστική ίνωση και ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη δε διέφεραν ως προς τα επίπεδα συναισθηματικής προσαρμογής
2. ότι οι μητέρες των παιδιών με κυστική ίνωση και ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη δε διέφεραν ως προς τα επίπεδα της δικής τους συναισθηματικής προσαρμογής
3. ότι ανάμεσα στις διαφορετικές ως προς το είδος και τη σοβαρότητα της ασθένειας ομάδες εμφανίζονται διαφορετικά μοντέλα διεργασιών μεταξύ της μητρικής και παιδικής συναισθηματικής προσαρμογής.

Πίνακας (Mullins και συν. 1995)

Εργαλεία μέτρησης	- Μετρήσεις των χαρακτηριστικών της νόσου (SEV -MD) - *Κλίμακα Παιδικής Κατάθλιψης (CDI; Kovacs 1985) - Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger (STAIC; 1973) - Σύντομη Κλίμακα Συμπτωμάτων (BSI; Degatis & Spencer 1982)
	Ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών μεταξύ των ομάδων - ANOVA (έλεγχος των υποθέσεων 1,2)

	-Διασυσχέτιση των μετρήσεων της μητρικής και παιδικής προσαρμογής μέσα και ανάμεσα στις ομάδες (διερεύνηση υπόθεσης 3) - Ιεραρχικές πολλαπλές παλινδρομήσεις για τη διερεύνηση τις επιδράσεις των παραμέτρων της ασθένειας, των δημογραφικών παραμέτρων, την προσαρμογή της μητέρας και του παιδιού
Αιτιολογικό Μοντέλο	Thompson και συν. (1992), βασισμένο στο μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984)

Αποτελέσματα: Η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι ανάμεσα στις διαφορετικές ως προς το είδος και τη σοβαρότητα της ασθένειας ομάδες, εμφανίζονται διαφορετικά μοντέλα διεργασιών μεταξύ της μητρικής και παιδικής συναισθηματικής προσαρμογής.

Για την ομάδα των παιδιών με κυστική ίνωση, η κατάθλιψη και το άγχος της μητέρας δε φαίνεται να αποτελούν μεσολαβητικούς παράγοντες εμφάνισης στα παιδιά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Κλίμακας Παιδικής Κατάθλιψης CDI; Kovacs 1985), ή άγχους που εκλύεται από την ύπαρξη στρεσογόνων παραγόντων (π.χ. ασθένεια), σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Ερωτηματολογίου Άγχους του Spielberger, STAIC-S: (υποκλίμακα που μετρά τα άγχος που προκαλείται από την ύπαρξη στρεσογόνων καταστάσεων).

Για την ομάδα των παιδιών με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, η κατάθλιψη της μητέρας φαίνεται ότι αποτελούσε μεσολαβητικό μηχανισμό για την εμφάνιση κατάθλιψης στα παιδιά ($R^2=.24$, $F=7.58$, $p<.05$), με την αύξηση της κατάθλιψης της μητέρας να προβλέπει αύξηση της κατάθλιψης στα παιδιά.

3.1.9 (Μελέτη 9): Thompson και συν. (1992). ‘Psychological adjustment of children with cystic fibrosis: the role of child cognitive processes and maternal adjustment’.

Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι ψυχοκοινωνικές διεργασίες μεταξύ του παιδιού και του γονέα, μέσα από τις οποίες επηρεάζεται η ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού στην ασθένεια και το χρόνιο πόνο αυτής.

Για τους Thompson και συν. (1992), η χρόνια ασθένεια προσλαμβάνεται ως πιθανός παράγοντας άγχους στον οποίο το παιδί και το οικογενειακό σύστημα προσπαθεί να προσαρμοστεί.

Διευκρινιστικοί ορισμοί:

Το Κέντρο Ελέγχου⁸ της προσωπικότητας. Στο ένα άκρο βρίσκονται οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν τα γεγονότα ζωής (εσωτερικό κέντρο ελέγχου) και στο άλλο άκρο βρίσκονται εκείνοι που πιστεύουν ότι τα γεγονότα ζωής είναι αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων (εξωτερικό κέντρο ελέγχου).

Πίνακας (Thompson και συν. 2001)

Εργαλεία μέτρησης	-*Το κλινικό σύστημα αξιολόγησης του Shwachman, (SCES; Shwachman, 1958) - Δημογραφικά Δεδομένα - Κλίμακα αξιολόγησης Κέντρου Ελέγχου Υγείας (HLCS; Parcel & Mayer, 1978) - Ερωτηματολόγιο τρόπων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (CSQ; modified by Gil και συν. 1991) - Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1983) - «Πως αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου II» (SPP; Harter, 1982) - *Πίνακας ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς του Missouri (MCBC; Sines και συν. 1969) - Συνέντευξη Εκτίμησης Παιδιών (CAS; Hodges και συν. 1982).
Αιτιολογικό Μοντέλο	Thompson και συν. (1992), βασισμένο στο μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984)

Σύμφωνα με το αλληλεπιδραστικό μοντέλο των Thompson και συν. (1992), διερευνήθηκαν οι ψυχοκοινωνικές διεργασίες εκείνες που επιδρούν στην ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού στη χρόνια ασθένεια και στον πόνο που προέρχεται από αυτή.

Το τροποποιημένο μοντέλο περιλαμβάνει:

- Τα χαρακτηριστικά της ασθένειας
 - Δημογραφικούς παράγοντες
 - Τη γνωστική εκτίμηση του στρεσογόνου παράγοντα και την αξιολόγηση των δυνατοτήτων που έχει το άτομο για να αντιμετωπίσει τον παράγοντα στρες.
- Οι δυνατότητες αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τις προσδοκίες κέντρου ελέγχου (locus of control) και της αυτεπάρκειας (self - efficacy).
- Τους τρόπους αντιμετώπισης του στρεσογόνου ερεθίσματος
 - Τη λειτουργία της οικογένειας
 - Τους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου
 - Τη ψυχολογική προσαρμογή της μητέρας

⁸ (Pervin & John, 2001).

Αποτελέσματα: Τα παιδιά με κακή προσαρμογή στην ασθένεια, εκδηλώνουν **εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς** (internalizing behavior problems): (άγχος, φοβίες και ιδιοψυχαναγκαστικές διαταραχές) και **εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς** (externalizing behavior problems): (εναντιωτική διαταραχή).

Τα παιδιά με κακή ψυχολογική προσαρμογή δεν διέφεραν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ως προς τα χαρακτηριστικά της ασθένειας (δριμύτητα, συχνότητα), το φύλο, την ηλικία και το κέντρο ελέγχου για την υγεία, από την ομάδα των παιδιών που εμφάνιζαν καλή ψυχολογική προσαρμογή στην ασθένεια και τον πόνο, αλλά είχαν χαμηλότερη αυτο-αξία ($p < .02$), σε σχέση με τα παιδιά που εμφάνιζαν καλή ψυχολογική προσαρμογή και διέφεραν με στατιστικά σημαντικό τρόπο ως προς την οικονομική κατάσταση ($p < .03$).

Επιπλέον φάνηκε ότι η ψυχοκοινωνική διεργασία: άγχος της μητέρας και χαμηλή αυτο-αξία του παιδιού επηρεάζουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του (*Πίνακα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς του Missouri: MCBC, 1969), που χορηγήθηκε στις μητέρες, το 60% των παιδιών παρουσίασε κακή προσαρμογή εκφραζόμενη ως εξωτερικευμένα προβλήματα και εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ημι-δομημένης συνέντευξης CAS, (1982) που χορηγήθηκε στα παιδιά, το 62% των παιδιών παρουσίασε κακή προσαρμογή στην ασθένεια. Στον πίνακα ('4 - μελέτη Thompson και συν. 1992') φαίνεται η συσχέτιση κάθε μεταβλητής με την ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού (r), το ποσοστό συμμετοχής κάθε μεταβλητής στη διαφοροποίηση που μπορεί να επέλθει στα συμπτώματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα παιδιά (R^2), ο βαθμός σημασίας αυτής της διαφοροποίησης (F-values) και το τελικό ποσοστό, που προέκυψε από τη χρήση όλων των μεταβλητών του μοντέλου.

(Πίνακας '4 - μελέτη Thompson και συν. 1992')

Μεταβλητές	B ^a	R ² change	F [®]	Cumulative R ²
MCBC εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς				
Shwachman	-.150	.09	1.24	.09
SES	.109	.08	0.58	.17

Φύλο	-.037	.01	0.08	.18
Ηλικία παιδιού	-.199	.00	1.96	.18
Γενική αυτο-αξία παιδιού	-.405	.11	8.06**	.29
SCL-90 - άγχος	.355	.10	6.15*	.39
MCBC εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς				
Shwachman	.088	.01	0.45	.01
SES	.102	.11	0.55	.12
Φύλο	.004	.01	0.00	.13
SCL-90 - άγχος	-.225	.00	^70	.13
Ηλικία παιδιού	.517	.16	13.92***	.29
Γενική αυτο-αξία παιδιού	-.406	.14	8.67**	.43
Ολικό σύμπτωμα				
Shwachman	.003	.03	0.00	.03
SES	.102	.11	0.92	.14
Ηλικία παιδιού	-.402	.00	13.48	.14
Φύλο	.099	.00	1.02	.14
Γενική αυτο-αξία παιδιού	-.809	.44	56.79****	.58
SCL-90 - άγχος	.280	.06	6.94*	.64
HLCS - αλλαγή	.218	.04	4.33*	.68

^a Συντελεστής Τυποποιημένης Παλινδρόμησης

F test on R² change

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, ****p<.0001

Τα αποτελέσματα της ημι-δομημένης συνέντευξης CAS, (1982), έδειξαν ότι οι δημογραφικές παράμετροι είναι υπεύθυνες για το 14% της αλλαγής, η αυτο-αξία για το 44%, οι πεποιθήσεις για το κέντρο ελέγχου επηρεάζουν σε ποσοστό 4% και το άγχος της μητέρας 6%. Συνολικά δηλαδή, οι παραπάνω μεταβλητές είναι υπεύθυνες για το 68% της διαφοροποίησης που μπορεί να επέλθει στα συμπτώματα συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα παιδιά.

3.1.10 (Μελέτη 10): Thompson και συν. (1993). 'The role of child and maternal processes in the psychological adjustment of children with sickle cell disease'.

Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι ψυχοκοινωνικές διεργασίες μεταξύ μητέρας και παιδιού μέσα από τις οποίες επηρεάζεται η ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού στην ασθένεια και το χρόνιο πόνο αυτής.

Εργαλεία μέτρησης	- Μετρήσεις των χαρακτηριστικών της νόσου - Δομημένη Συνέντευξη (στην οποία οι μητέρες υποδείκνυαν τον αριθμό των επεισοδίων πόνου τους προηγούμενους 9 μήνες) - Συγκέντρωση Δημογραφικών Δεδομένων - Κλίμακα αξιολόγησης Κέντρου Ελέγχου Υγείας, (HLCSS; Parcel & Mayer, 1978) - Ερωτηματολόγιο τρόπων αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων CSQ; modified by Gil και συν. 1991) - «Πως αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου II», (SPP; Harter, 1982) - Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας-90-R, (SCL-90-R; Derogatis, 1983) - *Πίνακας ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς του Missouri (MCBC; Sines και συν. 1969) - Συνέντευξη Εκτίμησης Παιδιών (CAS; Hodges και συν. 1982)
Αιτιολογικό Μοντέλο	Thompson και συν. (1992), βασισμένο στο μοντέλο των Lazarus & Folkman (1984)

Χρησιμοποιώντας το ίδιο μοντέλο με αυτό της προηγούμενης μελέτης τους, οι Thompson συν. (1992), (βλ. Παραπάνω), προσπάθησαν να εξετάσουν τις ψυχοκοινωνικές διεργασίες που επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή του παιδιού στη δρεπανοκυτταρική αναιμία.

Αποτελέσματα: Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες ανέφεραν ότι τα παιδιά τους έχουν προβλήματα συμπεριφοράς είχαν μητέρες που παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, ($p < .05$) σε σχέση με τις μητέρες των παιδιών που δεν παρουσίαζαν προβλήματα συμπεριφοράς και προβλήματα προσαρμογής στην ασθένεια. Τα υψηλά ποσοστά άγχους της μητέρας φαίνεται ότι επηρεάζουν ένα ποσοστό 16% των εσωτερικευμένων προβλημάτων του παιδιού και το 33% των εξωτερικευμένων προβλημάτων του παιδιού. Οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά για να προσαρμοστούν στο πόνο αντιστοιχούν στο 21% της εξαρτημένης μεταβλητής «προσαρμογή των παιδιών στον πόνο». Το τροποποιημένο αιτιολογικό μοντέλο των Thompson και συν. (1992) φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει το 30-49% της προσαρμογής των παιδιών.

Τμήμα 3°

Πίνακας Δείγματος (2): ‘Διαφοροποίηση των μελετών ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τα Αιτιολογικά Μοντέλα – Συνιστωσών Παραγόντων’

Συγγραφείς / ημερομηνία	Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Αιτιολογικό Μοντέλο	Εξαρτημένες Μεταβλητές
1. Aromaa και συν. (2000)	Οικογενειακές συγκρούσεις - Οικογενειακή Συνοχή	(-)	Δριμύτητα πόνου
2. Bandell-Hoekstra (2000)	Θετικό οικογενειακό ιστορικό πόνου Μίμηση προτύπου	(-)	τρόποι αντιμετώπισης
3. Connelly M. (2006)	Κατάθλιψη της μητέρας	(-)	Κατάθλιψη των παιδιών
4. Crushell και συν. (2003)	Πεποιθήσεις της οικογένειας για την υγεία	(-)	Διατήρηση σωματικών συμπτωμάτων
5. Frare και συν. (2002)	Οικογενειακή λειτουργικότητα Χ Τρόποι αντιμετώπισης	Μοντέλο Bendell & Hoekstra, (2000)	Ποιότητα ζωής του παιδιού
6. McKernon και συν. (2001)	(οικογενειακή συνοχή) Χ (ώριμη γονική συμπεριφορά)	Μοντέλο Wallander & Verni's, (1995); Μοντέλο Kliewer, (1996)	Τρόποι αντιμετώπισης προσανατολισμένοι στο πρόβλημα
7. Mitchell και συν. (2007)	'Θετικές οικογένειες'	(-)	Προσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης του πόνου
8. Mullins και συν. (1995)		Thompson και συν. (1992)	Προσαρμογή του παιδιού στον πόνο
9. Thompson και συν. (1992)	(άνγχος της μητέρας) Χ (χαμηλή αυτο-αξία)	Thompson και συν. (1992)	Εσωτερικευμένα & εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς
10. Thompson και συν. (1993)	(άνγχος, κατάθλιψη της μητέρας) Χ (χαμηλή αυτο-αξία)	Thompson και συν. (1992)	Εσωτερικευμένα & εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς

Τμήμα 4^ο

Πίνακας Δείγματος (3): ‘Διαφοροποίηση των μελετών ως προς τα μέτρα αξιολόγησης που χρησιμοποιούν’

Συγγραφείς/ Έτος	Μέτρα γνωστικής & συναισθηματικής αξιολόγησης		Μέτρα αξιολόγησης τρόπων αντιμετώπισης		Μέτρα αξιολόγησης της οικογενειακής λειτουργίας	
	Ποσοτικά	ποιοτικά μέσα	ποσοτικά	ποιοτικά	ποσοτικά	ποιοτικά
1. Aromaa και συν. (2000)	-	Συζήτηση (δεν προσδιορίζεται)	-	-	-	Συζήτηση (δεν προσδιορίζεται)
2. Bandell-Hoekstra και συν. (2000)	-	-	-	-	-	-
3. Connolly (2006)	CDI, BSI,	-	KidCope (πδ)	-	-	-
4. Crushell και συν. (2003)	CBCL (M)	-	-	-	-	-
5. Frare και συν. (2002)	-	-	-	-	-	EFI
6. McKernon και συν. (2001)	-	-	SRCS, CRPBI (O)	-	FES (O)	FIT-παρατήρηση Issue Checklist
7. Mitchell και συν. (2007)	CSQ (πδ)	-	-	-	FAD (O)	Ομάδες συζήτησης εστιασμένου ενδιαφέροντος
8. Mullins και συν. (1995)	CDI(πδ), STAI(C(πδ), BSI(M)	-	-	-	-	-
9. Thompson και συν. (1992)	SPP(πδ), CHLCS(πδ) , SCL-90-R (M), MCBC (πδ)	CAS(πδ)	CSQ(πδ)	-	-	-
10. Thompson και συν. (1993)	SPP(πδ), CHLCS(πδ) , SCL-90-R (M), MCBC (πδ)	CAS (πδ)	CSQ(πδ)	-	-	-

Όπου: (πδ):απαντήσεις που δόθηκαν από τα παιδιά, (M):απαντήσεις που δόθηκαν από τη μητέρα, (Π):απαντήσεις που δόθηκαν από τον Πατέρα, AM= Άλλα Μέλη της Οικογένειας (όπως γιαγιά ή θεία), Δ.Μ.(*1): Οικογενειακό Πλαίσιο X (Σχέση γονέων – παιδιού, Γονική Συμπεριφορά)=Προσαρμογή του παιδιού.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μια πρώτη ματιά στο μικρό αριθμό του δείγματος μπορεί να οδηγήσει στη σκέψη ότι ο αλγόριθμος που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένας αλγόριθμος με μεγάλη ειδικότητα, που δεν επέτρεψε να εντοπισθεί μεγάλο μέρος των σχετικών, με το θέμα της διπλωματικής εργασίας, μελετών. Ένας όμως λιγότερο ειδικός αλγόριθμος έδινε τεράστιο αριθμό μελετών προς ανασκόπηση, με τη συντριπτική πλειοψηφία αυτών να μη σχετίζονται με το θέμα της παρούσας εργασίας.

Για να αντιμετωπισθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το παραπάνω πρόβλημα, χρησιμοποιήθηκε ένας ειδικός αλγόριθμος, που στην ουσία προήλθε από τις λέξεις κλειδιά του θέματος της διπλωματικής εργασίας:

- α) σε μηχανές αναζήτησης, με διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους: ειδικές όπως Pubmed, Psycinfo, IATROTEK και λιγότερο ειδικές όπως η Google/scholar,
- β) σε ηλεκτρονικές πηγές πληροφοριών για τον παιδικό χρόνιο πόνο, όπως το ‘International Symposium on pediatric pain’, το ‘Pediatric Pain Letter’.
- γ) σε δικτυακούς τόπους ερευνητών του παιδικού πόνου σε συνδυασμό με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όλων των συμπεριλαμβανόμενων άρθρων που μπορεί να σχετίζονταν με το συγκεκριμένο θέμα, δ) καθώς και χρήση της τεχνικής της χιονόμπαλας, με στόχο να εντοπισθούν όλες οι πιθανές, κατάλληλες μελέτες που είτε δεν εμφάνισε ο αλγόριθμος είτε δεν εντοπίστηκαν στις άλλες πηγές αναζήτησης.

Πραγματικότητα αποτέλεσε ότι εντοπίστηκαν πολλές και ενδιαφέρουσες μελέτες που στον τίτλο και στην περίληψή τους μιλούσαν για παιδικό χρόνιο πόνο, οι οποίες αποκλείστηκαν, λόγω της σύνθεσης του δείγματός τους, μιας και περιλάμβαναν στο δείγμα τους και παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους (κάτι που αναφέρεται και στο τμήμα της στρατηγικής αναζήτησης του δείγματος).

Αυτό οδήγησε σε προβληματισμούς και ερωτήματα όχι τόσο για το μικρό αριθμό δείγματος της παρούσας μελέτης (στη διεθνή βιβλιογραφία σε έγκριτα περιοδικά εντοπίστηκαν συστηματικές βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις με αριθμό δείγματος 5 ή 10 μελετών), αλλά κυρίως σε αμφιβολίες για τη διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος και την επικέντρωσή του σε συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο.

Από τη μια μεριά το γεγονός ότι ένα πλήθος ερευνητών με σημαντική πορεία στο χώρο χρησιμοποιούσε μικτά δείγματα.

Από την άλλη υπήρχε εκτενής βιβλιογραφία ότι το παιδί σε κάθε στάδιο ανάπτυξής του διακρίνεται από διαφορετικά βιολογικά, ψυχολογικά και γνωστικά χαρακτηριστικά και κάθε αναπτυξιακή περίοδος δίνει δυνατότητα διαφορετικής ετοιμότητας και ανταπόκρισης στα ερεθίσματα (π.χ. πόνος). Όταν μιλάμε για αναπτυξιακές περιόδους δεν μιλάμε στην ουσία για ‘ηλικίες’ αλλά για το τι συμβαίνει στο άτομο σε βιολογικό, ψυχολογικό και γνωστικό επίπεδο σε συγκεκριμένες ηλικιακές περιόδους. Οι οποίες πέρα από τις διατομικές διαφοροποιήσεις, χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη συγκεκριμένων ‘επιτευγμάτων’ σε όλα τα προαναφερθέντα επίπεδα. Η ηλικία ενός παιδιού αποτελεί μια προσέγγιση του αναπτυξιακού επιπέδου, (Goodenough και συν. 1997).

Οι Hadjistavropoulos και Craig, (2000), Chambers & Johnston, (2001), Walker & Zeman, (1992) επισημαίνουν ότι οι τρόποι συνδιαλλαγής που αυξάνουν – ενισχύουν τον πόνο μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, ενώ αρκετές είναι και οι έρευνες που υποστηρίζουν ότι υπάρχουν ηλικιακές διαφορές στην αντίληψη του πόνου.

Άλλοι πάλι ερευνητές, προτείνουν ότι οι διαφοροποιήσεις αυτές μπορεί στην ουσία να προέρχονται από σφάλματα μετρήσεων και την τάση των πιο μικρών σε ηλικία παιδιών να τείνουν να αποκρίνονται στα ακραία σημεία των κλιμάκων εκτίμησης πόνου, ίσως δηλώνοντας την περιορισμένη γνωστική ικανότητά τους να κάνουν διακρίσεις, τις οποίες τα μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά είναι ικανά να κάνουν, (Chambers & Craig, 1998).

Ή ότι οι διαφοροποιήσεις είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας να διαχειρισθούν το άγχος που συνεισφέρει στο βίωμα του πόνου, απ’ ό,τι τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Σύμφωνα με τους Champion και συν. (1998) *‘η αξιολόγηση των ηλικιακών διαφοροποιήσεων στις μετρήσεις πόνου των παιδιών είναι κάτι δύσκολο και η δυνατότητα των μικρών παιδιών να παρέχουν τις αξιόπιστες και έγκυρες αναφορές πόνου είναι ένα ζήτημα που αξίζει την ιδιαίτερη προσοχή’*.

Κάποιοι άλλοι ερευνητές στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τις προαναφερθείσες δυσκολίες ενσωμάτωσαν στις έρευνές τους ‘διαφορετικά’ μέτρα αξιολόγησης. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Goodenough και συν. (1997), προτείνουν ότι ίσως τελικά, η επιφάνεια των σωμάτων (BSA), (ένα ανατομικό μέτρο που υπολογίστηκε από το ύψος και το βάρος των παιδιών), αποτελεί πιο αξιόπιστο

μέτρο αξιολόγησης του πόνου από τη χρονολογική ηλικία, επισημαίνοντας ότι αναπτυξιακές ανατομικές διαφορές μπορούν να διαμορφώσουν ένα συστατικό της ηλικιακής απάντησης στον πόνο.

Επιπλέον, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Πόνου (2007) *‘οι ταξινομήσεις των ασθενειών, επηρεάζονται από αναπτυξιακούς παράγοντες. Παραδείγματος χάριν οι επαναλαμβανόμενες κεφαλαλγίες διάρκειας μίας ώρας, σε παιδιά 4 ετών μπορούν να ταξινομηθούν ως ημικρανίες, ενώ οι επαναλαμβανόμενες κεφαλαλγίες αυτού του μήκους στους εφήβους δεν θα ταξινομούνταν πιθανώς ως ημικρανίες’.*

Επιπροσθέτως και τα χαρακτηριστικά κάποιων χρόνιων ασθενειών μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία των παιδιών. Για παράδειγμα, η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι σε έξαρση όταν το παιδί είναι μεταξύ 1-3 και 8-12 ετών, (Reiter και συν. 2003). Παρουσιάζονται όμως αρκετές έρευνες στο χώρο του παιδικού χρόνιου πόνου που χρησιμοποιούν μικτά ως προς την ηλικία δείγματα στη διερεύνηση της προσαρμογής των παιδιών στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η απάντηση στα ερωτήματα που προκύπτουν από την χρήση ανόμοιων ως προς την ηλικία δειγμάτων στις έρευνες, μάλλον δίνεται από τον Kiarcher, (2005) ο οποίος αναφέρει ότι *‘η αβεβαιότητα, πέρα από τα ηθικά και νομικά δικαιώματα και τις ευθύνες, οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας να αρνούνται να δουν ως εφήβους, εφήβους ηλικίας κάτω των 16 ετών (κάτι που θα σήμαινε την μεγαλύτερη συμμετοχή των εφήβων στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους), από φόβο ότι αυτό θα επισύρει νομικές αντιδράσεις και οργή εκ μέρους των γονέων’.*

Αυτή η στάση σε συνδυασμό με όσα αναφέρονται παραπάνω, ίσως να αποτελούν κάποιους από τους λόγους για τη χρήση μικτών δειγμάτων (σχολικής ηλικίας και εφήβων) στις μελέτες για τον παιδιατρικό πόνο.

Αποτελούν όμως ενδείξεις ότι με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο οι αναπτυξιακές διαφορές επηρεάζουν την αξιοπιστία των μετρήσεων και αποτέλεσε το λόγο επιλογής μη μικτών (ως προς την ηλικία) δειγμάτων στο δείγμα της συγκεκριμένης εργασίας, που με τη σειρά του οδήγησε στον εντοπισμό ενός μικρού αριθμού μελετών ικανών να αποτελέσουν το ‘δείγμα’ της παρούσας μελέτης.

4.1 Σύνοψη Αποτελεσμάτων

Μέτρα αξιολόγησης της οικογενειακής / γονικής λειτουργικότητας που αντανακλούν σχέσεις που είναι υποστηρικτικές (όπως η οικογενειακή συνοχή, ή η ώριμη γονική συμπεριφορά) φαίνεται ότι συνδέονται με καλύτερη προσαρμογή του παιδιού στον πόνο, ενώ αντιθέτως οι μετρήσεις προβληματικής οικογενειακής λειτουργικότητας (όπως η οικογενειακή σύγκρουση) φαίνεται ότι συνδέονται με χειρότερη προσαρμογή του παιδιού στον πόνο.

Παρατηρήθηκε ότι η ψυχολογική προσαρμογή της μητέρας (άγχος, κατάθλιψη) συνδέεται με δυσπροσαρμοστικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, καθώς και με την εμφάνιση κατάθλιψης στα παιδιά.

Η αδυναμία αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου από το παιδί, εκφράστηκε με τους όρους: δυσπροσαρμοστική αντιμετώπιση στον πόνο (εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς, αρνητική σκέψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση), λειτουργική ανικανότητα και έκπτωση της ποιότητας της ζωής του παιδιού. Ενώ η ικανότητα του παιδιού να αντιμετωπίσει το χρόνιο πόνο εκφράστηκε κυρίως με τους όρους: προσαρμοστική αντιμετώπιση στον πόνο (τρόποι αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα) και υψηλή αυτοεκτίμηση.

Τα αποτελέσματα των μελετών του δείγματος ήταν σύμφωνα με αποτελέσματα άλλων μελετών της βιβλιογραφίας του παιδιατρικού πόνου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι: Σύμφωνα με τους Logan & Scharff, (2005) τα χαρακτηριστικά οικογενειακού περιβάλλοντος (όπως οι οικογενειακές συγκρούσεις, η οικογενειακή οργάνωση) και το άγχος των γονέων συνδυαστικά θα μπορούσαν να προβλέψουν λειτουργική ανικανότητα στα παιδιά, πέρα από την προβλεπόμενη από την ένταση του πόνου. Παιδιά από οικογένειες με ιστορικό χρόνιου πόνου, εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερη λειτουργική ανικανότητα και υψηλά ποσοστά 'καταστροφικής σκέψης', σε σύγκριση με τα παιδιά που προέρχονταν από οικογένειες δίχως ιστορικό χρόνιου πόνου, Lynch και συν. (2006).

Οι Lipani και συν. (2005) διατύπωσαν στη μελέτη τους, πως η αντίληψη της μητέρας ότι ο πόνος αποτελεί άμεση απειλή για το παιδί, συνδέεται θετικά με υψηλά ποσοστά άγχους της μητέρας και ότι υπάρχει θετικά υψηλή συνάφεια μεταξύ της δριμύτητας του πόνου και του άγχους της μητέρας.

4.2 Προσδιορισμός της μελέτης με τη μεγαλύτερη ισχύ

Η 6^η μελέτη του Δείγματος: (McKernon και συν. 2001) φαίνεται ως η πιο ισχυρή σύμφωνα με την εκτίμηση κριτηρίων (βλ. Μέθοδος Αναζήτησης και εκτίμησης των μελετών) των αποτελεσμάτων των μελετών του δείγματος:

Ειδικότερα, με τα αιτιολογικά μοντέλα (Μοντέλο Wallander & Verni's (1995) & το Μοντέλο Klierer (1996) που χρησιμοποιήθηκαν, κατάφεραν να παρουσιάσουν μια εικόνα της μεγάλης συνθετότητας της επίδρασης του οικογενειακού πλαισίου, των γονικών συμπεριφορών και της σχέσης γονέων – παιδιού στην προσαρμογή του παιδιού στον πόνο. Επιπλέον μέσω του σχεδιασμού της μελέτης (Διαχρονική Μελέτη) δόθηκε ικανοποιητική απάντηση ως προς την αιτιολογική σχέση μεταξύ της έκθεσης και της έκβασης. Οι McKernon και συν. (2001) κατάφεραν να συνδέσουν την οικογενειακή συνοχή με ένα περιβάλλον ισορροπίας (άρα και μετρίου βαθμού στρες), στο οποίο οι σχέσεις που αναπτύσσονται με τα άτομα προσκόλλησης οδηγούν στην αίσθηση της 'ασφάλειας' και στην ανάπτυξη 'νοητικών μοντέλων' που θα επιτρέψουν στο παιδί να αντιμετωπίζει με ενεργητικό τρόπο το περιβάλλον και τους στρεσογόνους παράγοντες (όπως ο πόνος). Ο ενεργητικός τρόπος αντιμετώπισης θεωρείται ότι βοηθά στην καλή προσαρμογή τόσο στον πόνο όσο και στις διαταραχές που δημιουργεί αυτός στη κοινωνική ζωή του παιδιού.

Οι μελέτες Δείγματος 9: (Thompson και συν. 1992) και 10: (Thompson και συν. 1993), επικεντρώθηκαν στη δυαδική σχέση και τις γνωστικές διεργασίες του παιδιού στην προσαρμογή του στον παράγοντα άγχους (χρόνιος πόνος), αφήνοντας εκτός διερεύνησης το συνολικό οικογενειακό πλαίσιο. Επιπροσθέτως, ο σχεδιασμός των μελετών αυτών (Ασθενών – Μαρτύρων) δεν κατάφερε να απαντήσει ως προς την αιτιολογική σχέση μεταξύ της έκθεσης και της έκβασης και για αυτούς τους λόγους η 9^η και η 10^η μελέτη του δείγματος κρίθηκαν λιγότερο ισχυρές σε σχέση με αυτή των McKernon και συν. (2001).

Σε πέντε από τις μελέτες του δείγματος (n=5) η διερεύνηση της επίδρασης της οικογένειας στον πόνο και την προσαρμογή του παιδιού σε αυτόν περιορίστηκε στην ανάδειξη συναφειών μεταξύ μεταβλητών όπως: το 'οικογενειακό συναίσθημα', την οικογενειακή 'σύγκρουση' (ανοικτή ή καλυμμένη), την κατάθλιψη της μητέρας με την κατάθλιψη των παιδιών, την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο κ.α. Τα

αποτελέσματα των μελετών αυτών σαφώς αποτελούν ενδείξεις, που χρειάζεται να ληφθούν σοβαρά υπόψη και να διερευνηθούν περαιτέρω.

Αντιθέτως αυτό που υποστηρίζεται είναι ότι βασικό χαρακτηριστικό των μελετών του δείγματος αποτέλεσε η απουσία αιτιολογικών μοντέλων που στηρίζονταν σε συγκροτημένες θεωρίες διερεύνησης της φύσεως των σχέσεων μεταξύ του παιδιού και της οικογένειας που λειτουργούν ως παράγοντες κατανόησης στην αιτιολογία, ενίσχυση, διατήρηση και προσαρμογή του παιδιού στο χρόνιο πόνο στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Η απουσία οργάνωσης των ερευνητικών σχεδίων των μελετών αυτών με βάση τα παραπάνω αιτιολογικά μοντέλα δεν επέτρεψε να φωτιστούν οι πιθανές διεργασίες μέσα από τις οποίες η λειτουργία της οικογένειας και η συμπεριφορά του κάθε γονέα συνεισέφεραν στην προσαρμογή του παιδιού στον πόνο ή επηρέασαν το βίωμα του πόνου του παιδιού.

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι οι μισές μελέτες του δείγματος (N=5) χρησιμοποίησαν κάποιο θεωρητικό αιτιολογικό μοντέλο διερεύνησης της επίδρασης της οικογένειας στο χρόνιο πόνο του παιδιού.

Οι υπόλοιπες μελέτες (N=5) περιορίστηκαν στον εντοπισμό της συμμεταβολής μεταξύ των μεταβλητών. Ο εντοπισμός συνάφειας μεταξύ της δριμύτητας του πόνου και των οικογενειακών συγκρούσεων ή ο εντοπισμός συνάφειας μεταξύ της οικογενειακής συνοχής με την απόκτηση προσαρμοστικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου από τα παιδιά, αυτό που φαίνεται να αποκαλύπτει κυρίως είναι ότι η προσαρμογή στον πόνο είναι αποτέλεσμα αλληλεπιδραστικής διεργασίας. Δεν κατάφερε να δώσει κάποια πληροφορία για τις οδούς μέσα από τις οποίες προκύπτουν αυτές οι αλληλεπιδράσεις καθώς και με ποιο τρόπο σχετίζονται με τον πόνο.

Αντιθέτως μοιάζουν να παραβλέπονται κάποιες πιθανές αποδόσεις. Για παράδειγμα υπήρξαν αποτελέσματα ερευνών που ενώ διερευνούσαν την επίδραση της οικογενειακής λειτουργικότητας στις παιδικές κεφαλαλγίες περιορίστηκαν να υποθέσουν ότι η ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος πιθανόν να αποτελεί μεσολαβητικό παράγοντα ανάμεσα στη δριμύτητα των κεφαλαλγιών και τις οικογενειακές συγκρούσεις.

Ενώ πάλι σε άλλες 'χάνονταν' οι διεργασίες μέσω των οποίων η οικογένεια κατόρθωνε να επηρεάσει τον παιδικό πόνο. Στην 7^η μελέτη του δείγματος: (Mitchell και συν. 2007), εντοπίστηκε ότι η μεταβλητή 'αρνητική σκέψη' συνδέεται με

στατιστικά σημαντικό τρόπο με την κακή προσαρμογή του παιδιού στον πόνο. Δε διατυπώθηκαν όμως πιθανές ερμηνείες για το πως η ‘αρνητική σκέψη’ για τα αποτελέσματα της έκβασης της ασθένειας συγκατασκευάζεται από την οικογένεια και το παιδί, δεν εξετάστηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή η ικανότητα της οικογένειας να ‘συγκατασκευάζει’ με το παιδί την ‘πραγματικότητα’.

Οι γενικές παρατηρήσεις που προκύπτουν από τις μελέτες του δείγματος είναι οι ακόλουθες:

4.3 Προβλήματα ως προς το εννοιολογικό πλαίσιο ορισμού, διάκρισης και ονομασίας των τρόπων αντιμετώπισης και άλλων λειτουργικών μεταβλητών

Παρατηρείται σύγχυση ως προς τον ορισμό και τις διακρίσεις των τρόπων αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί ένα παιδί. Στην 7^η μελέτη του δείγματος, (Mitchell και συν. 2007), από την παραγοντική ανάλυση προέκυψε η μεταβλητή ‘αρνητική σκέψη’. Στη διεθνή βιβλιογραφία για τον παιδικό πόνο πολύ συχνά εντοπίζονται η μεταβλητή ‘αρνητική σκέψη’ καθώς και οι μεταβλητές ‘καταστροφική σκέψη’ και ‘αρνητική αξιολόγηση’. Ο βαθμός που ένα παιδί κάνει υπερβάλλουσες και έντρομες αξιολογήσεις για τον πόνο και τις συνέπειες του, συνήθως στη βιβλιογραφία είναι γνωστές ως ‘καταστροφική σκέψη’. Και οι τρεις αυτές μεταβλητές συνδέονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την εμφάνιση κατάθλιψης στα παιδιά (Bernard και συν. 2004; Eccleston, 2001). Αν η διαφορά της ‘καταστροφικής σκέψης’ με τις άλλες δύο μεταβλητές φαίνεται να είναι ποσοτική, η διαφορά μεταξύ της αρνητικής σκέψης και της αρνητικής αξιολόγησης, δεν μπορεί να εντοπιστεί, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται δυσκολία στη σύγκριση των αποτελεσμάτων των μελετών.

Γενικότερα, παρατηρείται μια πληθώρα κατηγοριοποιήσεων των τρόπων αντιμετώπισης ενός στρεσογόνου ερεθίσματος όπως ο πόνος: Κατηγοριοποίηση με βάση την **κατεύθυνση των ενεργειών του παιδιού**: 1. Διακρίνονται σε τρόπους αντιμετώπισης που προσανατολίζονται στο πρόβλημα (που θεωρείται ότι συνδέονται με καλή προσαρμογή του παιδιού στον πόνο) και τρόπους αντιμετώπισης που προσανατολίζονται στο συναίσθημα (που θεωρείται ότι συνδέονται με χειρότερη προσαρμογή του παιδιού στον πόνο). 2. Ενεργητικοί τρόποι αντιμετώπισης (που

θεωρείται ότι συνδέονται με καλή προσαρμογή του παιδιού στον πόνο) και αποφευκτικοί τρόποι αντιμετώπισης (που θεωρείται ότι συνδέονται με χειρότερη προσαρμογή του παιδιού στον πόνο). Κατηγοριοποίηση με βάση **το περιεχόμενο**, κατηγοριοποιήσεις με βάση **την ευελιξία, τον περίγυρο** κ.α.

Στην 7^η μελέτη του δείγματος: (Mitchell και συν. 2007) από την παραγοντική ανάλυση προέκυψε ο τρόπος αντιμετώπισης ‘παθητική προσαρμογή’, που σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησε σε καλή προσαρμογή των παιδιών στον πόνο. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν εντοπίστηκε σε άλλη έρευνα στη διεθνή βιβλιογραφία (στο μέτρο που ήταν δυνατό) ο τρόπος αντιμετώπισης ‘παθητική προσαρμογή’, ούτε ήταν δυνατόν να κατηγοριοποιηθεί με ακρίβεια σε κάποια από τις παραπάνω πολύ γνωστές κατηγοριοποιήσεις των τρόπων αντιμετώπισης. Επιπροσθέτως εντοπίστηκαν άλλοι συναφείς ως προς το περιεχόμενο με την ‘παθητική προσαρμογή’ τρόποι αντιμετώπισης, οι οποίοι όμως συνδέονται με χειρότερη προσαρμογή του παιδιού στον πόνο.

Ακριβώς λόγω του μεγάλου αριθμού ταξινομήσεων, κατηγοριών και υποκατηγοριών των τρόπων αντιμετώπισης, παρατηρείται έλλειψη συνοχής, αδυναμία σύγκρισης των αποτελεσμάτων και αδυναμία εξαγωγής συμπερασμάτων. Οι προσπάθειες ομαδοποίησης σε μεγάλες κύριες κατηγορίες από κάποιους ερευνητές, με τη βοήθεια στατιστικών προτύπων και με την εννοιολογική ομαδοποίηση των στοιχείων τους, με στόχο την μεγαλύτερη κατανόηση των μελετών κατάφεραν να ‘κρύψουν’ σημαντικές διαφορές μέσα στις υποκατηγορίες κάθε κατηγορίας, (Folkman & Moskowitz, 2004). Οι βασικότερες ‘προβληματικές’ όμως σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης, δεν άπτονταν των κατηγοριοποιήσεων αλλά στο γεγονός ότι:

1. Δεν υπήρξε κοινή αποδοχή μεταξύ των μελετών σχετικά με το ποια χαρακτηριστικά του ατόμου εμπλέκουν.
2. Υποτιμήθηκε ο ρόλος του συναισθήματος, ως εμπλεκόμενου στοιχείου στους τρόπους αντιμετώπισης
3. Θεωρούνται ενσυνείδητες και σκόπιμες προσπάθειες να ελεγχθεί μια εσωτερική ή εξωτερική αντιξοότητα. Η διεργασία όμως μέσα από την οποία ‘αποκτιούνται’ οι τρόποι αντιμετώπισης, δεν είναι στο σύνολό της ενσυνείδητη και κάθε τρόπος αντιμετώπισης δε φαίνεται να είναι στο σύνολό του σκόπιμος.

4.4 Προβλήματα ως προς την κατεύθυνση των συσχετίσεων

Η πλειοψηφία των μελετών του δείγματος (βλ. Πίνακα δείγματος 1), συγκροτήθηκε από συγχρονικές μελέτες, οι οποίες παρουσίασαν την έκταση με την οποία τα 'σκορ' των γονέων και τα 'σκορ' των παιδιών στις διάφορες μετρήσεις συµμεταβάλλονταν. Παρουσίασαν ασάφεια ως προς την αιτιολογική σχέση μεταξύ της έκθεσης και της έκβασης. Η αντίστροφη αιτιολογική σχέση (reverse causality) δεν επέτρεψε για παράδειγμα στην 7^η μελέτη του δείγματος: (Mitchell και συν. 2007) να προσδιοριστεί αν το άγχος των παιδιών και η φτωχή λειτουργικότητά τους εγείρει την έντονη έγνοια και ανησυχία από τη μεριά των γονέων ή αν αυτή ακριβώς η γονική αντίδραση οδήγησε σε φτωχή λειτουργικότητα τα παιδιά. Καθώς επίσης αν τα υψηλά ποσοστά του τρόπου αντιμετώπισης 'παθητική αποδοχή' από τα παιδιά οδήγησαν σε λιγότερες επισκέψεις στα νοσοκομεία τους τελευταίους 12 μήνες από τα παιδιά, ή αν η μείωση χρήσης των υπηρεσιών υγείας επηρεάστηκε από ένα τρίτο παράγοντα, τη δριμύτητα της ασθένειας.

4.5 Προβλήματα που προκύπτουν από τις πηγές συγκέντρωσης των δεδομένων

Σχεδόν σε όλες τις μελέτες του δείγματος (N=9) τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες αξιολόγησης συμπληρώνονται από τους γονείς και τα παιδιά. Σε μία από τις μελέτες του δείγματος (n=1) όλες οι πληροφορίες δόθηκαν αποκλειστικά από τους γονείς.

Χρειάζεται προσοχή στον τρόπο που ερμηνεύονται οι απαντήσεις που δίνουν οι γονείς στα διάφορα μέτρα έκβασης.

Στη 10^η μελέτη του δείγματος: (Thompson και συν. 1993), η συχνότητα του πόνου των παιδιών, αξιολογήθηκε μόνο μέσα από τα δεδομένα που προέκυψαν από τη χορήγηση δομημένης συνέντευξης στη μητέρα. Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι αρκετές οι μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία που αναφέρουν ότι οι γονείς είτε υποτιμούν την ποιότητα ζωής των παιδιών τους (Youssef, 2006) είτε τείνουν να υποτιμούν ή να υπερτιμούν τον πόνο που βιώνουν τα παιδιά (Chambers, 1998).

Επιπλέον, η ακρίβεια των απαντήσεων που δίνουν οι γονείς για τον πόνο που βιώνουν τα παιδιά, μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το μέτρο που χρησιμοποιείται. Για παράδειγμα οι West και συν. (1994) κατέληξαν ότι οι γονείς είναι ακριβείς στις

εκτιμήσεις τους για τον πόνο του παιδιού, όταν χρησιμοποιείται η κλίμακα FACES παρά όταν χρησιμοποιείται η κλίμακα Poker Chip Tool⁹.

Χρειάζεται προσοχή στο μέγεθος της συνάφειας μεταξύ των απαντήσεων των παιδιών και των απαντήσεων των μητέρων που προκύπτουν από τα μέτρα αξιολόγησης.

Η πλειοψηφία των μελετών του δείγματος (n=8), δεν έλαβε σοβαρά υπόψη το συνολικό οικογενειακό πλαίσιο των παιδιών. Σε αυτές τις μελέτες οι πληροφορίες δόθηκαν είτε από τις μητέρες είτε από τους πατέρες του παιδιού.

Σε δύο μόνο μελέτες του δείγματος (n=2), οι πληροφορίες δίνονταν και από τους δύο γονείς, εκ των οποίων στη μία μόνο (n=1) υπήρχε καταγραφή in vivo της αλληλεπίδρασης των μελών της οικογένειας. Οι Goodman και συν. (1997), τονίζουν ότι στη δική τους μελέτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μητέρες ανέφεραν πολύ περισσότερα περιστατικά πόνου για τις κόρες της οικογένειας σε σχέση με τους πατέρες. Ενισχυτικά σε όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, ο Kizak, (1991) διατύπωσε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό τα δεδομένα να συλλέγονται απ' όσο το δυνατόν περισσότερα μέλη της οικογένειας, δεδομένου ότι η πολυπλοκότητα των σχέσεων ανάμεσα τους είναι αδύνατο να κατανοηθεί με στοιχεία μόνο από ένα μέλος της.

4.6 Διαφορές ως προς τους παράγοντες 'κινδύνου' που μεσολαβούν για την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο ανάμεσα στις διαφορετικές ως προς την ασθένεια ομάδες παιδιών.

Παρατηρήθηκε ότι η επίδραση της οικογένειας και των γονιών στη ψυχολογική προσαρμογή των παιδιών στον πόνο, δεν ήταν η ίδια ανάμεσα στις διαφορετικές χρόνιες καταστάσεις υγείας. Ειδικότερα στην 8^η μελέτη του δείγματος (Mullins και συν. 1995), παρατηρήθηκε ότι ανάμεσα στις διαφορετικές ως προς το είδος και τη σοβαρότητα της ασθένειας ομάδες, εμφανίζονται διαφορές ως προς την επίδραση της μητέρας στην προσαρμογή των παιδιών στον πόνο και την ασθένειά τους. Για την ομάδα των παιδιών με κυστική ίνωση, η κατάθλιψη και το άγχος της μητέρας δεν αποτέλεσαν μεσολαβητικούς παράγοντες της εμφάνισης καταθλιπτικής

⁹ Παρότι η κλίμακα Poker Chip Tool απευθύνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, χρησιμοποιήθηκε ως παράδειγμα της διαφοροποίησης που παρατηρείται στην αξιοπιστία των απαντήσεων των γονέων από τη μία κλίμακα αξιολόγησης στην άλλη.

συμπτωματολογίας στα παιδιά ή άγχους (που εκλύεται από την ύπαρξη της ασθένειας). Ενώ αντίθετα για την ομάδα των παιδιών με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, η κατάθλιψη της μητέρας φαίνεται ότι αποτελούσε μεσολαβητικό μηχανισμό για την εμφάνιση κατάθλιψης στα παιδιά, με την αύξηση της κατάθλιψης της μητέρας να προβλέπει αύξηση της κατάθλιψης στα παιδιά.

Δηλαδή στα παιδιά με κυστική ίνωση που ‘μεγαλώνουν’ προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν και να προσαρμοστούν σε μια απειλητική για τη ζωή χρόνια ασθένεια, δεν παρουσιάστηκε κατάθλιψη ή άγχος (που εκλύεται από την ύπαρξη της ασθένειας).

Στην παραπάνω μελέτη, τα χαρακτηριστικά της ασθένειας και του πόνου (επικινδυνότητα, δριμύτητα, ένταση) αποτέλεσαν μεταβλητές που εξετάστηκαν από το αιτιολογικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη αυτή. Η ημερομηνία της διάγνωσης, ο χρόνος έναρξης των συμπτωμάτων, καθώς και η ‘ψυχολογική προετοιμασία της μητέρας και η ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού’ στην κατάσταση υγείας του παιδιού φαίνεται ότι αποτέλεσαν παράγοντες που δημιούργησαν σύγχυση στα αποτελέσματα της μελέτης.

Σύμφωνα με τους Mullins και συν. 1995 (8^η μελέτη του δείγματος), μια από τις πιθανές υποθέσεις για τη διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στα παιδιά με κυστική ίνωση και ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη ήταν ότι τα παιδιά με κυστική ίνωση και το γονικό και οικογενειακό σύστημα, είχαν το περιθώριο του χρόνου να αναπτύξουν διεργασίες προσαρμογής στη χρόνια ασθένεια του παιδιού, δεν ίσχυε όμως κάτι ανάλογο στα παιδιά με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, (ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών με κυστική ίνωση κατά την ημερομηνία διάγνωσης ήταν 1.5 έτη, ενώ η διάγνωση για στα παιδιά με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη έγινε όταν τα παιδιά ήταν 6-7 ετών, δηλαδή 1-2 έτη πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα).

Αυτό όμως που αναδείχτηκε από τη συγκεκριμένη μελέτη του δείγματος, ήταν ότι τα παιδιά με διαφορετικές χρόνιες καταστάσεις υγείας παρουσίασαν διαφορετική ‘ευαισθησία’ στις οικογενειακές και γονικές αλληλεπιδράσεις και ότι οι παράγοντες ‘κινδύνου’ που μεσολαβούν για την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο είναι διαφορετικοί καθώς και διαφορετικής βαρύτητας ανάμεσα στις διαφορετικές ως προς την ασθένεια ομάδες παιδιών.

4.7 Προβλήματα στη χρήση των μέτρων αξιολόγησης

Στις μελέτες του δείγματος παρατηρείται ποικιλομορφία ως προς τη χρήση ποιοτικών και ποσοτικών μέτρων αξιολόγησης, (βλ Πίνακα Δείγματος 3: ‘Διαφοροποίηση των Μελετών ως προς τα Μέτρα Αξιολόγησης που Χρησιμοποιούν’). Αναλυτικότερα, τρεις μελέτες του δείγματος (n=3) χρησιμοποίησαν μόνο ποσοτικά μέτρα αξιολόγησης του γνωστικού και συναισθηματικού στοιχείου καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης του πόνου. Δύο από τις μελέτες του δείγματος (n=2) χρησιμοποίησαν μόνο ποιοτικά μέτρα αξιολόγησης, σε μία από τις μελέτες του δείγματος το ερευνητικό της σχέδιο ήταν συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, στην οποία δεν εντοπίστηκε κάποια αντίστοιχη αναφορά. Οι υπόλοιπες μελέτες του δείγματος, (n=5) έκαναν χρήση τόσο ποιοτικών όσο και ποσοτικών μέτρων αξιολόγησης.

Ανάμεσα σε αυτές εντοπίστηκε η 9^η μελέτη του δείγματος: (Thompson και συν. 1992), στην οποία παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες ανέφεραν περισσότερο τα εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, ενώ τα παιδιά ανέφεραν κυρίως τα εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς τους.

Συγκεκριμένα, το αυτο-συμπληρούμενο ποσοτικό μέτρο αξιολόγησης: ‘Πίνακας Ελέγχου της Παιδικής Συμπεριφοράς του Μιζούρι’, (MCBC, 1969) που χορηγήθηκε στις μητέρες, ανέδειξε τις εξωτερικευμένες διαστάσεις των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών με δυσκολία προσαρμογής στην ασθένεια, ενώ το ποιοτικό μέτρο αξιολόγησης: ‘Συνέντευξη Εκτίμησης Παιδιών’ (CAS, 1982) που χορηγήθηκε στα παιδιά, ανέδειξε τη φαινομενολογική διάσταση των συναισθηματικών προβλημάτων των παιδιών.

Και τα δύο μέτρα αξιολόγησης μαζί αύξησαν την κατανόηση για τα προβλήματα προσαρμογής που εμφάνισαν τα παιδιά στην παραπάνω έρευνα.

Κάποια από αυτά τα μέτρα αξιολόγησης φαίνονται περισσότερο ευαίσθητα στη μέτρηση ορισμένων εκφάνσεων του υπό εξέταση φαινομένου, ενώ άλλα όχι. Συνδυαστικά όμως κατάφεραν να συνεισφέρουν στη διερεύνηση των σχέσεων και να προσφέρουν ολιστική οπτική στην εξέταση των φαινομένων, με στόχο την κατανόηση του τρόπου που νοσηματοδοτούνται οι εμπειρίες καθώς και την ερμηνεία των ευρημάτων.

Συνοψίζοντας, τα κύρια προβλήματα που εντοπίστηκαν αφορούσαν:

- Στην έλλειψη αιτιολογικών μοντέλων διερεύνησης των χαρακτηριστικών της οικογένειας που συνδέονται με την προσαρμογή του παιδιού στον πόνο και στην ασθένεια.
- Στις πηγές συγκέντρωσης των δεδομένων. Δεν αρκεί ο συνδυασμός χρήσης ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων, χρειάζεται τα δεδομένα να είναι αντιπροσωπευτικά του οικογενειακού συστήματος.
- Στο εννοιολογικό πλαίσιο των τρόπων αντιμετώπισης. Είναι σημαντικό να υπάρξει και μια κοινή γλώσσα που θα επιτρέψει τη διεπιστημονική αξιολόγηση και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις μελέτες.

Από τη μελέτη όλων των ερευνών του δείγματος καθώς και πολλών άρθρων σχετικά με τον παιδικό χρόνιο πόνο που προέκυψαν από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων και στις μηχανές αναζήτησης, πέρα από τις διαφορές και ομοιότητες που παρουσίασαν, κεντρικό συμπέρασμα αποτέλεσε ότι η προσπάθεια διερεύνησης της επίδρασης του ρόλου της οικογένειας και των γονέων στο χρόνιο πόνο του παιδιού βρίσκεται κυρίως προς στην κατεύθυνση διατύπωσης ερωτημάτων που αφορούν στη διασαφήνιση της φύσεως των σχέσεων μεταξύ του παιδιού και της οικογένειας, που λειτουργούν ως παράγοντες κατανόησης στην αιτιολογία, ενίσχυση, διατήρηση και προσαρμογή του παιδιού στο χρόνιο πόνο στα παιδιά σχολικής ηλικίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Pain Society, Advocacy – Pediatric Chronic Pain: A position statement from the American Pain Society, 2007.
2. Anderson, H. Goolishian A., Winderman L. (1986). ‘Problem determined systems: Towards Transformation in family therapy’, *Journal of strategic and systematic therapies*, 5, pp.1-14.
3. Aromaa, M. Sillanpaa, M. Rautava, P. Helenius, H. (2000). ‘Pain experience of children with headache and their families: A controlled study’, *Pediatrics* Aug; 106 (2P1), pp. 270-5.
4. Baeyer, C. (1996). *Pediatric Pain Letter*, Vol.1, No.1.
5. Bandell-Hoekstra, I. Abu-Saad, J.H.H. Passchier, P. (2000). ‘Recurrent headache, coping, and quality of life in children: a review’, *Headache*, Vol. 40 (5), pp. 357-370
6. Barlow, J.H. Ellard, D.R. (2004). ‘Psycho-educational interventions for children with chronic diseases, parents siblings: an overview of the research evidence base’. *Child care health Dev.*;30, pp.637-645.
7. Bernard, R.S. Cohen, L.L. McClellan, C.B. MacLaren, J.E. (2004). ‘Pediatric procedural approach – avoidance coping and distress: A multitrait – multimethod analysis’, *journal of pediatric psychology*, Vol. 29 (2), pp 131-141.
8. Chambers, C.T. Johnston, C. ‘Developmental differences in children's use of rating scales’. *Journal of Pediatric Psychology* 2002;27(1), pp.27-36.
9. Chambers, C. T. (1998). *Pediatric Pain Letter*, Vol.2 No.3 Commentary.
10. Champion, G.D. Goodenough, B. von Baeyer, C.L. Thomas, W. (1998). ‘Measurement of pain by self-report’, In: G.A. Finley & P.J. McGrath (Eds.), *Measurement of Pain in Infants and Children* (pp. 123-160).Seattle: IASP Press.
11. Chan, E.C. Piira, T. Betts, G. (December 2005), ‘The school functioning of children with chronic and recurrent pain’, *Pediatric pain Letter*, Vol. 7 No. 2-3.
12. Cintas, H.M. (1988). ‘Cross-cultural variation in infant motor development’, *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 8(4), pp.1-20.
13. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6. *The Cochrane Collaboration* (2006) September (last update)
14. Crushell, E. Rowland, M. Doherty, M. Gormally, S. Harty, S. Bourke, B. Drumm, B. (2003). ‘Importance of parental conceptual model of illness in severe recurrent abdominal pain’, *Pediatrics*, 112:1368-1372.
15. Eccleston, C. (2001). ‘Role of psychology in pain management’, *British Journal of Anesthesia*, 87(1), pp.144-52.
16. Folkman, S. Moskowitz, J.T. (2004). ‘Coping: pitfalls and coping’, *Annual review of psychology*, 55, pp. 745-74.
17. Frare, M. Axia, G. Battistella, P.A. (2002). ‘Quality of Life, Coping Strategies, and Family Routines in Children with Headache’, *Headache The Journal of Head and Face Pain*, Vol. 42(10) pp. 953-962.
18. Goodman, J.E. McGrath, P.J. (1991). ‘The epidemiology of pain in children and adolescents: A review’, *Pain*, 46, pp.247-264.
19. Goodman, J.E., McGrath, P.J. Forward, S. P. (1997). ‘Aggregation of pain complaints and pain-related disability and handicap in a community sample of

20. families', In T. S. Jensen, J. A. Turner & Z. Wiesenfeld-Hallin (Eds.) *Progress in Pain Research and Management (Vol. 8, pp. 673-682)*. Seattle: IASP Press.
21. Hadjistavropoulos, T. Craig, K.D. 'A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model'. *Behaviour Research & Therapy* 2002;40, pp.551-570.
22. Hoff, A.L. Palermo, T.M. Schluchter, M. Zebracki, K. Drotar, D. (2006). 'Longitudinal Relationships of Depressive Symptoms to Pain Intensity and Functional Disability Among Children with Disease-Related Pain', *Journal of Pediatric Psychology* 31(10), pp.1046-1056.
23. Hotopf, M. Carr, S. Mayou, R. Wadsworth, M. Wessely, S. (1999). 'Why to children have chronic abdominal pain and what happens to them when they grow up', *British Medical Journal* 316, pp.1196-1200.
24. Jamison, R. N. Walker, L.S. (1992). 'Illness behaviour in children of chronic pain patients, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, pp.329-342.
25. Keefe, F.J. (2002). 'Changing Face of pain : Evaluation of pain research in psychosomatic medicine', *Psychosomatic Medicine*, 64, pp.921-938.
26. Kiarcher, V. (2005). 'Consent, competence and confidentiality', *British Medical Journal*, 330, pp.353-356.
27. Kizak, A. (1991). 'Stress, change, and families: A theoretical and methodological considerations', *journal of family psychology*, 6, pp.120-124.
28. Lander, J. Fowler-Kerry, S. (1991). 'Age differences in children's pain', *Perceptual and Motor Skills*, 73, pp.415-418.
29. Lipani, T.A. Walker, L.S. (2005). 'Children's Appraisal and Coping with Pain: Relation to Maternal Ratings of Worry and Restriction in Family Activities', *Journal of Pediatric Psychology*, 31(7), pp. 667-673.
30. Logan, D.E. Scharff, L. (2005). 'Relationships between family and parent characteristics and functional abilities on children with recurrent pain syndromes: an investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability', *journal of pediatric psychology*, 30 (8), pp.698-707.
31. Lynch, A.M. Kashikar-Zuck, S. Goldschneider, K.R. Jones B.A. (2006). 'Psychosocial risks for disability in children with chronic back pain', *The Journal of Pain*, Apr;7(4), pp.244-51.
32. McGrath, P.J. (October, 2000), Editorial, *Pediatric Pain Letter*, Vol.4, No.4.
33. McKernon, W.L, Grayson, N.H. Colder, C.R. Hommeyer, J.S. Shapera, E. Westhoven, V. (2001), 'Longitudinal Study of observed and perceived family influences on problem – focused coping behaviors of preadolescents with spina bifida', *journal of pediatric psychology*, Vol.26, No.1, pp.41-54.
34. Mikail, S.F. vonBaeyer, C.L. (1990). "Pain, somatic focus, and emotional adjustment in children of chronic headache sufferers and controls", *Social Science and Medicine*, 31(1), pp.51-59.
35. Mitchell, M.J. Lemanek, K. Palermo, T.M., Crosby L.E., Nichols A., Powers S.W., (2007), 'Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease', *Clin Pediatr (Phila)*. May;46(4), pp.311-9.
36. Mullins, L.L. Chaney J.M. Hartman, V.L. Olson, R.A. Ypu, L.K. Reyes, S. Blackett, P. (1995). 'Child and Maternal adaptation to cystic fibrosis and insulin dependant diabetes mellitus: differential patterns across disease states', *journal of pediatric psychology*, Vol. 20, No.2, pp.173-186.

37. Nader, Y. Murphy, T. Langseder, A. (2006), 'Quality of life for children with functional abdominal pain: A comparison study of patient's and parents perceptions', *pediatrics*;117, pp.54-59.
38. Newacheck, P.W. & Halfon, K. (1998). 'Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood' *American journals of public health*, 88, pp.610-617.
39. Newacheck, P.W. Taylor, W.R. (1992). 'Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact', *Am J Public Health*.; 82, pp.364-371.
40. Osborne, R. B., Hatcher, J. W., & Richtsmeier, A. J. (1989). The role of social modelling in unexplained pediatric pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(1), pp.43-67.
41. Palermo, T.M. (2000), 'Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature, *journal of developmental and behavioral pediatrics*, 21, pp.58-69.
42. Palermo, T.M. Chambers, C.T. (2005), 'Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: An integrative approach', *Pain*, 119, pp.1-4.
43. Payne, B., Norfleet, M., (1986), '*Chronic pain and the family: A review*', *Pain*, 26, pp.1-22.
44. Pediatric Pain Letter, (1998). "Developmental changes in pain expression", Vol.3 No.2,
45. Perquin, C.W. Hunfeld, JAM. Hazebroek-Kampschreur, AAJM. van Suijlekom-Smit, LWA. Passchier, J. Koes, B.W. van der Wouden, J.C. Insights in the use of health care services in chronic benign pain in childhood and adolescence. *Pain* 2001; 94(2), pp. 205-213.
46. Pervin, L.A. & John, O.P. 'Θεωρίες Προσωπικότητας – Έρευνα και Εφαρμογές', Μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α., Δασκαλοπούλου Ε.: εκδ. «ΤΥΠΩΘΗΤΩ», Αθήνα, 2001.
47. Reis, D. (1981), 'The family's construction of reality', Cambridge, MA: Harvard University Press.
48. Reiter – Purtill, J. Gerhardt, C.A. Vamatta, K. Passo, H. Noll, R.B. (2003), 'A controlled longitudinal study of the social functioning of children with juvenile rheumatoid arthritis', *Journal of pediatric psychology*, Vol. 28, No.1, pp. 17-28.
49. Rickard, K. (1988), 'The occurrence of maladaptive health-related behaviours and teacher-rated conduct problems in children of chronic low back pain patients', *Journal of Behavioural Medicine*, 11(2), 107-116.
50. Schanberg, L.E. Anthony, K.K. Gil, KM. Lefebvre, J.C. Kredich, D.W. Macharoni, L.M. (2001), 'Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease', *Pediatrics*, Sep;108 (3):E47.
51. Shapiro, B.A. (1995), 'Practice parameters for critical care medicine: what are they and why do we need them?', *Crit Care Med*.; 23, pp.1458-59.
52. Sillanpää, M. & Anttila, P. (1996), 'Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren', *Headache*, 36, pp.366-370.
53. Thompson, R.J. Gil, K.M. Burbach, D.J., Keith, B.R. Kinney, T. R. (1993), 'Role of child and maternal processes in psychological adjustment of children with sickle cell disease', *journal of consulting and clinical psychology*, Vol. 61, No.3, pp.468-474.
54. Thompson, R.J. Gustafson, K.E. Hamlett, K.W. Spock, A. (1996). 'Psychological Adjustment of children with cystic fibrosis: The role of child

55. cognitive processes and maternal adjustment', *journal of pediatric psychology*, Vol.17, No.6, pp.741-755.
56. Timko, C., Stovel, K., Moos R.H. & Miller, J.J. (1993), 'Parental risk and resistance factors among children with juvenile rheumatic disease: a four – year predictive study', *Journal of behavioural Medicine*,; 16, pp.571-588.
57. Tsao, J.C.I. Bursch, B. Myers, C. (2005), 'Introduction to the special issue on pain: from pain to pain associated disability syndrome', *journal of pediatric psychology*, Vol. 31, no. 7.
58. Turk, D.C. Flor, H. Rudy T.E. (1987). 'Pain and Families: Etiology, maintenance and psychological impact', *Pain*, 30, 3-27.
59. Turk, D.C. Kerns, R.D. (1985). 'The family in health and illness, Turk, C.D. and Kerns, R.D. (eds), *Health, Illness, and Families: a life-span Perspective*', Wiley-Interscience, New York, 1985, pp.1-22.
60. Tyler, D. Fitzgerald, M. McGrath, P. McGrath, P.A. (1991), 'Second International Symposium on Pediatric Pain', *Pain* Vol. 3, pp. 473-4.
61. Walco GA (1990), "Pain in children and adolescents with sickle cell disease: a descriptive study" *Journal of Pediatric psychology*,; 15, pp.634-658).
62. Walker, L. S., & Zeeman, J. L. (1992). 'Parental response to child illness behaviour', *Journal of Pediatric Psychology*, 17, pp. 49-71.
63. Walker, L.S. Garber, J. & Greene, J.W. (1993), 'Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: A comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders', *Journal of Abnormal Psychology*, 102, pp.248-258.
64. Williamson, G.M. Walters, A.S. Shaffer, D.R. (2002), 'Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression in children with chronic pain', *Health Psychology*, Jul;21(4), pp.405-10.
65. Youssef N.N., Murphy T.G., Langseder A.L., Rosh J.R., (2006), 'Quality of life for children with functional abdominal pain: A comparison study of patients and parent's perceptions', *Pediatrics*, 117, pp.54-59.
66. Zelzter, L.K., Bush, J.P., Chen, E., & Rival, A. (1997). A psychobiologic approach to pediatric pain: Part I. History, physiology, and assessment. *Current Problems in Pediatrics*, 27(6), pp.225-253.
67. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ., (1986), 'ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο', εκδ. 'ΦΛΟΓΑ'.
68. Βασιλάκη, Ε. Τριβιλά, Σ. Μπεζεβέγκης, Η.: (Επιμ. Έκδοσης), 'Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους', εκδ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 2001.
69. Δαμίγος, Δ. (2005), Πανεπιστημιακές σημειώσεις Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του Πόνου», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και του Τμήματος Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων Τ.Ε.Ι. Αθηνών.
70. Ευκλείδη Α. & Κάντας Α. Γλωσσάρι: Ψυχολογία-Περιοδικό Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, Τόμος 7, Τεύχος 1, σελ 106, (Παράρτημα), Απρίλιος 2000.
71. Καλαρρύτης, Γ. Σώμα υγιές σε νου υγιή: 'Ψυχοθεραπεία και Νευροεπιστήμη: Νέοι Τρόποι Σύνθεσης', εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2005.
72. Κατάκη, Χ. 'Συστημική Σκέψη Θεωρητικές Έννοιες και Εφαρμογές', ανακοινώσεις δημοσιεύσεις, Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων, Μαρούσι 1993.

73. Μάντεση, Α. (2001) 'Τύποι Γονικής Συμπεριφοράς στις σχέσεις Γονέων – Εφήβων, Εκτιμήσεις Γονέων Εφήβων', Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σχολικής Ψυχολογίας, Τμήμα Φιλοσοφίας – Παιδαγωγικής – Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
74. Μοσχάκης, Γ. 'Τρίγλωσσο Λεξικό Στατιστικών Όρων', εκδ. Πατάκη, Αθήνα 2003.
75. Παναγιωτάκη – Δαυΐδ, Κ. Αναπληρώτρια Δ/ντρια Αναισθ. Τμήματος, Υπεύθυνη Ιατρείου Πόνου Γ.Π.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο», (2005) Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών 'Αντιμετώπιση του Πόνου', Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και του Τμήματος Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων Τ.Ε.Ι. Αθηνών.
76. Παπαδόπουλος, Γ. Στ., Καθηγητής Αναισθησιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 'Θεραπεία χρόνιου πόνου', πανεπιστημιακές σημειώσεις Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών 'Αντιμετώπιση του Πόνου', Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και του Τμήματος Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων Τ.Ε.Ι. Αθηνών.
77. Σκαπινάκης, Π. (2000), 'Συστηματικές ανασκοπήσεις και συστηματικά σφάλματα', *Αρχ Ελ Ιατρ* 17(5):440-5.
78. Σταλίκας, Α. Τριβιλά, Σ. Ρούσση, Π. 'Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα», έκδοση δ', εκδ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα, 2002.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πίνακας αποτελεσμάτων αλγορίθμων

(Με την ένδειξη (*), υποδεικνύονται οι μελέτες που έχουν συμπεριληφθεί στο δείγμα της Διπλωματικής Εργασίας)

1. Andre, M. Hedengren, E. Hagelberg, S. Stenstrom, C.H. (1999) 'Perceived ability to manage juvenile chronic arthritis among adolescents and parents: development of a questionnaire to assess medical issues, exercise, pain, and social support', *Arthritis Care Res.* Aug;12(4), pp.229-37.
2. Aromaa, (*) M. Sillanpaa, M. Rautava, P. Helenius, H. (2000). 'Pain experience of children with headache and their families: A controlled study', *Pediatrics.* Aug;106(2 Pt 1), pp.270-5.
3. Badr, H. (2004), 'Coping in marital dyads: A contextual perspective on the role of gender and health' *Personal Relationships*, Vol. 11(2), 197-211.
4. Baildam, E.M. Holt, P.J. Conway, S.C. Morton, M.J. (1995). 'The association between physical function and psychological problems in children with juvenile chronic arthritis', *Br J Rheumatol*, May;34(5), pp.470-7.
5. Bandell-Hoekstra (*)I., Abu-Saad, J.H.H. Passchier, P. (2000). 'Recurrent headache, coping, and quality of life in children: a review', *Headache*, Vol. 40 (5), pp. 357-370
6. Barlow, J.H. Ellard, D.R. (2004). 'Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base', *Child Care Health Dev.* Nov;30(6), pp.637-45. Review.
7. Berger, BM. Freund, P. Dabrowski, IJ. Schlesinger, L. 'Humanities, Social Sciences and Law', *journal Qualitative Sociology*, Publisher Springer Netherlands Issue1, Vol. 10, March, 2005.
8. Blount, RL. Piira, T. Cohen, LL. Cheng, PS. (2006). 'Pediatric Procedural Pain', *Behaviour Modification*, Vol. 30, No. 1, 24-49.
9. Boevig, CA. (1992). 'Psychological Adjustment of Children with Asthma: Effects of Illness Severity and Recent Stressful Life Events', *Journal of Pediatric Psychology* 17(2) pp. 159-171.
10. Brill, S.R. Patel, D.R. MacDonald, E. (2001). 'Psychosomatic disorders in pediatrics', *Indian J Pediatr.* Jul;68(7):597-603. Review.
11. Brown, J.M. JO'Keeffe, Sanders, S.H., Baker, B. (1986). 'Developmental Changes in Children's Cognition to Stressful and Painful Situations', *Journal of Pediatric Psychology*.
12. Brown, L.K. Lourie, K.J. Pao, M.(2000). 'Children and Adolescents Living with HIV and AIDS: A Review', *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Volume 41, Number 1, pp. 81-96(16).
13. Budd, K.S. Kedesdy, J.H. (1989). 'Investigation of environmental factors in pediatric headache', *Headache.* 1989 Oct;29(9) pp.569-73.
14. Bursch, B. Walco, G.A. Zeltzer, L. (1998). 'Clinical Assessment and Management of Chronic in and Pain-Associated Disability Syndrome', *J Dev Behav Pediatr.*;19(1), pp.45-53. - kumc.edu.
15. Bursztein, C. Steinberg, T. Sadeh, A. (2006). 'Sleep, Sleepiness, and Behaviour Problems in Children With Headache', *J Child Neurol.* 21(12), pp.1012-9.

16. Cairney, J. Hay, J.A. Faught, B.E. Wade, T.J. Corna, L. (2005), 'Developmental Coordination Disorder, Generalized Self-Efficacy Toward Physical Activity, and Participation in Organized and Free Play Activities', *The Journal of Pediatrics*, Vol. 147(4), pp.515-520.
17. Carter, B. Lambrenos, K. Thursfield, J. (2002). 'A pain workshop: an approach to eliciting the views of young people with chronic pain', *J Clin Nurs*. Nov;11(6), pp.753-62.
18. Chambers, C.T. Craig, K.D. Bennett, S.M. (2002). 'The Impact of Maternal Behaviour on Children's Pain Experiences: An Experimental Analysis', *journal of pediatric psychology*, vol. 27, no.3, pp.293-301
19. Chen, E. Bush, J. Zeltzer, L. 'Psychological Issues in Pediatric Pain Management', *Current Science*, (1997).
20. Children R CPA: International and Cross Cultural Psychology (ICCP) Section Newsletter. - camosun.bc.ca (camosun college)
21. Chun, D.Y. Turner, J.A. Romano, J.M. (1993). 'Children of chronic pain patients: risk factors for maladjustment', 1993 Mar;52(3):311-7.
22. Compas, B.E. Boyer, M.C. (2001). 'Coping and attention: Implications for child health and pediatric conditions', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.
23. Compas, B.E. Boyer, M.C. Stanger, C. Colletti, R.B. Thomsen, A.H. Dufton, L.M. Cole, D.A. (2006). 'Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain.', *J Consult Clin Psychol*. Dec;74(6), pp.1132-42.
24. Compas, B.E. (2006). 'Psychobiological Processes of Stress and Coping: Implications for Resilience in Children and Adolescents', *Annals of the New York*, 1094, pp.226–234.
25. Councill, T. (2003). 'Medical art therapy with children', *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.
26. DAVIS, A. VUONG, N. (2005). "Mental Health Services for Children with Chronic Illness" - *Handbook of Mental Health Services for Children, Adolescents, and Families*, Springer.
27. DeLoach-Walworth, D. (2005). 'Procedural-Support Music Therapy in the Healthcare Setting: A Cost–Effectiveness Analysis', *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 20(4), pp.276-284.
28. Eccleston, C. Bruce, E. Carter, B. (2006). 'Chronic pain in children and adolescents', *Paediatr Nurs*Dec;18(10), pp.:30-3. Review.
29. Eccleston, C. Crombez, G. Scotford, A. Clinch, J. Connell, H. (2004) 'Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents', *Pain*. Apr;108(3):221-9.
30. Espelage, DL. Quittner, A.L. Sherman, R. Thompson, R. (2004). 'Assessment of Problematic Situations and Coping Strategies in Women with Eating Disorders', *Initial Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, Vol. 22(3),271-297.
31. Evans, S. Keenan, T.R. Shipton, E.A. (2007) 'Psychosocial adjustment and physical health of children living with maternal chronic pain', *J Paediatr Child Health*. Apr;43(4):262-70.
32. Evans, S. Shipton, E.A. Keenan, T. (2006). 'The relationship between maternal chronic pain and child adjustment: the role of parenting as a mediator', *Journal of Pain*. Apr;7(4):236-43.

33. Evans, S. Shipton, E.A. Keenan, T.R. (2005) 'Psychosocial functioning of mothers with chronic pain: a comparison to pain-free controls', *Eur J Pain*. Dec;9(6):683-90.
34. Feudtner, C. Haney, J. Dimmers, M.A. 'Spiritual care needs of hospitalized children and their families: a national survey of pastoral care providers' perceptions. (δεν εντοπίστηκε)
35. Folkman, S. Moskowitz, J.T. (2004). 'COPING: Pitfalls and Promise', *Annual Review of Psychology*, Annual Reviews Vol. 55: 745-774.
36. FTI PAIN (2000). 'Pain assessment in infants and children', *Pediatric Clinics of North America*, 47(3):487-512.
37. Gauntlett, I.S. Abstracts of the Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland, Birmingham, *Paediatric Anaesthesia*, 11 (6), 753–772, 2001.
38. Gilbert, MC. (1995). 'Coping with pediatric migraine: Differences between copers and non-copers', *Child and Adolescent Social Work Journal*, (12): 275-287.
39. GOODENOUGH, B. FORD, J. 'Self-reported use of humour by hospitalized pre-adolescent children to cope with pain-related distress from a medical intervention', *Humour, International Journal of Humour Research*, Volume: 18 (3), Humour, 2005 - Walter de Gruyter Page(s): 279-298.
40. Goubert, L. Eccleston, C. Vervoort, T. Jordan, A. Crombez, G. (2006). 'Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): a preliminary validation', *Pain*. Aug;123(3):254-63.
41. Grunau, R.V. Whitfield, M.F. Petrie, J.H. Fryer, E.L. (1994). 'Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and full-term children, *Pain*, Mar;56(3):353-9.
42. Hagglund, K.J. Doyle, N.M. Clay, D.L. Frank, R.G. Johnson, J.C. Pressly, T.A. (1996). 'A family retreat as a comprehensive intervention for children with arthritis and their families', *Arthritis Care Res*. Feb;9(1):35-41.
43. Hardcastle, V.G. (1999). *The Myth of Pain*, MIT Press, *Philosophical psychology* (18): 45-58.
44. Hart, D. Bossert, E. (1994). 'Self-reported fears of hospitalized school-age children', *J Pediatr Nurs*. Apr;9(2):83-90.
45. Hjemdal C TWO - jbpub.com
46. Hjemdal, O. (2007) – 'Measuring Protective Factors: The Development of Two Resilience Scales in Norway', *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 16, Issue 2, Pages 303-321.
47. HNC FAAN - The 2002-2003 PPC Nurse-Psychotherapists Directory -Perspectives in Psychiatric Care, 2002, Vol. 38, 2002. questia.com.
48. Holden, E.W. Gladstein, J. Trulsen, M. Wall, B. (1994). 'Chronic daily headache in children and adolescents', *Headache*. Oct;34(9):508-14.
49. Holden, E.W. Rawlins, C. Gladstein, J. (1998). 'Children's Coping with Recurrent Headache', *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol. 5, Number (2), 147-158.
50. Holland, J.C. Gooen-Piels, J.69 PRINCIPLES OF PSYCHO-ONCOLOGY - cancer.org

51. Hyman, P.E. Bursch, B. Sood, M. Schwankovsky, L. Cocjin, J. Zeltzer, L.K. (2002) "Visceral pain-associated disability syndrome: a descriptive analysis", *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Nov;35(5):663-8.
52. Jackson, T. Chen - Guo, C. Gao, X. (2006). 'Stories We Love by: Conceptions of Love Among Couples From the People's Republic of China', *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 37, No. 4, 446-464.
53. Jacob, E. Miaskowski, C. Savedra, M. Beyer, JE. (2006). 'Changes in Sleep, Food Intake, and Activity Levels During Acute Painful Episodes in Children with sickle cell disease', *Journal of Pediatric Nursing*, Vol. 21(1), 23-34.
54. Kendall-Tackett, KA. Giacomoni, SM. *Child Victimization: Maltreatment, Bullying and Dating Violence, Prevention and Intervention* Published 2005 Civic Research Institute.
55. Korneluk, Y.G., Lee, C.M. (1998). *Children's Adjustment to Parental Physical Illness*, *Clinical Child and Family Psychology Review* Vol. 1, No. 3, 1998.
56. Langer, H.E. (1995). 'Patient education: a contribution to improvement of long-term management of patients with rheumatism', *Journal of Rheumatology*, Jul-Aug;54(4):207-12.
57. Langeveld, J.H. Koot, H.M. Loonen, M.C. Hazebroek-Kampschreur, A.A. Passchier, J.A. (1996). 'Quality of life instrument for adolescents with chronic headache', *Cephalalgia*. May;16(3):183-96; discussion 137.
58. Liossi, C. (2002). 'Procedure-related Cancer Pain in Children', *journal of pediatric and child health*, Vol. 42 (1), S1-S2.
59. Lipani, TA. Walker, LS.(2006). 'Children's Appraisal and Coping with Pain: Relation to Maternal Ratings of Worry and Restriction in Family Activities', *Journal of Pediatric Psychology*,31(7):667-673.
60. Lynch, A.M. Kashikar-Zuck, S. Goldschneider, K.R. Jones, B.A. (2006). 'Psychosocial risks for disability in children with chronic back pain', *Journal of Pain*, Apr;7(4):244-51.
61. Lynch, S. Kashikar-Zuck, K. Goldschneider, B. (2007). 'Sex and Age Differences in Coping Styles Among Children with Chronic Pain', *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 33(2), 208-216.
62. Marziali, E. Saari, C. Davidson, KW. Wallach, LB.-*Child and Adolescent Social Work Journal*, Springer Netherlands, Issue3 Vol 8, June, 1991.
63. McCarthy, AM. Kleiber, C. (2006). 'A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction Coaches', *Journal of Pediatric Nursing*, Volume 21, Issue 2, Pages 88-98.
64. McGrath, P. (2001). 'Treatment for childhood acute lymphoblastic leukaemia: the fathers' perspective', *Aust Health Rev.*;24(2):135-42.
65. McGraw, T. (1994). 'Preparing children for the operating room: psychological issues', *Canadian Journal of Anaesthesia*,.
66. Meijer, S.A. Sinnema, G. Bijstra, J.O. Mellenbergh, G.J. Wolters, W.H. (2000). 'Social functioning in children with a chronic illness', *Journal of Child Psychol Psychiatry*. Mar;41(3):309-17.
67. Merlijn, V.P. Hunfeld, J.A. van der Wouden, J.C. Hazebroek-Kampschreur, A.A. van Suijlekom-Smit, L.W. Koes, B.W. Passchier, J. (2005). 'A cognitive-behavioural program for adolescents with chronic pain-a pilot study', *Patient Education Counsul.* Nov;59(2):126-34.

68. Merlijn, V.P. Hunfeld, J.A. van der Wouden, J.C. Hazebroek-Kampschreur, A.A. Koes, B.W. Passchier, J. (2003). 'Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents' (Pain) Jan; 101(1-2):33-43.
69. Mikail, S.F. von Baeyer, C.L. (1990). 'Pain, somatic focus, and emotional adjustment in children of chronic headache sufferers and controls', Soc Sci Med. 1990;31(1):51-9.
70. Miller, K.B. Greca L.A. 'Adjustment to Chronic Illness in Girls', Publisher Springer US 2005.
71. Mitchell, (*) M.J. Lemanek, K. Palermo, T.M. Crosby, L.E. Nichols, A. Powers, S.W. (2007). 'Parent perspectives on pain management, coping, and family functioning in pediatric sickle cell disease', Clinical Pediatrics (Phila). May;46(4):311-9.
72. Mullins, LL. Status L (1995). 'Family Systems Medicine' psychology.okstate.edu Oklahoma state university.
73. Myers, C.D. Riley, J.L. Robinson, M.E. (2003). 'Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain', Clinical Journal of Pain.
74. Naar-King, S. Frey, M.A. Ellis, DA. (2004). 'Assessing Children's Well-Being: a handbook of measures', Published Lawrence Erlbaum Associates -books.google.com.
75. Niemeier, V. Kupfer, J. Gieler, U. (2002) 'Acne Is Not a Trivial Disease! Psychosomatic Aspects in Routine Therapy', Dermatology and Psychosomatics / Dermatologie und Psychosomatik 3:61-70.
76. Niemeier, V. Kupfer, J. Gieler, U. (2006). Acne vulgaris--psychosomatic aspects', Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Vol. 4(12), 1027-1036.
77. Nišević, S. (2005). Psihološke karakteristike adolescenata sa dobrom i lošom kontrolom astme', Psihologija, vol. 38 (1).
78. Palermo, T.M. (2000). 'Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature', Journal of Dev Behav Pediatr. Feb;21(1):58-69. Review.
79. Perquin, C.W. Hunfeld, J.A. Hazebroek-Kampschreur, A.A. van Suijlekom-Smit, L.W. Passchier, J. Koes, B.W. van der Wouden, J.C. (2001). 'Insights in the use of health care services in chronic benign pain in childhood and adolescence', Pain. Nov;94(2):205-13.
80. Piira, T. Hayes, B. Goodenough, B. von Baeyer, C.L. (2006). 'Effects of attentional direction, age, and coping style on cold-pressor pain in children'. Behaviour Research and Therapy Volume 44(6), 835-848.
81. Piko, B. (1999). 'Epidemiology of psychosomatic symptoms and subjective health evaluation among secondary school students', Orv. Hetil. Jun 6;140(23):1297-304. Review.
82. Pothmann, R. (1996). Besonderheiten des akuten Schmerzes im Kindesalter Special features of acute pain in the paediatric age group', Der Schmerz olume 10, Number 1 / January, Springer Berlin/Heidelberg.
83. Rapoff, M.A. (2001). 'Psychosocial aspects of pediatric rheumatic diseases', Current Opinion Rheumatology Sep;13(5):405-9. Review.
84. Reid, G.J. Lang, B.A. McGrath P.J. (1997). 'Primary juvenile fibromyalgia: psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability', Arthritis Rheum. Apr;40(4):752-60.

85. Reid, G.J. McGrath, P.J. Lang, BA. (2005). 'Parent-child interactions among children with juvenile fibromyalgia, arthritis, and healthy controls', Pain.
86. Reiter-Purtill, J. Gerhardt, CA. Vannatta, K. (2003). 'A Controlled Longitudinal Study of the Social Functioning of Children With Juvenile Rheumatoid arthritis', Journal of Pediatric Psychology", Volume 43, Issue 6, 1387 – 1396.
87. Riedesser, P Schulte-Markwort, M. Ärztebl, Dt. (1999), Kinder körperlich kranker Eltern–Psychische Folgen und Möglichkeiten der Prävention', aerzteblatt.de/Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 38 vom 24.09.1999, Seite A-2353 MEDIZIN: Zur Fortbildung.
88. Sanja, N. (2005). članak na srpskom puni tekst u pdf formatu', psiholoija, vol. 38 str. 19-33.
89. Schanberg, L.E. Anthony, K.K. Gil, K.M. Lefebvre, J.C. Macharoni, L.M. Kredich, D.W. (2001). 'Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease', Pediatrics. Sep; 108 (3):E47.
90. Schanberg, L.E. (2005). 'Pediatric Pain Syndromes and Management of Pain in Children and Adolescents with Rheumatic Disease', Pediatric Clinics of North America, Volume 52, Issue 2, Pages 611-639.
91. Sharoff, K. (2004). 'Coping Skills Therapy for Managing Chronic and Terminal Illness' - Springer Publishing.
92. Sharpe, J.N. Brown, R.T. Thompson, N.J. Eckman, J. (1994). 'Predictors of coping with pain in mothers and their children with sickle cell syndrome', Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry, Nov-Dec;33(9):1246-55.
93. Shaw, R.J. (2006). 'Clinical Manual of Pediatric Psychosomatic Medicine: Mental Health Consultation with Physically Ill', Published, American Psychiatric. (δεν εντοπίστηκε)
94. Sherman, SA. Eisen, S. Burwinkle, TM. Varni, J.W. (2006). 'The PedsQL™ Present Functioning Visual Analogue Scales: preliminary reliability and validity, Health Qual Life Outcomes', pubmedcentral.nih.gov (δεν εντοπίστηκε)
95. Shiu, S. (2001). 'Issues in the Education of Students with Chronic Illness, International Journal of Disability, Development and education', journal of Clinical Child Psychology, Vol.48(26), pp.53–66.
96. Siegel, L.J. Smith, K.E. (1989). 'Children's strategies for coping with pain', Pediatrician;16(1-2):110-8, Review.
97. Simon, N.B. Smith, D. (1992). 'Living with chronic pediatric liver disease: the parents' experience', Pediatr Nurs, Sep-Oct;18(5):453-8, 489.
98. Simsbury, C. 'Inside/Out: A Family Guide to Cancer by Professionals Who Have Been on Both Sides' - cancersupport.com. (δεν εντοπίστηκε)
99. Smith, A.A. (2003) 'Intimacy and family relationships of women with chronic pain', Pain Manag Nurs. Sep; 4(3):134-42.
100. Stam, R. (2007). 'PTSD and stress sensitisation: A tale of brain and body Part 1: Human studies', Neuroscience & Biobehavioral Reviews. Volume 31(4), 530-557.
101. Stearns, S.D. Smith, CA. Carter, BD. Linzer, J.F. (2000). 'Psychological ramifications of pediatric pain', Clinical Pediatric Emergency Medicine. (δεν εντοπίστηκε)
102. Steck, B. Amsler, F. Schwald Dillier, A. Grether, A. (2005). 'Indication for Psychotherapy in Offspring of a Parent Affected by a Chronic Somatic Disease', Psychopathology, Vol. 38 (1), pp.38-48.

103. Steinhauer, P.D., Mushin, D.N. Rae-Grant, Q. (1974). 'Psychological aspects of chronic illness', *Pediatr Clin North Am*. Nov;21 (4):825-40.
104. Suresh, S. (2004). 'Chronic and cancer pain management', *Current Opinion in Anaesthesiology*, 17(3):253-259, June 2004.
105. Thastum, M. Zachariae, R. (1999). 'Danish adaptation of the Pain Coping Questionnaire for children: preliminary data concerning reliability and validity', *Acta Paediatrica*, Taylor & Francis. Volume 88, Number 2, pp. 132-138(7).
106. The 2003–2004 PPC Nurse-Psychotherapist Directory: McQueen, ME. Sabey, M. Winkler, S. Astroth, MF. (2003). *Perspectives in Psychiatric Care*, 2003 - Blackwell Synergy, Volume 39 Issue 4, Page: 179-184.
107. The 2003-2004 PPC Nurse-Psychotherapist Directory. NEW JERSEY *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 39, 2003 questia.com.
108. The 2004-2005 PPC Nurse-Psychotherapist Directory, NEW JERSEY "Perspectives in Psychiatric Care", Vol. 40, 2004- questia.com.
109. The 2004–2005 PPC Nurse-Psychotherapist Directory. HNC FAAN, DABFN, F, *Perspectives in Psychiatric Care*40 (4), 171–177, 2004.
110. Thomsen, A.H. Compas, B.E. Colletti, R.B. Stanger, C. (2002). 'Parent Reports of Coping and Stress Responses in Children With Recurrent Abdominal Pain', *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 27(3), pp.215-226.
111. Tremolada, M. Axia, V. Pillon, M. Scrimin, S.F. (2005). 'Parental Narratives of Quality of Life in Children with Leukaemia as Associated with the Placement of a Central Venous Catheter', *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 30, Issue 6, Pages 544-552.
112. Tripp, D.A. Stanish, W.D. Reardon, G. Coady, C. (2003). 'Comparing Postoperative Pain Experiences of the Adolescent and Adult Athlete After Anterior Cruciate', *Journal of Athletic Training*. 2003 Apr–Jun; 38(2): 154–157.
113. Tsao, J.C.I. Myers, C.D. Craske, M.G. Bursch, B. Kim, S.C. (2004). 'Role of Anticipatory Anxiety and Anxiety Sensitivity in Children's and Adolescents' Laboratory Pain', *Journal of Pediatric Psychology*, 2004 - 29(5) pp. 379-388.
114. Tsao, J.C.I. Glover, D.A. Bursch, B. Ifekwunigwe, M. (2002). 'Laboratory pain reactivity and gender: relationship to school nurse visits and school absences', *J Dev Behav Pediatr*.
115. Tsao, J.C.I. Zeltzer, L.K. (2003). 'Sex Differences in Pain-Related Symptoms' School Nurse Visits Among Pre-Adolescents. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 25(5), 472-480.
116. Tucker, C.L. Slifer, K.J. Dahlquist, L.M. (2001). 'Reliability and validity of the brief behavioral distress scale: a measure of children's distress during invasive medical procedures', *Journal of Pediatric Psychology*, Dec; 26(8) 513-23.
117. Tweed, R.G. DeLongis, A. 'problems and strategies when using rating scales in cross-cultural coping research', Springer Publisher Springer 2006. (δεν εντοπίστηκε).
118. Tyc, V.L. Fairclough, D. Fletcher, B. Leigh, L. (1995). 'Children's Distress During Magnetic Resonance Imaging Procedures', *Child Health Care*, 24(1):5-19.
119. Van Cleve, L. Bossert, E. Beecroft, P. Adlard, K. (2004). 'The pain experience of children with leukaemia during the first year after diagnosis', *Nursing Research*. 53(1):1-10.

120. Van der Kolk, B.A. (1989) 'The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism', *Psychiatr Clin North Am.* Jun;12(2):389-411. Review.
121. Van Kesteren, R.G. Velthuis, B. Van Leyden, L.W. (2001) 'Psychosocial problems arising from home ventilation', *Am J Phys Med Rehabil.* Jun; 80(6):439-46.
122. Varni, J.W. Rapoff, M.A. Waldron, S.A. Gragg, R.A. Bernstein, B.H. Lindsley, C.B._(1996). 'Chronic pain and emotional distress in children and adolescents', *J Dev Behav Pediatr.* Jun;17(3):154-61.
123. Whyte, B. Baggaley, SE. Mander, R. (2000). 'coping pain is strongly argued', *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 31(50).
124. Whyte, D.A. (2000). Chapters are devoted to the developing relationship with the baby and being devastated by the pain, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 31, Number 5, 1 May 2000, pp. 1268-1269(2).
125. Williamson, G.M. Walters, A.S. Shaffer, D.R. (2002). 'Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression in children with chronic pain', *Health Psychology*, Jul; 21(4):405-10.
126. Woodgate, R.L. Degner, L.F. Yanofsky, R. (2003). 'A different perspective to approaching cancer symptoms in children', *Journal of Pain and Symptom Management*, 2003.
127. Zeltzer, L.K. Tsao, J.C.I. Stelling, C. Powers, M. Levy, S. (2002). 'A phase I study on the feasibility and acceptability of an acupuncture/hypnosis intervention for chronic pediatric pain', *Journal of Pain and Symptom Management*- Volume 24, Issue 4, Pages 437-446.

Μεταξύ αυτών υπήρχαν και 4 ηλεκτρονικές αναφορές εντελώς άσχετες με τον πόνο, το παιδί την οικογένεια, τους γονείς και γενικά με το χώρο της υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

«Σύνολο Μελετών που μετά την Αξιολόγησή τους Αποκλείστηκαν από το Δείγμα»

Με την ένδειξη (*) παρουσιάζονται οι μελέτες που ήταν κοινές ανάμεσα στις βάσεις δεδομένων που αναζητήθηκαν

1. Bennett-Branson, S.M. Craig, K.D. (1993). 'Postoperative pain in children: developmental and family influences on spontaneous coping strategies', *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25(3), pp.355-383.
2. Blount, R.L. Corbin, S.M. Sturges, J.W. Wolfe VV, Prater J.M., James LD. (1989). 'The relationship between adults' behaviour and child coping and distress during BMA/LP procedures: a sequential analysis', *Behaviour Therapy*; 20, pp.585-601.
3. Chambers(*), C.T. Graig, K.D. Bennet, S.M. (2002). 'Impact of maternal behaviour on children's pain experience: an experimental analysis', *Journal of pediatric psychology*, vol. 27(3), pp.293-301.
4. Chambers, CT. The role of family factors in pediatric pain. In: McGrath P.J, Finley G.A, editors. *Pediatric pain: biological and social context*. Seattle, W.A.: IASP Press, 2003. pp. 99-130.
5. Cohen, L.L. Manimala, R. Blount, R.L. (2000). 'Easier said than done: what parents say they do and what they do during children's immunizations', *Children's Health Care*;29(2), pp.79-86.
6. Cohen, L.L. Manimala, R. Blount, R.L. Easier said than done: what parents say they do and what they do during children's immunizations. *Children's Health Care* 2000;29(2), pp.79-86.
7. Drotar, D. (1997), 'Relating Parent and Family Functioning to the Psychological Adjustment of Children with Chronic Health Conditions: What Have We Learned? What Do We Need To Know?', *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 22, No. 2, 1997, pp. 149-165.
8. Evans, S. Shipton, E.A. Keenan, T. (2006). 'The relationship between maternal chronic pain and child adjustment: the role of parenting as a mediator', *Journal of Pain*. Apr;7(4), pp.236-43.
9. Finley, G.A. McGrath, P. J. Forward, S.P. McNeill, G. & Fitzgerald, P. (1996). 'Parents' management of children's pain following 'minor' surgery', *Pain*, 64, pp.83-87.
10. Forward, S.P. Brown, T.L. & McGrath, P.J. (1996). 'Mothers' attitudes and behaviour toward medicating children's pain', *Pain*, 67, pp.469-474.
11. Goodenough, B. Perrott, D.A. Champion, G.D. Thomas, W. (2000). 'Painful pricks and prickly pains: is there a relation between children's ratings of venipuncture pain and parental assessments of usual reaction to other pains?', *The Clinical Journal of Pain*;16, pp.135-143.
12. Gormally, S. Barr, R.G. Wertheim, L. Alkawaf, R. Calinoiu, N. Young, S.N. 'Contact and nutrient caregiving effects on newborn infant pain responses', *Developmental Medicine & Child Neurology* 2001;43(1), pp.28-38.
13. Goubert, L. Eccleston, C. Vervoort, T. Jordan, A. Crombez, G. (2006). 'Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P):A preliminary validation', *Pain* 123, pp. 254 – 263.

14. Lipani, (*) T.A. Walker, L.S. (2005). 'Children's appraisal and coping with pain: relation to maternal ratings of worry and restriction in family activities', *J Pediatr Psychol.* Aug;31(7), pp.667-73.
15. Manimala, M.R. Blount, R.L. Cohen, L.L. (2000). 'The effects of parental reassurance versus distraction on child distress and coping during immunizations', *Children's Health Care*;29(3), pp.161-177.
16. McCarthy, AM. Kleiber, C. (2006). 'A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction Coaches', *Journal of Pediatric Nursing*, Volume 21, Issue 2, pp. 88-98. (article)
17. McGrath, P.J. Rosmus, C. Camfield, C. Campbell, M.A. & Hennigar, A. (1998). 'Behaviors caregivers use to determine pain in non-verbal, cognitively impaired individuals', *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40, pp.340-343.
18. McMurtry, C.M. McGrath, P.J. Asp, E. Chambers, C.T. (2007). 'Parental Reassurance and Pediatric Procedural Pain: A Linguistic Description', *The Journal of Pain*, Vol 8, No 2, pp 95-101.
19. Mikail, S. F. & von Baeyer, C. L. (1990). 'Pain, somatic focus, and emotional adjustment in children of chronic headache sufferers and controls', *Social Science and Medicine*, 31(1), pp.51-59.
20. Osborne, R. B. Hatcher, J. W., & Richtsmeier, A. J. (1989). 'The role of social modelling in unexplained pediatric pain', *Journal of Pediatric Psychology*, 14(1), pp.43-67.
21. Palermo, T.M. Chambers, C.T. (2005). 'Parental and family factors in pediatric chronic pain and disability: An integrative approach', *Pain*, 119, pp.1-4.
22. Peterson, C.C. Palermo, T.M. (2004). 'Parental Reinforcement of Recurrent Pain: The Moderating Impact of Child Depression and Anxiety on Functional Disability', *Journal of Pediatric Psychology* 29(5) pp. 331–341.
23. Reid(*), G. J. Hebb, J. P.O. McGrath, P.J. Finley, G.A., & Forward, S.P. (1995). 'Cues parents use to assess postoperative pain in their children', *The Clinical Journal of Pain*, 11, pp.229-235.
24. Reid, G.J. Lang, B.A. McGrath, P.J. (1997). 'Primary juvenile fibromyalgia: psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability', *Arthritis Rheum.* Apr;40(4), pp.752-60.
25. Schanberg, L.E. Anthony, K.K. Gil, K.M. Lefebvre, J.C. Macharoni, L.M. Kredich, D.W. (2001). 'Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease', *Pediatrics*. Sep;108(3):E47.
26. Sharpe, J.N. Brown, R.T. Thompson, N.J. Eckman, J. (1994). 'Predictors of coping with pain in mothers and their children with sickle cell syndrome', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Nov-Dec;33(9), pp.1246-55.
27. Smith, K.B. Champres, C.T. (2006). 'Psychological and family functioning among children of parents with recurrent headaches', *Journal of Pain*, Vo.9, pp.635-643.
28. Thomsen, A.H. Compas, B.E. Colletti, R.B. Stanger, C. (2002). 'Parent Reports of Coping and Stress Responses in Children with Recurrent Abdominal Pain', *Journal of Pediatric Psychology*.
29. Von Baeyer, C.L. Commentary: 'Presence of parents during painful procedures', *Pediatric Pain Letter* 1997;1(5), pp.56-59.

30. Wagner, J.L. Chaney, M. Hommel, K.A. Page, M.C. Mullins, L.L. White, M.M. Jarvis, J.N. (2003). 'The Influence of Parental Distress on Child Depressive Symptoms in Juvenile Rheumatic Diseases: The Moderating Effect of Illness Intrusiveness', *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 28 No. 7, pp. 453–462.
31. Walker, L.S. Zeman, J.L. (1992), 'Parental Response to Child Illness Behaviour' *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 17, No. 1, pp. 49-71.
32. Wall, B.A. Holden, W. Gladstein, J. (1997). 'Parent responses to pediatric headache', *Pain*; 37, pp. 65-70.
33. Whitaker, B.H. (2006). 'Reconstructing procedural fear and pain realities from distractor to distraction and beyond', *Pain research and management II*, Supplement B, Summer, 21B.
34. Williamson(*), G.M. Walters, A.S. Shaffer, D.R. (2002). 'Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression in children with chronic pain', *Health Psychology*, Jul; 21(4), pp.405-10.

ΕΡΜΗΝΕΥΤΗΡΙΟ

1. ***Child's Report of Parent Behaviour Inventory**: μέτρο αξιολόγησης των γονικών συμπεριφορών.
2. ***Πίνακας ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς του Missouri** (MCBC; Sines και συν. 1969): Αποτελεί κλίμακα αξιολόγησης συμπεριφορών του παιδιού που χορηγείται στους κηδεμόνες του παιδιού.
3. ***Συμπεριφορολογικός Πίνακας Ελέγχου των Παιδιών**¹⁰ (CBCL; Acenbach, 1990): Αποτελεί μέτρο αξιολόγησης των συμπεριφορικών και συναισθηματικών, προβλημάτων των παιδιών που προκύπτουν από το εύρος των δραστηριοτήτων και το κοινωνικών σχέσεων που έχει αναπτύξει το παιδί, σύμφωνα με τις αναφορές των γονιών.
4. **‘Νοητικές κατασκευές’**: αποτελούν τους συγκεκριμένους τρόπους με τους οποίους το άτομο βλέπει τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του.
5. **‘Πως αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου II’**¹¹ (SPP; Harter, 1982): αποτελεί μια δέσμη 6 ψυχομετρικών κλιμάκων για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης καθώς και 5 επιμέρους τομέων της αυτοαντίληψης. Οι 5 τομείς της αυτοαντίληψης είναι οι: σχολική ικανότητα, σχέσεις με συνομηλίκους, αθλητική ικανότητα, φυσική εμφάνιση, διαγωγή – συμπεριφορά.
6. **Issue checklist**: αποτελεί μέτρο αξιολόγησης των συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια.
7. **Δυσπροσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνου ερεθίσματος**¹² (**maladaptive coping strategy**): θεωρείται ο τρόπος αντιμετώπισης που δεν ευνοεί την προσαρμογή στον παράγοντα στρες.
8. **Επιγενετικές επιρροές** είναι οι επιρροές που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου με το κοινωνικό περιβάλλον.
9. **Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger**¹³ (STAIC; 1973). Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η μέτρηση άγχους. Η κλίμακα διαφοροποιεί τα άγχος

¹⁰ Από την ίδια τη μελέτη

¹¹ Τσαλίκας, Α. Τριβίλα, Σ. Ρούσση, Π. ‘Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα’, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2002., σελ. 318).

¹² Pervin LA., & John OP., ‘Θεωρίες Προσωπικότητας – Έρευνα και Εφαρμογές’, Μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α., Δασκαλοπούλου Ε., εκδ. ‘ΤΥΠΩΘΗΤΩ’, Αθήνα, 2001.

¹³ Προσαρμογή: Λιάκος, Α. Γιαννίτση, Σ. Επιπλέον προσαρμογή: Αναγνωστοπούλου, Τ. : Τσαλίκας, Α. Τριβίλα, Σ. Ρούσση, Π. ‘Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα’, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2002.

που προκαλείται από καταστάσεις από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Αποτελείται από 40 θέματα, τα πρώτα 20 θέματα αναφέρονται στο άγχος που προκαλείται από μια συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ τα υπόλοιπα 20 στο άγχος ως μόνιμο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Ο δείκτης Cronbach's α για την πρώτη υποκλίμακα βρέθηκε 0.92, για τη δεύτερη υποκλίμακα 0.89. Συνολικά και για τις δύο υποκλίμακες είναι 0.94

10. Η **Μίμηση Προτύπου**¹⁴, είναι όρος του Bandura που αναφέρεται στη διαδικασία αναπαραγωγής συμπεριφοράς που μαθαίνεται μέσω της παρατήρησης των άλλων.
11. **Κλίμακα αξιολόγησης Κέντρου Ελέγχου Υγείας**¹⁵ (HLCS; Parcel & Mayer, 1978). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 18 προτάσεων με βάση τις οποίες υπολογίζονται 3 υποκλίμακες: η πρώτη μετρά τον βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της υγείας τους, η δεύτερη μετρά το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι άλλοι ελέγχουν την υγεία του και η τρίτη το βαθμό στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι η υγεία του είναι θέμα τύχης.
12. **Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος** (FES; Moos & Moos, 1986): αποτελεί ψυχομετρική κλίμακα αποτύπωσης του οικογενειακού κλίματος.
13. **Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας-90-R**¹⁶ (SCL-90-R; Derogatis, 1983): αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 90 διαπιστώσεων που περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία εκφράζεται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες. Εκτός των 9 υποκλιμάκων εξάγονται και 3 συνολικά δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), β) το σύνολο των Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ), γ) Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ).
14. **Λειτουργική Ανικανότητα**: είναι η έκπτωσης εκτέλεσης των κατάλληλων σωματικών, διανοητικών, και κοινωνικών δραστηριοτήτων για την ηλικία του παιδιού, εξ αιτίας του πόνου.

¹⁴ Pervin LA., & John OP., 'Θεωρίες Προσωπικότητας – Έρευνα και Εφαρμογές', Μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α., Δασκαλοπούλου Ε., εκδ. 'ΤΥΠΩΘΗΤΩ', Αθήνα, 2001.

¹⁵ Τσαλίκας, Α. Τριβίλα, Σ. Ρούσση, Π. 'Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα', Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2002.

¹⁶ Τσαλίκας, Α. Τριβίλα, Σ. Ρούσση, Π. 'Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα', Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2002., σελ. 134.

15. **Προσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνου ερεθίσματος**¹⁷ (**adaptive coping strategy**): θεωρείται ο τρόπος αντιμετώπισης που ευνοεί την προσαρμογή στον παράγοντα στρες).
16. **Συνέντευξη Εκτίμησης Παιδιών**¹⁸ (CAS; Hodges και συν. 1982) ημιδομημένη συνέντευξη για την εκτίμηση της ψυχιατρικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας των παιδιών. Δημιουργήθηκε με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια των βασικότερων διαταραχών της παιδικής ηλικίας (DSM-III, DSM-III-R, DSM-VI).
17. **Σύστημα κωδικοποίησης των Holmbeck**¹⁹: τροποποιήθηκε από τον Smetana, (1991): πρόκειται για την αποδελτίωση των καθημερινών ζητημάτων που αποτελούν πηγές συγκρούσεων ανάμεσα στα παιδιά και τους γονείς τους σε 4 τομείς: α) ηθικός τομέας: περιλαμβάνει ζητήματα που αφορούν στα δικαιώματα των άλλων, β) κοινωνικό – συμβατικό: περιλαμβάνει όλες τις αυθαίρετες και συμβατικές αρχές που διέπουν τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις, γ) προσωπικός τομέας: ζητήματα που αφορούν στο άτομο, την επιλογή των φίλων κ.α δ) πολυδιάστατος τομέας: που συνδυάζει κατά κάποιον τρόπο στοιχεία από το συμβατικό - κοινωνικό και τον προσωπικό τομέα.
18. **Το κλινικό σύστημα αξιολόγησης του Shwachman, SCES**; Shwachman, 1958: μέθοδος αξιολόγησης των παραμέτρων της νόσου.
19. **Τρόποι αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα** (problem focus coping)²⁰: ορίζονται ως οι προσπάθειες διαχείρισης στοιχείων του ίδιου του ατόμου ή του περιβάλλοντος ή της μεταξύ τους σχέσης, όταν αυτά γίνονται αντιληπτά. Χρησιμοποιούνται όταν το παιδί εκτιμά ότι μπορεί να ελέγξει τις στρεσογόνες καταστάσεις. Αποτελεί υποκλίμακα των προσεγγιστικών τρόπων αντιμετώπισης (approach coping).
- Προσεγγιστικοί τρόποι αντιμετώπισης** ορίζεται το σύνολο των προσπαθειών του ατόμου να αλλάξει ή να διαχειριστεί το αγχογόνο ερέθισμα.

¹⁷ Pervin LA., & John OP., 'Θεωρίες Προσωπικότητας – Έρευνα και Εφαρμογές', Μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α., Δασκαλοπούλου Ε., εκδ. 'ΤΥΠΩΘΗΤΩ', Αθήνα, 2001.

¹⁸ Τσαλίκας, Α. Τριβίλα, Σ. Ρούσση, Π. 'Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα', Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2002, σελ. 137.

¹⁹ Μάντσεη, 2001.

²⁰ Βασιλάκη, Ε. Τριβίλα, Σ. Μπεζεβέγκης, Η.: (Επιμ. Έκδοσης), 'Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους', εκδ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα 2001.

Περιλαμβάνει (αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και τις υποκλίμακες τρόπων αντιμετώπισης που εστιάζονται στο πρόβλημα).

20. Ως «***ώριμη**» γονική συμπεριφορά ορίζεται ο βαθμός στον οποίο οι γονείς αποδέχονται και μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες των παιδιών.
21. Ως '**καταστροφική σκέψη**' ορίζεται ο βαθμός των υπερβολικών και έντρομων αξιολογήσεων που ένα παιδί κάνει για τον πόνο και τις συνέπειες του. Συνδέεται με περισσότερη δριμύτητα πόνου (Sullivan και συν. 2001) και λειτουργική ανικανότητα, (Crombez και συν., 2003), χαμηλότερη ανοχή πόνου (Piiira και συν.2002), περισσότερη ανησυχία και κατάθλιψη (Eccleston και συν. 2004), και αυξανόμενη χρήση αναλγητικών (Bédard, και συν. 1997). Σε κάποιες άλλες μελέτες εμφανίζεται η μεταβλητή «αρνητική αξιολόγηση» (negative evaluation) και γίνεται διάκρισή της από την «καταστροφική σκέψη» για τον πόνο.
22. Ως **αυτο-εκτίμηση**²¹, θεωρείται η προσωπική κρίση του ατόμου για τον εαυτό του.
23. Ως **ενεργητική αντιμετώπιση**²² (active coping), ορίζονται οι προσπάθειες που κάνει το παιδί να συνεχίσει όσο μπορεί τις δραστηριότητές του, παρά τον πόνο
24. Ως **Οικογενειακή Προσαρμοστική Ρουτίνα** ορίζεται η ικανότητα της οικογένειας να οργανώσει τις καθημερινές της δραστηριότητες με τέτοιο τρόπο που να είναι χρήσιμες και να έχουν νόημα για τα μέλη της οικογένειας.
25. Ως **Σύγκρουση** ορίζεται ο βαθμός στον οποίο η ανοιχτή έκφραση του θυμού και της επιθετικότητας αποτελούν χαρακτηριστικά της οικογένειας.
26. Ως **Συνοχή** ορίζεται ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της οικογένειας είναι δεσμευμένα με αυτή και ο βαθμός που τα μέλη αλληλοβοηθούνται και αλληλοϋποστηρίζονται.
27. **Τρόπος αντιμετώπισης στρεσογόνου ερεθίσματος (coping strategy),** θεωρείται η διαδικασία με την οποία το άτομο προσπαθεί να χειριστεί/ρυθμίσει απαιτήσεις (εξωτερικές ή εσωτερικές) που το ίδιο θεωρεί ότι θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνάμεις του.

²¹ Pervin LA., & John OP., 'Θεωρίες Προσωπικότητας – Έρευνα και Εφαρμογές', Μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α., Δασκαλοπούλου Ε., εκδ. 'ΤΥΠΩΘΗΤΩ', Αθήνα, 2001.

²² Ευκλείδη Α. & Κάντας Α., Γλωσσάρι: Ψυχολογία-Περιοδικό Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας, Τόμος 7, Τεύχος 1, σελ 106, (Παράρτημα), Απρίλιος 2000.