



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**“ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ:
ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ
ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ”**

ΜΑΡΙΑ ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ

ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**“ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ:
ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ
ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ”**

ΜΑΡΙΑ ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ

ΛΟΓΟΠΕΔΙΚΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2025

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία αίτησης της κ. Μπουκουβάλα Μαρίας: 25-05-2020

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: Γ.Σ. αριθμ. 947α/Ο6-ΙΟ-2020

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων:

Κώτσης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη:

Υφαντής Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σιαφάκα Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας, του Τμήματος Λογοθεραπείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 11-11-2020

«Διαταραχές Επικοινωνίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας: οι αντιλήψεις των γονέων και η επίδρασή τους στην Ποιότητα Ζωής και την Ψυχική Καταπόνηση»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ• 1133α/28-Ο1-2025

Κώτσης Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Υφαντής Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μαντάς Χρήστος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πετρίκης Πέτρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Σερντάρη Ασπασία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης

Μαγκλάρα Κωνσταντίνα, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του ΕΚΠΑ

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 19-02-2025

Ιωάννινα 12-05-2025

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σπυρίδων Κονιτσιώτης

Καθηγητής Νευρολογίας



Στο Γιώργο,
τη Βασίλεια και τη Φρειδερίκη.

Η εκπόνηση της παρούσας διατριβής δεν θα ήταν εφικτή δίχως την πολύτιμη βοήθεια πολλών ανθρώπων.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της παρούσας διατριβής κ. Κωνσταντίνο Κώτση, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντας μου την διατριβή αυτή και για την συνεχή παρουσία του δίπλα μου. Η καθοδήγηση του όλα αυτά τα χρόνια ήταν πολύτιμη και συνετέλεσε όχι μόνο στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής αλλά και γενικότερα στην εκπαίδευση μου, την αγάπη και αφοσίωσή μου στην ψυχική υγεία και την έρευνα. Με το ήθος, την ευγένεια, τη δοτικότητα και την προσωπικότητά του, πολλές φορές δίνοντας μου κουράγιο και δύναμη να συνεχίσω, εξασφάλισε το άρτιο αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Θωμά Υφαντή, Καθηγητή Ψυχιατρικής ο οποίος υπήρξε πολύτιμος καθοδηγητής της ακαδημαϊκής μου πορείας. Η πρόταση της ενασχόλησής μου με την έρευνα, η εμπιστοσύνη και στήριξή του όλα τα χρόνια της εργασίας μου στην Ψυχική Υγεία, συνετέλεσαν στην εκπόνηση της διατριβής αλλά και στη διαμόρφωση της επαγγελματικής μου ιδιότητας.

Με βαθιά εκτίμηση θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην κ. Βασιλική Σιαφάκα, Επίκουρη Καθηγήτρια της Υγείας. Το ταξίδι αυτό υπήρξε απαιτητικό αλλά η πολύτιμη στήριξη, οι συμβουλές και η δική της διαδρομή και πορεία αποτέλεσαν σημαντική πηγή έμπνευσης.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας Παιδιού και Εφήβου, των παιδικών σταθμών και νηπιαγωγείων για την πολύτιμη βοήθεια τους και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα παιδιά και γονείς που συμμετείχαν στη μελέτη και δέχτηκαν να “καταγράψουν” τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους για τις δυσκολίες επικοινωνίας.

Πολύτιμος συνεργάτης στην επιμέλεια της συγγραφής υπήρξε ο Σπύρος. Τον ευχαριστώ θερμά για το χρόνο, την υπομονή και τη συμβολή του στο τελικό αποτέλεσμα.

Εύχομαι να έχω την ευκαιρία να συνεργαστώ ξανά μαζί σας στο μέλλον.

Περιεχόμενα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
1. ΠΩΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΘΑΙΝΟΥΝ ΝΑ ΜΙΛΑΝΕ ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΝ	5
2. ΟΡΙΣΜΟΙ	6
3. ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ	7
4. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ	9
5. ΤΥΠΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ	11
6. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ ¹	14
7. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	15
8. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ	16
9. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	17
10. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ	18
10.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΜΙΛΙΑΣ	20
10.2 ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	22
11. ΕΙΔΙΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (SLI) vs ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (DLD)	23
12. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (DLD)	25
13. DLD ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	27
14. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ DLD	29
15. DLD ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	32
16. DLD ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	35
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	38
1. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	39
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	40
2.1 Δειγματοληψία	40
3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	42
3.1 Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ – Brief Illness Perceptions Questionnaire)	42
3.2 Κλίμακα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εκτίμηση της Σχετικής με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (WHOQoL-BREF)	44
3.3 Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ –Strengths and Difficulties Questionnaire) – For Parents	45
3.4 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory)	46
3.4.1 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Child Report	47
3.4.2 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Generic Core Scale – Parent Proxy Report	48
3.4.3 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Family Impact	49

3.5 Parental Stress Scale (PSS) – Κλίμακα γονεϊκού στρες ¹⁸³	50
3.6 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28)	51
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	52
5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	54
6. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	55
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	56
1. ΔΕΙΓΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD	57
2. ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ	58
3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΓΟΝΙΩΝ ΜΕ DLD	59
3.1 ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	59
3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	60
3.3 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	61
3.4 ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	62
3.5 ΓΟΝΕΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	63
3.6 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	65
3.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD– ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ	66
3.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD– ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΚΡΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	67
3.9 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ ΜΕ DLD – ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ	68
4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	69
4.1 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	69
4.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	70
4.3 ΓΟΝΕΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	71
4.4 ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	73
4.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ	74
4.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΟΥ	75
5. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ PSS	76
6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ ΜΕ DLD - ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ ΜΕ DLD	79
7. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ	82
Αντιλήψεις για την DLD, γονεϊκό άγχος, ποιότητα ζωής και γενική υγεία των γονέων	89
Ποιότητα Ζωής των παιδιών με DLD	93
Εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα συμπτώματα στα παιδιά με DLD	99
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	102
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	105

SUMMARY	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	114

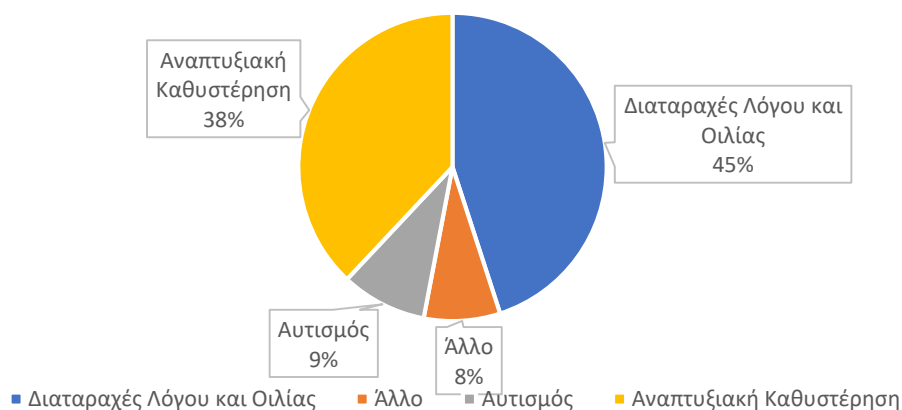
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΩΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΘΑΙΝΟΥΝ ΝΑ ΜΙΛΑΝΕ ΚΑΙ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΟΥΝ

Η εκμάθηση της γλώσσας μοιάζει με αξιοθαύμαστο έργο για το μικρό παιδί. Οι γλώσσες του κόσμου περιέχουν χιλιάδες λέξεις που μπορούν να συνδυαστούν για να μεταφέρουν έναν άπειρο αριθμό νοημάτων. Τα παιδιά γεννιούνται χωρίς να γνωρίζουν ποιες από τις γλώσσες του κόσμου πρέπει να μάθουν. Τα παιδιά που γεννιούνται στην Ελλάδα πρέπει να μάθουν ελληνικά, τα παιδιά που γεννιούνται στη Γαλλία πρέπει να μάθουν γαλλικά ενώ αν γεννηθούν π.χ. στο Βέλγιο ή σε οικογένεια μεταναστών ή προσφύγων, μπορεί να χρειαστεί να μάθουν δύο διαφορετικές γλώσσες ταυτόχρονα. Παρά τις προκλήσεις αυτές, τα περισσότερα παιδιά αποκτούν τις βασικές γνώσεις της γλώσσας αβίαστα κατά την παιδική ηλικία, χωρίς επίσημη διδασκαλία. Μέχρι την ηλικία των 5 ετών, διαθέτουν ένα λεξιλόγιο χιλιάδων λέξεων, δημιουργούν προτάσεις με σύνθετα γραμματικά χαρακτηριστικά, διακρίνουν τα κυριολεκτικά από τα μη κυριολεκτικά νοήματα, όπως το χιούμορ ή τη μεταφορά, παρατηρούν τις κοινωνικές συμβάσεις της συζήτησης και εφαρμόζουν τις γλωσσικές δεξιότητες κατά την εκμάθηση της ανάγνωσης. Μέχρι την ηλικία των 8 ετών, ο κατάλογος των ήχων του λόγου τους είναι ώριμος¹.

Η διακύμανση του ρυθμού και της αποτελεσματικότητας της γλωσσικής ανάπτυξης είναι σημαντική. Περίπου το 16% των παιδιών παρουσιάζει καθυστέρηση στις αρχικές φάσεις της εκμάθησης της γλώσσας και περίπου τα μισά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν επίμονες δυσκολίες². Στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ των παιδιών ηλικίας 3 έως 5 ετών, η διαταραχή του λόγου και της ομιλίας είναι το κυριότερο κριτήριο επιλογής που δικαιολογεί την εγγραφή των παιδιών σε σχολικά πλαίσια ειδικής αγωγής³ (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Ποσοστά παιδιών ηλικίας 3-5 ετών που λαμβάνουν υπηρεσίες ειδικής αγωγής στις Ηνωμένες Πολιτείες



2. ΟΡΙΣΜΟΙ

Η γλώσσα είναι η μορφή επικοινωνίας που συνδέει τις ανθρώπινες κοινωνικές ομάδες. Χρησιμοποιεί αυθαίρετα αλλά κοινωνικά συμφωνημένα σήματα (λέξεις και προτάσεις) σε ένα σύστημα που διέπεται από κανόνες για να μεταφέρει ένα νόημα. Σε αντίθεση με την επικοινωνία των ζώων, η ανθρώπινη γλώσσα χρησιμοποιεί σήματα δημιουργικά για να επικοινωνήσει πέρα από το «εδώ και τώρα», επιτρέποντας τη συζήτηση παρελθοντικών ή μελλοντικών γεγονότων και αφηρημένων, υποθετικών ή φανταστικών ιδεών. Η ομιλία είναι η συνήθης έξοδος του γλωσσικού συστήματος, η οποία δημιουργείται από τις πολύπλοκες και συντονισμένες κινήσεις των αναπνευστικών, λαρυγγικών, φαρυγγικών και στοματικών δομών. Η γλώσσα υποδιαιρείται σε προσληπτική (ικανότητα κατανόησης) και εκφραστική (ικανότητα παραγωγής) γλώσσα. Αποτελείται από αλληλεπιδρώντα υποσυστήματα ή συνιστώσες: φωνολογία (το σύστημα των ήχων της ομιλίας), λεξικό (λεξιλόγιο), σύνταξη (γραμματική), σημασιολογία (νόημα) και πραγματολογία (κοινωνικές πτυχές της γλώσσας που λαμβάνουν υπόψη τον ομιλητή και το πλαίσιο). Η ομιλία αποτελείται επίσης από υποσυστήματα: άρθρωση (ήχοι ομιλίας), φωνή και αντήχηση, και ευχέρεια.

3. ΕΚΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

Η εκμάθηση της γλώσσας είναι προϊόν της αλληλεπίδρασης των μαθησιακών ικανοτήτων του παιδιού με το γλωσσικό περιβάλλον³. Μοντέλα προσομοίωσης σε υπολογιστή τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να μιμούνται τα χαρακτηριστικά της δομής και της λειτουργίας του ανθρώπινου εγκεφάλου⁴ μας βοηθάνε να καταλάβουμε τον τρόπο με τον οποίο τα μικρά παιδιά μαθαίνουν τη γλώσσα. Αυτά τα μοντέλα μπορούν να εξηγήσουν πώς τα βρέφη μπορούν να κατακτήσουν οποιαδήποτε γλώσσα σε όποιο περιβάλλον κι αν εκτίθενται, και εξηγούν ακόμη και τον τρόπο που τα παιδιά μαθαίνουν να κλίνουν σωστά τόσο τα ομαλά όσο και τα ανώμαλα ρήματα⁴.

Μια πρόκληση για το βρέφος είναι η κατάτμηση των ήχων σε μονάδες με νόημα, όπως οι λέξεις. Μελέτες ανιχνεύουν αυτές τις ασυνείδητες ιδιότητες και τις χρησιμοποιούν για να κατατμήσουν τη συνεχή ροή ήχων σε μονάδες που μοιάζουν με λέξεις⁵. Η διαδοχική μάθηση επιτρέπει στο μικρό παιδί να ανιχνεύει τη διαδοχική διάταξη και τη συνεμφάνιση των λέξεων μέσα στις προτάσεις για να εξηγήσει την απόκτηση του συντακτικού⁶. Επιπλέον, τα βρέφη και τα παιδιά μπορούν να επωφεληθούν από τα στατιστικά στοιχεία της συνύπαρξης λέξεων-αναφορών για να μάθουν τη σημασία των λέξεων⁷. Η στατιστική μάθηση διευκολύνεται όταν οι γονείς χρησιμοποιούν γλώσσα, γνωστή στην καθομιλουμένη ως «baby talk», η οποία χαρακτηρίζεται από περιορισμένο λεξιλόγιο, σύντομες προτάσεις, πολλαπλές επαναλήψεις, σχετικά λίγα λάθη και υπερβολικό τονισμό⁸.

Μια άλλη πρόκληση για το βρέφος είναι να μάθει να συνδέει την αντίληψη της ομιλίας με την παραγωγή ομιλίας⁹. Οι περισσότερες από τις δομές που παράγουν τους ήχους της ομιλίας στη φωνητική οδό δεν αναγνωρίζονται οπτικά. Οι "κατοπτρικοί νευρώνες" που πυροδοτούνται τόσο όταν ένα άτομο εκτελεί μια ενέργεια όσο και όταν το άτομο αντιλαμβάνεται άλλους να εκτελούν την ίδια ενέργεια είναι μηχανισμοί για τη σύνδεση της αντίληψης με την παραγωγή. Οι κατοπτρικοί νευρώνες φαίνεται να συγκεντρώνονται σε διάφορες φλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του προμετωπιαίου φλοιού, οι οποίες συχνά εμπλέκονται στη χρήση της γλώσσας⁹.

Ένα σημαντικό συστατικό για την εκμάθηση γλωσσών είναι το κοινωνικό πλαίσιο. Η πρώιμη εκμάθηση γλωσσών απαιτεί την ύπαρξη ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων καθώς, παρά την ευρεία εξάπλωση της τεχνολογίας, οι τηλεοράσεις και οι υπολογιστές δεν αρκούν. Οι ζεστές, με αμοιβαίο σεβασμό και χαμηλό άγχος ανταλλαγές μεταξύ βρεφών και ικανών χρηστών της γλώσσας, ενηλίκων ή άλλων παιδιών, διευκολύνουν τη μάθηση. Η εκμάθηση της γλώσσας απαιτεί την ενεργό εμπλοκή του παιδιού με το εισερχόμενο υλικό. Τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούν την εισροή, ανιχνεύοντας, για παράδειγμα, διαφορές μεταξύ αυτού που άκουσαν και αυτού που θα

μπορούσαν να έχουν πει ή αυτού που νόμιζαν ότι σήμαινε μια λέξη. Η αναγνώριση της ασυμφωνίας βοηθά τα παιδιά να προχωρήσουν στην εκμάθηση της σημασιολογίας και του συντακτικού. Η συζήτηση για το τι κάνει ένα παιδί ή η επέκταση αυτού που μόλις είπε ένα παιδί διευκολύνει την ενεργό εμπλοκή του παιδιού.

4. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Τα θεμέλια για την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας ξεκινούν από τη μήτρα, με την ανάπτυξη των ανατομικών δομών και των φυσιολογικών διεργασιών που θα υποστηρίξουν τελικά τις αισθητηριακές, κινητικές, μαθησιακές δεξιότητες. Σχεδόν κάθε παράγοντας που απειλεί την προγεννητική ανάπτυξη του εμβρύου -από γενετικές ανωμαλίες, έως διατροφικές ελλείψεις και έκθεση σε περιβαλλοντικές τοξίνες- συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαταραχών του λόγου ή/και της ομιλίας¹⁰. Πριν από το τέλος της προγεννητικής περιόδου, τα έμβρυα είναι σε θέση να ακούσουν, αν και ατελώς, την ομιλία και άλλους περιβαλλοντικούς ήχους και μέσα σε λίγα λεπτά μετά τη γέννηση δείχνουν ιδιαίτερη προσοχή στα ανθρώπινα πρόσωπα και τις φωνές. Αυτό το πρώιμο ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους φαίνεται να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία σχέσεων με τους φροντιστές, οι οποίοι ενισχύουν την αυξανόμενη ικανότητα του παιδιού να προβλέπει, να ξεκινά και να συμμετέχει σε κοινωνικές ρουτίνες¹⁰. Οι κοινωνικές εμπειρίες και δεξιότητες που εμφανίζονται κατά τους πρώτους μήνες ζωής του βρέφους είναι σημαντικοί πρόδρομοι για τις πραγματολογικές γλωσσικές δεξιότητες: το βρέφος μαθαίνει πρώτα να συμμετέχει σε αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις και να μεταφέρει επικοινωνιακές προθέσεις με μη γλωσσικά μέσα, όπως οι χειρονομίες, και αρχίζει να επιτυγχάνει τους ίδιους στόχους μέσω γλωσσικών μορφών, όπως οι πρώτες λέξεις¹¹. Κατά τους πρώτους μήνες της ζωής τους, τα βρέφη παρουσιάζουν βελτίωση στην ικανότητά τους να αναγνωρίζουν ολοένα και πιο λεπτομερή μοτίβα ομιλίας, πρόδρομος για τη σύνδεση των προφορικών λέξεων με τα νοήματά τους. Επίσης, κατά τους πρώτους μήνες της ζωής, τα βρέφη αρχίζουν να χρησιμοποιούν τους στοματικούς τους μηχανισμούς για να παράγουν ήχους, όπως το γουργουρητό και οι κραυγές, καθώς αναπτύσσουν τον έλεγχο των μυών και των κινήσεών τους. Έτσι, είναι σε θέση να παράγουν ολοένα και πιο συνεπείς συνδυασμούς ήχων και συλλαβών που μοιάζουν με ομιλία (φλυαρία), πρόδρομος της άρθρωσης αναγνωρίσιμων λέξεων¹¹.

Στοιχεία από νευροφυσιολογικές μελέτες και μελέτες νευροαπεικόνισης δείχνουν ότι τα παιδιά αρχίζουν να αναγνωρίζουν μοτίβα ομιλίας που επαναλαμβάνονται στο περιβάλλον τους σχεδόν από το πρώτο έτος της ζωής τους^{12 13}. Τα περισσότερα παιδιά ηλικίας 12 έως 18 μηνών δείχνουν ότι μπορούν να κατανοήσουν τουλάχιστον μερικές λέξεις ελλείψει χειρονομιών ή άλλων ενδείξεων για τη σημασία τους¹⁴. Μπορούν επίσης να παράγουν μερικές κατανοητές λέξεις κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, γεγονός που δείχνει ότι αποκτούν τόσο εκφραστικές γλωσσικές όσο και ομιλητικές δεξιότητες. Οι δεξιότητες ομιλίας τους εξελίσσονται με συστηματικό τρόπο τα επόμενα χρόνια, καθώς μαθαίνουν πρώτα να λένε σχετικά απλούστερα σύμφωνα (π.χ. "m", "d", "n") και αργότερα να λένε πιο δύσκολα σύμφωνα (π.χ. "s", "th", "sh") και συμπλέγματα συμφώνων (π.χ. "bl", "tr", "st")¹⁵. Η προσληπτική γλώσσα, η εκφραστική γλώσσα και η ομιλία αναπτύσσονται με ταχείς ρυθμούς κατά την προσχολική περίοδο, καθώς τα παιδιά μαθαίνουν να κατανοούν και να

λένε χιλιάδες μεμονωμένες λέξεις, καθώς και να μαθαίνουν τους γραμματικούς (ή μορφοσυντακτικούς) κανόνες που τους επιτρέπουν να κατανοούν και να παράγουν όλο και πιο μακροσκελείς, εξελιγμένους, κατανοητούς και κοινωνικά αποδεκτούς συνδυασμούς λέξεων σε φράσεις και προτάσεις¹⁶. Αυτές οι δεξιότητες λόγου και ομιλίας επιτρέπουν στα παιδιά να επιτύχουν επικοινωνιακούς στόχους τόσο διαφορετικούς όσο η κατανόηση μιας απλής ιστορίας, η σειρά σε ένα παιχνίδι, η έκφραση ενός συναισθήματος, η ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών και το αίτημα για βοήθεια¹⁷. Μέχρι το τέλος της προσχολικής περιόδου, η ικανότητα των παιδιών να κατανοούν τη γλώσσα που μιλούν οι άλλοι και να μιλούν αρκετά καλά ώστε οι άλλοι να τα καταλαβαίνουν παρέχει την ενίσχυση της ανεξαρτησίας τους.

Στο τέλος της προσχολικής περιόδου τα περισσότερα παιδιά δείχνουν επίσης σημάδια ότι μπορούν να σκέφτονται συνειδητά για τους ήχους και τις λέξεις, μια ικανότητα γνωστή ως μεταγλωσσική επίγνωση¹⁸. Η επίγνωση των φωνολογικών (ηχητικών) χαρακτηριστικών των λέξεων, για παράδειγμα, επιτρέπει στα παιδιά να αναγνωρίζουν λέξεις που κάνουν ομοιοκαταληξία ή λέξεις που αρχίζουν ή τελειώνουν με τον ίδιο ήχο ομιλίας. Τέτοιες δεξιότητες φωνολογικής επίγνωσης έχουν συνδεθεί με την ικανότητα των παιδιών να μαθαίνουν ότι οι ήχοι του λόγου μπορούν να αναπαρασταθούν με τυπωμένα γράμματα - μία από τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την εκμάθηση της ανάγνωσης λέξεων¹⁹.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι εμπειρίες των παιδιών στο λόγο και τη γλώσσα μπορεί να διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με τις αξίες και τις προσδοκίες του πολιτισμού, της κοινότητας και της οικογένειάς τους. Αυτό το σημείο είναι πιο προφανές για τα παιδιά που μεγαλώνουν σε πολύγλωσσα περιβάλλοντα, τα οποία αποκτούν περισσότερες από μία γλώσσες. Παρόλο που η πλειοψηφία των ανθρώπων στον κόσμο μιλάει δύο γλώσσες, έχει μερικές φορές θεωρηθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο διαταραχών του λόγου και της ομιλίας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι οι διαταραχές λόγου ή ομιλίας είναι πιο διαδεδομένες σε δίγλωσσα από ό,τι σε μονόγλωσσα παιδιά με παρόμοιο βιολογικό και κοινωνικοδημογραφικό προφίλ²⁰.

Η γλώσσα που ομιλείται στα παιδιά σίγουρα επηρεάζει τις γλωσσικές τους δεξιότητες και ορισμένες πτυχές της γλώσσας έχουν συνδεθεί με το κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο των γονέων²¹. Ωστόσο, το εύρος των γλωσσικών παραλλαγών που έχει παρατηρηθεί μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο διαταραχών του λόγου ή της ομιλίας ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες που σχετίζονται με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, όπως η ανεπαρκής ή κακή ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, η πείνα, οι μειωμένοι εκπαιδευτικοί και κοινωνικοί πόροι και η αυξημένη έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους^{22 23}.

5. ΤΥΠΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ

Η έγκαιρη ανίχνευση της καθυστέρησης λόγου βασίζεται στη γνώση της τυπικής ανάπτυξης. Στον Πίνακα 1 παρατίθενται τα ορόσημα ανάπτυξης της γλώσσας και της ομιλίας από τη βρεφική ηλικία έως την ηλικία των 8 ετών. Τα παιδιά παράγουν τις πρώτες τους λέξεις σε ηλικία περίπου 1 έτους. Η αρχική λεξιλογική ανάπτυξη είναι αργή, περίπου 1-2 λέξεις/εβδομάδα. Μόλις το λεξιλόγιο φτάσει περίπου τις 50 λέξεις, ο ρυθμός ανάπτυξης επιταχύνεται. Η λεξιλογική ανάπτυξη αυξάνεται σε 1-2 νέες λέξεις/ημέρα και τα παιδιά αρχίζουν να συνδυάζουν λέξεις σε φράσεις με δύο λέξεις. Η "λεξιλογική έξαρση" έχει αποδοθεί σε βιολογικούς παράγοντες, όπως η μυελίνωση των γλωσσικών οδών της λευκής ουσίας²⁴. Η αύξηση του ρυθμού μάθησης συνδέεται επίσης με την αυτοοργάνωση ενός νευρωνικού δικτύου⁴. Μεταξύ των ηλικιών 2 και 4 ετών, τα παιδιά χτίζουν το λεξιλόγιο και τις γραμματικές τους δεξιότητες. Τα μοτίβα ανάπτυξης διαφέρουν από παιδί σε παιδί, πιθανότατα ως συνάρτηση των εμπειριών τους στο περιβάλλον. Μέχρι τη σχολική ηλικία, όλα τα βασικά στοιχεία της γλώσσας έχουν συνήθως κατακτηθεί. Τα παιδιά μπορεί να εξακολουθούν να παρουσιάζουν ανωριμότητα στις δεξιότητες ομιλίας μέχρι την ηλικία των 8 ετών, αλλά η καταληπτότητα στην σχολική ηλικία θα πρέπει να είναι περίπου 100%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ¹			
Βασικά ορόσημα στην ανάπτυξη της προαληπτικής και εκφραστικής ομιλίας			
ΗΛΙΚΙΑ	ΠΡΟΣΗΛΗΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	ΕΚΦΡΑΣΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	ΟΜΙΛΙΑ
Νεογέννητο	• Δοκιμάζει τη φωνή του κοιτάζει το πρόσωπο	• Κλαίει	
3 μηνών	• Χαμογελά όταν του μιλάουν	• Διαφοροποιεί το κλάμα • Κάνει μουσικούς ήχους που μοιάζουν με φωνήεντα • Γουργουρίζει αιμοιβάτα με έναν ενήλικα	
6 μηνών	• Γυρίζει όταν φωνάζουν το όνομά του	• Αρχίζει να φλυαρεί (προσθέτει σύμφωνα όπως b, d, m)	
9 μηνών	• Στάματάει όταν του λένε "Όχι" • Μαθαίνει ρουτίνας, όπως "κάνε γεια"	• Δείχνει τα θέλω του ή ενδιαφέροντα αντικείμενα ή ενέργειες • Λέει "μαμά" ή "παπαμά" μη συγκεκριμένα	
12 μηνών	• Ακολουθεί απλές εντολές με χειρονομίες	• Λέει συγκεκριμένα "μαμά" ή "παπαμά" • Τραγουδά (φλυαρεί και ακούγεται σαν ομιλία) • Λέει τις πρώτες λέξεις	
15-18 μηνών	• Δείχνει μέρος του σώματος • Ακολουθεί μία μόνο εντολή χωρίς χειρονομίες	• Αποκτά λέξεις παρά • Χρησιμοποιεί απλούς και εύκολα γκραμματικούς τύπους • Συμμετέχει σε συζητήσεις	
18-24 μηνών	• Κατανοεί προτάσεις	• Περαισιάζει λεξιλόγιο ≥50 λέξεων • Μαθαίνει εύκολα νέα στοιχεία του λεξιλογίου • Χρησιμοποιεί φράσεις 2 λέξεων	• 50% χρησιμοποιεί σωστά τα p, m, n, b
24-36 μηνών	• Ακολουθεί εντολές 2 και 3 βημάτων • Απαντά σε ερωτήσεις "wh-questions"	• Χρησιμοποιεί φράσεις >2 λέξεων • Χρησιμοποιεί όλο και πιο σύνθετη γραμματική, όπως άρνηση, ερωτήσεις	• 50% χρησιμοποιεί σωστά τα k, g, d, t, ng, f
36-48 μήνες	• Κατανοεί τον πληθυντικό αριθμό, τις αντωνυμίες και τις κτητικές λέξεις • Κατανοεί τις ερωτήσεις "ποιος", "γιατί" και "πόσο"	• Συνδυάζει 3-4 λέξεις σε μια πρόταση • Χρησιμοποιεί συνδέσμους, όπως «και» ή «αλλά»	• 90% χρησιμοποιεί σωστά τα p, m, n, b • 50% χρησιμοποιεί σωστά τα r, l, s, sh, z • Είναι σε θέση να παράγει τελικά σύμφωνα σε λέξεις • Δεν αντιλαμβάνεται πλέον ήχους που γίνονται στο πίσω μέρος του στόματος (g, k) με ήχους που γίνονται στο μπροστινό μέρος του στόματος (d, t)
48-60 μηνών	• Κατανοεί έννοιες, όπως το ίδιο/διαφορετικό	• Χρησιμοποιεί ωριμή γραμματική σε επίθετα ενήλικων ονδών • Κατασκευάζει αφηγηματικό λόγο, όπως αφηγείται ή αναδιηγείται ιστορίες, κάνει ερμηνείες	• Το 50% χρησιμοποιεί σωστά τα tz, v, th • 90% χρησιμοποιεί σωστά k, g, d, t, ng, f • Σωστή παραγωγή συμπληγμάτων ουμφώνων, όπως το st • Δεν διαπράττει πλέον αδύναμες και άττονες συλλαβές (πχ banana)
60-84 μήνες	• Περιορίζεται από τις εννοολογικές γνώσεις του παιδιού, όχι από τις γλωσσικές δεξιότητες. • Κατανοεί το χούμορ, τη μεταφορά	• Όριμες γλωσσικές κατασκευές • Αυξανόμενη χρήση εξειδικευμένου λεξιλογίου και σύνθετης γραμματικής	• 90% χρησιμοποιεί σωστά τα r, l, s, sh, z, v, th, δ • Δεν αντιλαμβάνεται πλέον τα υπέρ (r, l)

Η παρακολούθηση της ανάπτυξης μπορεί να εντοπίσει παιδιά υψηλού κινδύνου για διαταραχές της γλώσσας και της ομιλίας. Οι "red flags" (Πίνακας 2) είναι καθυστερήσεις ή διαφορές που υποδηλώνουν κίνδυνο εμφάνισης επίμονων διαταραχών και θα πρέπει να παραπεμφθούν για αξιολόγηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2¹

“RED FLAGS”	
Ανά ηλικία	Ένδειξη για παραπομπή αξιολόγησης
9 μηνών	Αποτυχία ανταπόκρισης στο όνομα ή «μπαμπαλίσματα» (baba, dada)
12 μήνες	- Αδυναμία να δείξει αντικείμενα ή ενέργειες - Έλλειψη χρήσης χειρονομιών, όπως το κούνημα του κεφαλιού "όχι" - Αδυναμία συμμετοχής σε λεκτικές ρουτίνες, όπως η ικανότητα να χαιρετάει (γεια, αντίο) - Καμία χρήση των mama ή dada ειδικά για έναν γονέα
18 μηνών	- Λιγότερες από 5 λέξεις πέρα από τις λέξεις mama και dada - Αδυναμία να ακολουθήσει απλές εντολές με χειρονομίες
24 μήνες	- Λεξιλόγιο λιγότερο από 50 λέξεις - Δεν υπάρχουν συνδυασμοί δύο λέξεων < 50% των εκφράσεων κατανοητές σε άγνωστους ενήλικες
36 μήνες	- Αδυναμία να ακολουθήσει απλές οδηγίες χωρίς χειρονομίες < 75% των εκφράσεων κατανοητές σε μη οικείου ενήλικες - Δεν υπάρχουν συνδυασμοί 3 ή περισσότερων λέξεων
≤ 36 μηνών	Απώλεια δεξιοτήτων γλώσσας και ομιλίας, ιδίως παρουσία παλινδρόμησης στις κοινωνικές ικανότητες και κινητικές δεξιότητες

6. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ¹

Ο όρος "καθυστέρηση" υποδηλώνει ότι η ανάπτυξη των δεξιοτήτων λόγου και ομιλίας είναι πιο αργή από ό,τι αναμένεται για τη χρονολογική ηλικία και ακολουθεί το συνηθισμένο αναπτυξιακό πρότυπο. Μια καθυστέρηση αποκτά κλινική σημασία όταν ο ρυθμός ανάπτυξης πέφτει $< 75\%$ του αναμενόμενου, όπως όταν μια δεξιότητα που αναμένεται στους 18 μήνες δεν υπάρχει σε ένα παιδί 24 μηνών ($18/24=3/4$ ή 75% του αναμενόμενου ρυθμού)¹. Περίπου τα μισά από τα παιδιά που έχουν καθυστέρηση στην ηλικία των 2 ετών καλύπτουν τη διαφορά μέχρι την ηλικία των 3 ετών. Τα παιδιά που παρουσιάζουν καλές δεξιότητες συμβολικού παιχνιδιού και/ή φυσιολογική προσληπτική γλώσσα παρά την καθυστέρηση στην εκφραστική γλώσσα έχουν καλύτερη πρόγνωση από εκείνα με καθυστέρηση στο συμβολικό παιχνίδι και στην προσληπτική γλώσσα¹. Τα παιδιά με καθυστέρηση στη γλώσσα ή στην ομιλία θα πρέπει να υποβάλλονται σε ολοκληρωμένη αξιολόγηση. Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της αξιολόγησης, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να παραπέμψει το παιδί για λογοθεραπεία.

Τα αγόρια μπορεί να παρουσιάσουν ήπιες καθυστερήσεις στην ανάπτυξη των γλωσσικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων σε σύγκριση με τα κορίτσια²⁵. Ωστόσο, οι διαφορές είναι μέτριες. Τα αγόρια παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών της γλώσσας και της ομιλίας από ό,τι τα κορίτσια. Ως εκ τούτου, η πιθανότητα ένα αγόρι με πρόωμη καθυστέρηση να αναπτύξει διαταραχή είναι υψηλή.

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε δίγλωσσα περιβάλλοντα είναι ικανά να μαθαίνουν δύο γλώσσες ταυτόχρονα²⁶, ακόμη και τα παιδιά με αναπηρίες, όπως το σύνδρομο Down²⁷. Τα δίγλωσσα παιδιά μπορεί να έχουν φτωχότερο λεξιλόγιο σε καθεμία από τις γλώσσες τους από ό,τι τα μονόγλωσσα παιδιά, αν και το συνδυασμένο λεξιλόγιό τους θα πρέπει να είναι συγκρίσιμο σε μέγεθος με αυτό των μονόγλωσσων παιδιών²⁸. Μπορεί αρχικά να παρουσιάζουν ανάμειξη των δύο γλωσσών, αν και με την πάροδο του χρόνου επέρχεται διαχωρισμός τους²⁸.

Μια άλλη πηγή διακύμανσης είναι η σειρά γέννησης του παιδιού. Τα παιδιά που γεννήθηκαν αργότερα σε σειρά είναι πιθανό να ακούνε λιγότερο ενήλικες που απευθύνονται σε αυτά, αλλά είναι πιο πιθανό να κρυφακούσουν συζητήσεις μεταξύ ενηλίκων και των μεγαλύτερων αδελφών τους και να έχουν τα μεγαλύτερα αδέλφια ως πρότυπα²⁹. Συνολικά, οι μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά που γεννιούνται αργότερα δεν αποκτούν τη γλώσσα σε μεταγενέστερη ηλικία από ό,τι τα πρωτότοκα. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ακολουθούν την ίδια προσέγγιση στην αξιολόγηση και διαχείριση των παιδιών που γεννήθηκαν αργότερα, όπως κάνουν με τα παιδιά που γεννήθηκαν για πρώτη φορά με ανάλογες καθυστερήσεις.

7. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μια πρόσφατη ανασκόπηση διαπίστωσε ότι οι οικογενειακοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η εκπαίδευση και το επίπεδο ενασχόλησης των γονέων με τα παιδιά σχετίζονται με το ρυθμό γλωσσικής ανάπτυξης³⁰. Η κλασική παρατήρηση ότι η κοινωνική τάξη επηρεάζει τα γλωσσικά αποτελέσματα προήλθε από το έργο των Hart και Risley³¹, οι οποίοι υπολόγισαν τον αριθμό των λέξεων που άκουγαν τα παιδιά καταγράφοντας εβδομαδιαία δείγματα συνομιλιών στα σπίτια τους. Τα παιδιά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (SES) εκτέθηκαν σε 30 εκατομμύρια λιγότερες λέξεις από τα παιδιά με υψηλό SES. Πρόσφατες μελέτες που χρησιμοποίησαν ημερήσιες καταγραφές της γλώσσας στο σπίτι επιβεβαίωσαν ότι η ποσότητα της ομιλίας που ακούν τα παιδιά σε ηλικία 16 ή 18 μηνών προβλέπει τη λεξιλογική ανάπτυξη και την ταχύτητα γλωσσικής επεξεργασίας σε μεγαλύτερες ηλικίες^{32 33}. Κατά την ερμηνεία αυτών των περιβαλλοντικών επιδράσεων στη γλώσσα του παιδιού, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η πιθανότητα κοινής γενετικής διακύμανσης μεταξύ γονέα και παιδιού³⁴.

Έχει βρεθεί ωστόσο ότι ορισμένες καθυστερήσεις στην ανάπτυξη της γλώσσας και της ομιλίας είναι αναστρέψιμες. Για παράδειγμα τα βρέφη που μεγαλώνουν σε ορφανοτροφεία παρουσιάζουν σοβαρή καθυστέρηση στην ανάπτυξη της γλώσσας και της ομιλίας μαζί με πολλές άλλες σωματικές παθήσεις και αναπτυξιακές διαταραχές³⁵. Το πρόγραμμα «Bucharest Early Intervention Project»³⁶ απέδειξε ότι αυτές οι καταστροφικές συνέπειες μπορούν να εξαλειφθούν με την τοποθέτηση των παιδιών σε ανάδοχη οικογένεια πριν από την ηλικία των 15 μηνών. Οι δυσμενείς επιπτώσεις μετριάστηκαν μέσω της τοποθέτησης σε ανάδοχη οικογένεια πριν αλλά όχι μετά την ηλικία των 24 μηνών³⁶. Αυτά τα δεδομένα καταδεικνύουν την πλαστικότητα της γλώσσας στα πρώτα της στάδια.

8. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ

Τα αγόρια παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά καθυστερήσεων και διαταραχών της γλώσσας και του λόγου σε σχέση με τα κορίτσια³⁷. Το εύρημα αυτό μπορεί να αντανακλά γενετικές διαφορές, οι οποίες εμπλέκουν τα φυλετικά χρωμοσώματα. Το ανδρικό φύλο σχετίζεται με βλάβες στον πλακούντα³⁸. Μια άλλη πιθανότητα είναι ότι οι προγεννητικές ορμόνες, όπως η τεστοστερόνη, επιδρούν σημαντικά στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, επηρεάζοντας δομικά χαρακτηριστικά όπως η διαφορά μεταξύ αριστερού και δεξιού ημισφαιρίου³⁹.

Οι βιολογικοί παράγοντες αλληλοεπιδρούν με περιβαλλοντικούς παράγοντες για να εξηγήσουν τις διαφορές φύλου στη γλώσσα και την ομιλία. Τα κορίτσια προτιμούν να παραμένουν σε κοντινή απόσταση και να συμμετέχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με ενήλικες- τα αγόρια προτιμούν το ενεργό, σκληρό και ατίθασο παιχνίδι¹. Οι διαφορές φύλου αλληλεπιδρούν με το SES. Διαφορές αγοριών και κοριτσιών σε σχέση με το φύλο έχουν βρεθεί σε παιδιά με χαμηλό SES αλλά όχι με υψηλό SES²⁵. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά καθυστερούν να παραπέμψουν τα αγόρια με γλωσσικές καθυστερήσεις για θεραπεία με την υπόθεση ότι το παιδί θα προλάβει τελικά. Ωστόσο, δεδομένου ότι τα αγόρια διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για διαταραχές από ό,τι τα κορίτσια, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να παραπέμπουν για αξιολόγηση και θεραπεία όταν διαπιστώνεται καθυστέρηση.

9. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η γενετική ποικιλομορφία φαίνεται να είναι σημαντική για τη διακύμανση του πόσο γρήγορα και αποτελεσματικά μαθαίνουν τα παιδιά⁴⁰. Η μέση επίπτωση γλωσσικών διαταραχών βρέθηκε να είναι πάνω από 3 φορές υψηλότερη σε οικογένειες παιδιών με γλωσσικές διαταραχές από ό,τι σε οικογένειες χωρίς γλωσσικές διαταραχές⁴¹. Μελέτες διδύμων επιβεβαίωσαν ότι η συμφωνία των διαταραχών λόγου και ομιλίας είναι υψηλότερη στα μονοζυγωτικά απ' ό,τι στα διζυγωτικά δίδυμα. Η παρουσία μαθησιακών δυσκολιών στην οικογένεια θέτει επίσης τα παιδιά σε κίνδυνο για γλωσσικές διαταραχές⁴².

Οι πρώτες αναφορές που εντόπισαν μια συγκεκριμένη γενετική αλλοίωση που σχετίζεται με διαταραχές της γλώσσας και της ομιλίας προήλθαν από μελέτες μιας μεγάλης οικογένειας τριών γενεών, της λεγόμενης οικογένειας Κ.Ε., στην οποία περίπου τα μισά μέλη είχαν σύνθετες δυσκολίες λόγου. Μια απλή νουκλεοτιδική αλλαγή σε ένα γονίδιο που ονομάζεται FOXP2, το οποίο βρίσκεται στο χρωμόσωμα 7q31 διαφοροποίησε τα προσβεβλημένα και τα μη προσβεβλημένα μέλη της οικογένειας. Περιέργως, το γονίδιο αυτό ανήκει σε μια οικογένεια γονιδίων που ελέγχουν τη μεταγραφή άλλων γονιδίων και όχι την κωδικοποίηση χαρακτηριστικών. Μια θεωρία είναι ότι το FOXP2 επηρεάζει την έκφραση άλλων γονιδίων, όπως το CNTNAP2, το οποίο κωδικοποιεί μια νευρεξίνη και εκφράζεται στον αναπτυσσόμενο ανθρώπινο φλοιό. Η γενετική παραλλαγή στο CNTNAP2 έχει συσχετιστεί με γλωσσική δυσλειτουργία.

Εκτός από αυτά τα ευρήματα, είναι δύσκολο να εντοπιστούν συγκεκριμένα γονίδια που σχετίζονται με διαταραχές της γλώσσας και της ομιλίας⁴³. Είναι πιθανόν να εμπλέκονται πολλαπλά γονίδια⁴⁴ ή ότι παρά τις συμπεριφορικές ομοιότητες, οι διαταραχές είναι ετερογενείς, καθεμία με ξεχωριστή γενετική αιτιολογία. Οι αποφάσεις σχετικά με τις γενετικές εξετάσεις για παιδιά με διαταραχές λόγου και ομιλίας θα πρέπει να εξατομικεύονται, με βάση τον φαινότυπο, τη βαρύτητα των συμπτωμάτων, το οικογενειακό ιστορικό και άλλους συναφείς παράγοντες.

10. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΚΑΙ ΟΜΙΛΙΑΣ

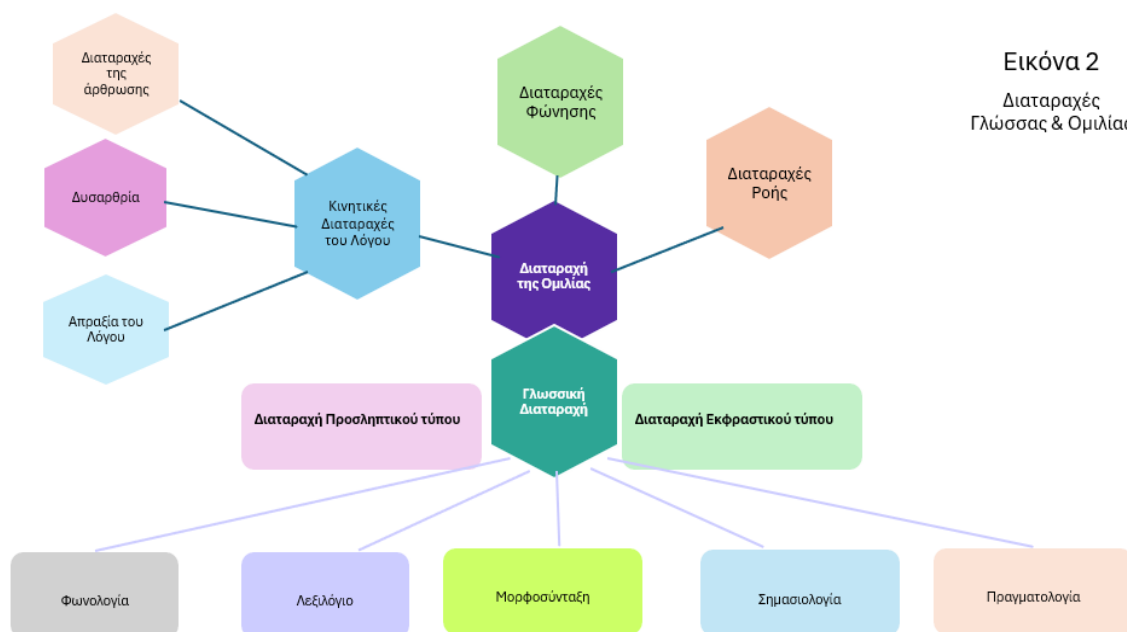
Οι λέξεις "γλώσσα" και "ομιλία" χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά στις καθημερινές συζητήσεις, αλλά στο πλαίσιο των διαταραχών επικοινωνίας είναι σημαντικό να τονιστούν οι διαφορές μεταξύ τους.

Η γλώσσα αναφέρεται στον κώδικα ή στο σύστημα συμβόλων για τη μετατροπή μη παρατηρήσιμων νοητικών γεγονότων, όπως οι σκέψεις και οι αναμνήσεις, σε γεγονότα που μπορούν να γίνουν αντιληπτά από άλλους ανθρώπους. Το να είσαι ικανός χρήστης της γλώσσας απαιτεί δύο βασικές ικανότητες. Η μία, γνωστή ως εκφραστική γλώσσα ή γλωσσική παραγωγή, είναι η ικανότητα να κωδικοποιεί κανείς τις ιδέες του σε γλωσσικές μορφές και σύμβολα. Η άλλη, γνωστή ως προσληπτική γλώσσα ή γλωσσική κατανόηση, είναι η ικανότητα κατανόησης των νοημάτων που οι άλλοι έχουν εκφράσει χρησιμοποιώντας τη γλώσσα. Οι άνθρωποι συνήθως εκφράζονται μιλώντας και κατανοούν τα νοήματα των άλλων ακούγοντας. Ωστόσο, η γλώσσα μπορεί επίσης να εκφραστεί και να κατανοηθεί με άλλους τρόπους - για παράδειγμα, με την ανάγνωση, τη γραφή και τη νοηματική⁴⁵.

Η ομιλία έχει στενότερη έννοια από τη γλώσσα, επειδή αναφέρεται συγκεκριμένα στους ήχους που παράγονται από τον στοματικό μηχανισμό, συμπεριλαμβανομένων των χειλιών, της γλώσσας, των φωνητικών χορδών και των σχετικών δομών⁴⁶. Η ομιλία είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος μετάδοσης της γλώσσας και, σε αντίθεση με τη γλώσσα, μπορεί να παρατηρηθεί άμεσα. Οι διαταραχές του λόγου μερικές φορές εξισώνονται λανθασμένα με τις γλωσσικές διαταραχές, και αντίστροφα, η φυσιολογική ομιλία μερικές φορές θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει τη φυσιολογική γλώσσα. Στην πραγματικότητα, οι διαταραχές του λόγου και οι γλωσσικές διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν χωριστά ή μαζί. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να έχει διαταραχή του λόγου, όπως εξαιρετικά κακή άρθρωση, αλλά να έχει άθικτες γλωσσικές δεξιότητες. Ένα άλλο παιδί μπορεί να έχει μια γλωσσική διαταραχή, όπως εξαιρετικά κακή κατανόηση, αλλά να είναι σε θέση να παράγει κανονικά ήχους ομιλίας. Τέλος, ορισμένα παιδιά έχουν τόσο γλωσσικές διαταραχές όσο και διαταραχές λόγου. Σε μικρά παιδιά που παράγουν ελάχιστα ή καθόλου λόγο, μπορεί να είναι δύσκολο να προσδιοριστεί αν υπάρχει διαταραχή του λόγου, γλωσσική διαταραχή ή και τα δύο. Η πρόωμη παρέμβαση για τα παιδιά αυτά έχει γενικά σχεδιαστεί για να διευκολύνει τόσο τις γλωσσικές όσο και τις ομιλητικές δεξιότητες. Όταν τα παιδιά φτάσουν σε μια ηλικία που επιτρέπει την αξιολόγηση κάθε περιοχής ξεχωριστά, καθίσταται δυνατό να περιοριστεί η εστίαση της θεραπείας ανάλογα με το αν διαπιστώνονται ελλείμματα μόνο στον λόγο, μόνο στη γλώσσα ή και στα δύο.

Η δευτερογενής ή τριτογενής πρόληψη βασίζεται στην έγκαιρη ανίχνευση των διαταραχών γλώσσας και ομιλίας και στην άμεση θεραπεία, επειδή η έγκαιρη θεραπεία συνδέεται γενικά με

καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με την καθυστερημένη θεραπεία. Οι γλωσσικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν ελλείψεις στην ικανότητα έκφρασης ή κατανόησης της ανθρώπινης επικοινωνίας. Οι καθυστερήσεις γίνονται διαταραχές όταν επιμένουν μέχρι τη σχολική ηλικία, ακολουθούν διαφορετικές αναπτυξιακές πορείες, είναι σοβαρές ή/και επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργικότητα. Μια ταξινόμηση των γλωσσικών διαταραχών τις υποδιαιρεί σε προσληπτικές, εκφραστικές και μικτές εκφραστικές-προσληπτικές γλωσσικές διαταραχές. Ωστόσο, αυτό το σύστημα ταξινόμησης μπορεί να μην είναι ακριβές. Οι δυσκολίες στη γλωσσική έκφραση μπορεί να συνοδεύονται από περιορισμούς στην κατανόηση και την επεξεργασία της γλώσσας που είναι ανεπαίσθητοι και πιο δύσκολο να εντοπιστούν από τα προβλήματα έκφρασης. Μια εναλλακτική ταξινόμηση των διαταραχών της γλώσσας βασίζεται στις πτυχές της γλώσσας που επηρεάζονται (Εικόνα 2), με υποσυνιστώσες της φωνολογίας (το σύστημα των ήχων του λόγου), του λεξικού (λεξιλόγιο), της σύνταξης (γραμματική), της σημασιολογίας (νόημα) και της πραγματολογίας (κοινωνικές πτυχές της γλώσσας που λαμβάνουν υπόψη τον ομιλητή και το πλαίσιο). Οι διαταραχές του λόγου μπορούν επίσης να επηρεάσουν ένα ή περισσότερα υποστοιχεία (Εικόνα 2), αντιπροσωπεύοντας δυσκολίες με τους ήχους της ομιλίας, τη φωνητική ποιότητα και τον συντονισμό και/ή τη ρευστότητα.



10.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

Η ομιλία αναφέρεται στην παραγωγή ήχων μέσω συντονισμένων κινήσεων του στοματικού μηχανισμού. Απαιτεί το συντονισμό της ανάσας (αναπνοή) με τις κινήσεις που παράγουν τη φωνή (φώνηση) και τους ήχους (άρθρωση). Η αναπνοή παράγει ένα ρεύμα, το οποίο τίθεται σε δόνηση από τους λαρυγγικούς μηχανισμούς (φωνητικές χορδές) για να εκφέρει ως αποτέλεσμα τη φωνή. Οι εξαιρετικά συγχρονισμένες και συντονισμένες κινήσεις των μηχανισμών άρθρωσης (γνάθων, χειλιών, γλώσσας, μαλακής υπερώας, δοντιών λάρυγγα και φάρυγγα), τροποποιούν στη συνέχεια αυτό το φωνητικό ρεύμα για να δώσουν τους ήχους ομιλίας ή τα φωνήματα της μητρικής γλώσσας του ομιλητή⁴⁷. Οι διαταραχές του λόγου είναι ελλείμματα που μπορεί να εμποδίζουν την παραγωγή ομιλίας ή να έχουν ως αποτέλεσμα ομιλία που δεν μπορεί να γίνει κατανοητή ή να έχει άλλου είδους δυσκολίες.

Αυτή η ευρεία κατηγορία περιλαμβάνει τρεις κύριες υποκατηγορίες:

- διαταραχές του ήχου της ομιλίας (διαταραχές άρθρωσης, δυσαρθρία και παιδική απραξία του λόγου),
- διαταραχές της φωνής και
- τραυλισμός.

Οι διαταραχές του ήχου της ομιλίας, που συχνά αποκαλούνται διαταραχές άρθρωσης ή φωνολογικές διαταραχές, είναι ελλείμματα στην παραγωγή μεμονωμένων ήχων, που προκαλούνται από ανεπαρκή σχεδιασμό, έλεγχο ή συντονισμό των δομών του στοματικού μηχανισμού. Η δυσαρθρία είναι μια διαταραχή που προκαλείται από ιατρικές παθήσεις που βλάπτουν τους μύες ή τα νεύρα που ενεργοποιούν τον στοματικό μηχανισμό⁴⁷. Η δυσαρθρική ομιλία μπορεί να είναι δύσκολα κατανοητή ως αποτέλεσμα των κινήσεων της ομιλίας που είναι αδύναμες, ανακριβείς ή παράγονται με ασυνήθιστα αργούς ή γρήγορους ρυθμούς^{48,49}. Νευρομυϊκές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων εγκεφαλικών επεισοδίων, λοιμώξεων, εγκεφαλικής παράλυσης και τραύματος, μπορεί να προκαλέσουν δυσαρθρία. Μια άλλη σπάνια διαταραχή του ήχου της ομιλίας, η παιδική απραξία του λόγου, προκαλείται από δυσκολία στην οργάνωση των κινήσεων της ομιλίας. Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή μπορεί να καθυστερούν να μάθουν τους αναμενόμενους για την ηλικία τους ήχους ή μπορεί να είναι ικανά να παράγουν μεμονωμένους ήχους ομιλίας, αλλά να αποτυγχάνουν να παράγουν σωστά τους ίδιους ήχους όταν προσπαθούν να τους χρησιμοποιήσουν σε λέξεις, φράσεις ή προτάσεις.

Τα προβλήματα λόγου μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της ζωής. Για παράδειγμα, μπορεί να παρεμποδίζουν την καθημερινή επικοινωνία, προκαλώντας δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση. Έχει αναφερθεί ότι περίπου το 50% έως 70% των παιδιών με φωνολογική διαταραχή παρουσιάζουν γενική δυσκολία μέχρι τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση⁵⁰. Αυτό θα

μπορούσε να μειώσει την αυτοεκτίμηση, η οποία με τη σειρά της θα μπορούσε να επηρεάσει την ποιότητα ζωής. Υπολογίζεται ότι περίπου το 7,5% των παιδιών ηλικίας μεταξύ 3 και 11 ετών παρουσιάζουν κλινικά σημαντικές φωνολογικές διαταραχές⁵¹. Τα παιδιά με αναπτυξιακές φωνολογικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που παρακολουθούν οι λογοπεδικοί, σχεδόν το ήμισυ του τυπικού φόρτου εργασίας των κλινικών στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστραλία⁵². Στις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 92% των λογοπεδικών στα σχολεία παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες σε παιδιά με φωνολογικές διαταραχές⁵³.

Οι διαταραχές της φωνής (γνωστές και ως δυσφωνίες) εμφανίζονται όταν οι δομές του λάρυγγα, συμπεριλαμβανομένων των φωνητικών χορδών, δεν λειτουργούν σωστά⁵⁴. Για παράδειγμα, μια φωνή που ακούγεται βραχνή ή λαχανιασμένη μπορεί να οφείλεται σε όγκους στις φωνητικές χορδές, αλλεργίες, παράλυση, μόλυνση ή υπερβολική φωνητική κατάχρηση κατά την ομιλία. Η αδυναμία παραγωγής οποιουδήποτε ήχου (αφωνία), μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή, λοίμωξη ή τραυματισμό των φωνητικών χορδών.

Ο τραυλισμός (διαταραχή ροής) είναι μια διαταραχή της ομιλίας που διαταράσσει την ικανότητα του ατόμου να μιλά όσο ομαλά επιθυμεί. Η δυσχέρεια στην ομιλία περιέχει επαναλήψεις ήχων, λέξεων και φράσεων, καθώς και ακούσιες διακοπές ή "μπλοκαρίσματα". Ο σοβαρός τραυλισμός μπορεί ουσιαστικά να εμποδίσει το άτομο να μιλήσει - μπορεί επίσης να οδηγήσει σε άλλες μη φυσιολογικές σωματικές και συναισθηματικές συμπεριφορές, καθώς ο ομιλητής αγωνίζεται να τερματίσει ένα συγκεκριμένο μπλοκάρισμα ή να αποφύγει τα μπλοκαρίσματα στο μέλλον⁵⁵.

10.2 ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η γλώσσα αναφέρεται στο σύστημα συμβόλων για την αναπαράσταση ιδεών με διάφορους τρόπους, όπως η ακοή και η ομιλία, η ανάγνωση και η γραφή. Η γλώσσα μπορεί επίσης να αναφέρεται στην ικανότητα ερμηνείας και παραγωγής οπτικοκινητικής επικοινωνίας, όπως η νοηματική γλώσσα. Οι γλωσσικές διαταραχές παρεμβαίνουν στην ικανότητα ενός παιδιού να κατανοεί ή να παράγει λόγο⁵⁶. Τα παιδιά με διαταραχές της εκφραστικής γλώσσας δυσκολεύονται να διατυπώσουν τις ιδέες τους χρησιμοποιώντας τη γλώσσα. Τα παιδιά με διαταραχές της προσληπτικής γλώσσας δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα μηνύματα που κωδικοποιούνται στη γλώσσα. Τα παιδιά με εκφραστικές-προσληπτικές γλωσσικές διαταραχές έχουν δυσκολία τόσο στην κατανόηση όσο και στην παραγωγή μηνυμάτων.

Οι γλωσσικές διαταραχές μπορούν επίσης να ταξινομηθούν ανάλογα με το αν επηρεάζουν την πραγματολογία, τη σημασιολογία ή τη γραμματική. Πραγματολογικές γλωσσικές διαταραχές μπορεί να παρατηρηθούν σε παιδιά που γενικά στερούνται δεξιότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης⁵⁷. Ένα παιδί με προσληπτικού τύπου πραγματολογική γλωσσική διαταραχή μπορεί να δυσκολεύεται να κατανοήσει μηνύματα που περιλαμβάνουν αφηρημένες ιδέες, όπως ιδιωτισμούς, μεταφορές και ειρωνεία. Ένα παιδί με εκφραστικού τύπου πραγματολογική διαταραχή μπορεί να δυσκολεύεται να παράγει μηνύματα που είναι κοινωνικά κατάλληλα για έναν συγκεκριμένο ακροατή ή πλαίσιο. Ένα παιδί με προσληπτική σημασιολογική διαταραχή μπορεί να μην κατανοεί τόσες λέξεις όσες αναμένονται για την ηλικία του, ενώ ένα παιδί με εκφραστική σημασιολογική διαταραχή μπορεί να δυσκολεύεται να παράγει τη σωστή λέξη για να μεταφέρει με ακρίβεια το επιδιωκόμενο νόημα. Ένα παιδί με ελλείμματα στη γραμματική μπορεί να μην καταλαβαίνει τις διαφορές μεταξύ των καταλήξεων που δηλώνουν έννοιες όπως παρελθόν (περπάτησα) ή παρόν (περπατώ), ή μπορεί να μην κατανοεί σύνθετες προτάσεις (π.χ. Ο άνδρας που είδε το αγόρι, έτρεχε μακριά). Παρομοίως, ένα παιδί με εκφραστική γραμματική διαταραχή μπορεί να παράγει σύντομες, ελλιπείς προτάσεις που στερούνται τις γραμματικές καταλήξεις ή τις δομές που είναι απαραίτητες για να εκφράσουν ιδέες με σαφήνεια ή πληρότητα.

Οι γλωσσικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν οποιοδήποτε από αυτά τα υποσυστήματα, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό. Για παράδειγμα, παιδιά με σοβαρά πραγματολογικά ελλείμματα μπορεί να εμφανίζονται αδιάφορα για την επικοινωνία με άλλα άτομα. Άλλα παιδιά μπορεί να προσπαθούν να επικοινωνήσουν, αλλά να πάσχουν από διαταραχές στη σημασιολογία που τα εμποδίζουν να ανακαλέσουν τις λέξεις που χρειάζονται για να εκφράσουν τα μηνυμάτα τους. Άλλα παιδιά έχουν φυσιολογικές πραγματολογικές δεξιότητες και λεξιλόγιο, αλλά όταν προσπαθούν να συνδυάσουν λέξεις σε φράσεις και προτάσεις, να κάνουν γραμματικά λάθη.

11. ΕΙΔΙΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (SLI) vs ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (DLD)

Τα παιδιά με γλωσσικές διαταραχές αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά την αξιολόγησή τους. Εκτός του ότι οι δυσκολίες δεν αναγνωρίζονται επαρκώς, δεν υπάρχει επίσης συναίνεση του τρόπου με τον οποίο πρέπει να χαρακτηρίζονται οι μοναδικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά. Το τελευταίο φόρουμ από το Perspectives of the ASHA Special Interest Groups⁵⁸ εστιάζει σε δύο συχνά χρησιμοποιούμενους όρους - την ειδική γλωσσική διαταραχή (SLI) και την αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή (DLD).

Οι όροι SLI και DLD έχουν δύο διαφορετικούς, αλλά όχι αταίριαστους, ορισμούς. Τα παιδιά με SLI -όρος που χρησιμοποιείται από τη δεκαετία του 1980- έχουν γλωσσική διαταραχή που δεν βασίζεται σε γνωστή ιατρική πάθηση και έχουν μη-λεκτικό δείκτη νοημοσύνης μεγαλύτερο από 85. Τα παιδιά με DLD -όρος που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1961 αλλά φαίνεται να επικρατεί ιδιαίτερα από το 2017 κι έπειτα- έχουν γλωσσική διαταραχή που δεν συνδέεται με μια γνωστή ιατρική πάθηση, όπως εγκεφαλική παράλυση, νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, διαταραχή του φάσματος του αυτισμού ή νοητική αναπηρία, αν και μπορεί να έχουν μη λεκτική βαθμολογία IQ χαμηλότερη από 85⁵⁹.

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 ερευνητές άρχισαν να θέτουν ερωτήματα σχετικά με τη χρησιμότητα και την εγκυρότητα του όρου SLI. Το 2015, η Dorothy Bishop⁶⁰, καθηγήτρια αναπτυξιακής νευροψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, συντόνισε μια διεθνή ομάδα 57 εμπειρογνομόνων από έξι χώρες στο πλαίσιο του προγράμματος CATALISE⁶¹ (Criteria and Terminology Applied to Language Impairments: Synthesizing the Evidence). Η ομάδα, μέσω ανώνυμων ερωτηματολογίων και ανατροφοδοτήσεων κατέληξε σε συμφωνία σε ποσοστό τουλάχιστον 78% (44 στους 57) σχετικά με τη συνιστώμενη ορολογία και τα διαγνωστικά κριτήρια. Όσον αφορά την SLI, πρότειναν ότι:

- Η SLI επινοήθηκε από τους ερευνητές αλλά δεν έχει σχεδιαστεί για κλινικούς σκοπούς.
- Ο μη λεκτικός δείκτης νοημοσύνης δεν φαίνεται να διακρίνει υποκατηγορίες παιδιών με γλωσσικές διαταραχές.
- Ο αυστηρός ορισμός της SLI μπορεί να αποκλείσει παιδιά που χρειάζονται παρεμβάσεις.

Αποφάσισαν ότι ο γενικός όρος "γλωσσική διαταραχή" (ΓΔ) αναφέρεται σε παιδιά με δυσκολίες στην επικοινωνία ή τη μάθηση στην καθημερινή ζωή και που είναι απίθανο να επιλυθούν από μόνα τους, με βάση προηγούμενες έρευνες. Δεν περιλαμβάνονται παιδιά κάτω των 5 ετών,

φωνολογικές διαταραχές, ή οι γλωσσικοί περιορισμοί λόγω περιορισμών έκθεσης στη μητρική γλώσσα.

Στην ομπρέλα των ΓΔ περιλαμβάνονται δύο υποομάδες:

- Τα παιδιά που έχουν μια πάθηση που μπορεί να επηρεάσει τη γλωσσική τους ανάπτυξη, όπως το σύνδρομο Down, η νοητική αναπηρία ή η νευροαισθητήρια απώλεια ακοής. Για αυτά τα παιδιά, η επιτροπή συνιστά τη διάγνωση "γλωσσική διαταραχή που σχετίζεται με X" (όπου X είναι η ιατρική πάθηση).
- Παιδιά με "αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή" (DLD), στα οποία οι γλωσσικές δυσκολίες δεν συνδέονται με γνωστή βιοϊατρική πάθηση, όπως εγκεφαλική παράλυση, νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, ΔΦΑ ή νοητική αναπηρία. Η DLD μπορεί να συνυπάρχει με διαταραχές στους τομείς της προσοχής, του κινητικού συντονισμού, του γραμματισμού, του λόγου, της συμπεριφοράς ή των συναισθημάτων, της εκτελεστικής λειτουργίας ή της ακουστικής επεξεργασίας. Η διάγνωση της DLD δεν απαιτεί αναντιστοιχία μεταξύ λεκτικών και μη λεκτικών ικανοτήτων.

12. ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (DLD)

Η αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή (DLD) είναι μια μία από τις πιο κοινές νευροαναπτυξιακές διαταραχές που εμφανίζεται στην πρώιμη παιδική ηλικία και συχνά επιμένει στην ενήλικη ζωή. Ωστόσο έχει λάβει σχετικά μικρό ερευνητικό ενδιαφέρον σε σύγκριση με το φάσμα του αυτισμού (ASD) και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ADHD)⁶².

Τα άτομα με DLD αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην εκμάθηση, κατανόηση και χρήση του προφορικού λόγου. Έχουν δυσκολία με τις καταλήξεις των ρημάτων, τη σύνταξη των προτάσεων, συχνά χρησιμοποιούν λανθασμένα τις αντωνυμίες. Καθώς μεγαλώνουν, μπορεί να αποφεύγουν τις σύνθετες προτάσεις, να έχουν προβλήματα στην ανάκληση της κατάλληλης λέξης, να μην χρησιμοποιούν αφηρημένη γλώσσα με αποτέλεσμα να είναι παθητικοί στις συζητήσεις. Η ικανότητα να μπορείς να εκφράζεσαι με ευχέρεια και να καταλαβαίνεις γρήγορα αυτά που λένε οι άλλοι μπορεί να έχει μεγάλο αντίκτυπο στις κοινωνικές σχέσεις. Σύμφωνα με τη μελέτη Manchester Language Study, το 40% των ατόμων με DLD ως την ηλικία των 16 ετών αντιμετώπισαν δυσκολίες στην αλληλεπίδρασή τους με συνομηλίκους⁶³, το 50% των ατόμων με DLD ηλικίας 16 ετών ανακαλούν το ότι έπесαν θύματα εκφοβισμού στην παιδική τους ηλικία (σε σύγκριση με εφήβους τυπικής ανάπτυξης) και το 13% των ατόμων με DLD συνεχίζουν να δέχονται εκφοβισμό από την παιδική τους ηλικία και έκτοτε⁶⁴. Ως ενήλικες, οι επιλογές απασχόλησής τους μπορεί να μειωθούν. Μπορεί να αποφεύγουν πεδία με έντονα λεκτικά χαρακτηριστικά, να δυσκολεύονται να διαπραγματευτούν στην εργασία τους ή να μιλήσουν σε συναντήσεις ή συζητήσεις. Με εκτιμώμενο επιπολασμό 7,58%^{65,66}, η DLD είναι σχεδόν 7 φορές πιο συχνή από τη διαταραχή του φάσματος του αυτισμού (ΔΑΦ- επιπολασμός = 1,1%)⁶⁷ και 46 φορές πιο συχνή από τη μόνιμη παιδική βαρηκοΐα (επιπολασμός = 0,165%)⁶⁸. Οι αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές είναι συχνές στην παιδική ηλικία και, αν και υπάρχει σύγχυση σχετικά με την ορολογία⁶⁹, έχει αναφερθεί ότι ο επιπολασμός τους υπολογίζεται σε περίπου 7% σε παιδιά ηλικίας νηπιαγωγείου⁷⁰. Το κύριο χαρακτηριστικό της Αναπτυξιακής Γλωσσικής Διαταραχής (DLD) είναι η επίμονη γλωσσική καθυστέρηση και οι δυσκολίες που επηρεάζουν την καθημερινή επικοινωνία. Επιπλέον, οι γλωσσικές ικανότητες ενός παιδιού με DLD είναι φτωχότερες από τις αναμενόμενες για τη χρονολογική του ηλικία^{71,72}.

Αν και η DLD διαγιγνώσκεται συχνότερα στην παιδική ηλικία, οι δυσκολίες δεν περιορίζονται σε αυτή την αναπτυξιακή περίοδο. Αντίθετα, οδηγεί συχνά σε μαθησιακές δυσκολίες⁷³ και μπορεί να συνεχίσει να περιορίζει τις κοινωνικές, ακαδημαϊκές και επαγγελματικές δραστηριότητες του ατόμου ακόμη και μετά την εφηβεία και την ενηλικίωση. Η αρχική διάγνωση μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου – μια καθυστέρηση λόγου στα 3 έτη μπορεί να χαρακτηριστεί ως DLD στα 6 έτη και ως μαθησιακή δυσκολία στα 15 έτη. Σε σύγκριση με άλλους

μαθητές, τα άτομα με DLD έχουν 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν δυσκολίες στην ανάγνωση, 6 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν σημαντικά προβλήματα ορθογραφίας, 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να δυσκολεύονται με τα μαθηματικά και 12 φορές περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίζουν και τις τρεις αυτές δυσκολίες μαζί⁷⁴. Τα άτομα που έχουν DLD έχουν 6 φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άλλους να εμφανίσουν κλινικά επίπεδα άγχους και 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη⁷⁵. Τα κορίτσια με DLD έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να κακοποιηθούν σεξουαλικά⁷⁶ ενώ τα αγόρια με DLD έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν παραβατική συμπεριφορά⁷⁷. Μια πρόσφατη μελέτη εφήβων σε αναμορφωτήριο διαπίστωσε ότι οι φτωχότερες γλωσσικές δεξιότητες συσχετίστηκαν με αυξημένα επίπεδα μεταγενέστερης εγκληματικής συμπεριφοράς⁷⁸.

Συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε DLD δεν είναι γνωστοί. Σε πολλές περιπτώσεις, αναφέρεται ότι οι αναπτυξιακές γλωσσικές διαταραχές οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες⁷⁹. Σε νευρολογικό επίπεδο, συχνά επηρεάζονται οι περιοχές του εγκεφάλου που συμβάλλουν στη γλωσσική επεξεργασία⁸⁰ ωστόσο, δεν είναι γνωστοί οι ακριβείς μηχανισμοί που οδηγούν στην πρόκληση της DLD. Μπορεί να υπάρχουν λεπτές διαφορές σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου και στο ποσοστό της φαιάς ουσίας, αλλά αυτό το εύρημα δεν είναι συνεπές. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κανένας ‘βιοδείκτης’ για την DLD⁸¹. Η DLD τείνει να απαντάται σε οικογένειες. Μελέτες διδύμων δείχνουν μια ισχυρή γενετική επίδραση, αλλά αυτό φαίνεται να αντανakλά την επίδραση πολλών γονιδίων, παρά μια συγκεκριμένη μετάλλαξη⁸². Το εγγύς περιβάλλον του παιδιού, η αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού, καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά του μπορεί να επηρεάσουν τόσο τη γλωσσική ανάπτυξη όσο και την ανταπόκριση στην παρέμβαση^{83,84}. Όσον αφορά τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά με γλωσσικές δυσκολίες είναι λιγότερο επίμονα ως προς την ιδιοσυγκρασία τους σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης⁸⁵. Ωστόσο, δεν υπάρχουν προηγούμενες έρευνες σχετικά με τις επιδράσεις της αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού που να εστιάζουν ειδικά στη γλωσσική ανάπτυξη, ούτε έχει αξιολογηθεί διεξοδικά η ιδιοσυγκρασία σε διαχρονικό πλαίσιο. Η συχνά αναφερόμενη άποψη ότι η DLD οφείλεται στην περιορισμένη ομιλία των γονέων στα παιδιά τους δεν έχει επιστημονική τεκμηρίωση.

13. DLD ΚΑΙ ΓΟΝΕΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι αναμενόμενο οι δυσκολίες τους να επηρεάζουν τους γονείς. Με βάση το Μοντέλο Συνδιαλλαγής του Sameroff⁵⁷ οι αναπτυξιακές εκβάσεις θεωρούνται αποτέλεσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ της συμπεριφοράς του παιδιού, της απάντησης των γονέων σε αυτή και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο το ίδιο το παιδί όσο και τους γονείς. Μια συγκεκριμένη συμπεριφορά του παιδιού προκαλεί μια συγκεκριμένη ερμηνεία από το γονέα, η οποία με τη σειρά της προκαλεί την απάντηση του γονέα. Στην περίπτωση των παιδιών με DLD, η συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να επηρεάζεται από την δυσκολία του να κατανοήσει μια εντολή ή από τη ματαιώση να γίνει κατανοητό. Στη συνέχεια το παιδί μπορεί να εμφανίσει μια «προκλητική» συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα, η οποία αυξάνει το γονεϊκό στρες. Επιπλέον, ο γονέας μπορεί ακόμη και να περιορίσει τις προσπάθειες του να αλληλοεπιδράσει με το παιδί⁸⁶. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι οικογένειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες που σχετίζονται με την ανατροφή τους. Το άγχος για το γονεϊκό ρόλο αποτελεί άλλωστε προγνωστικό παράγοντα συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά^{86,87}.

Η γονεϊκότητα θεωρείται μια ανταποδοτική αλλά και ταυτόχρονα απαιτητική εμπειρία, και το γονεϊκό άγχος φαίνεται να είναι μάλλον ο κανόνας παρά η εξαίρεση^{88,89}. Η διαδικασία της προσπάθειας προσαρμογής στις απαιτήσεις της γονεϊκότητας οδηγεί σε αντιδράσεις που φέρουν ως αποτέλεσμα γονεϊκό στρες⁹⁰. Τα επίπεδα γονεϊκού στρες εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της αναπτυξιακής κατάστασης και της συμπεριφοράς του παιδιού^{69,91,92}. Για παράδειγμα, τα επίπεδα γονικού άγχους γενικά, είναι υψηλότερα μεταξύ των γονέων παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές σε σχέση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης⁹³. Μια πρόσφατη μελέτη⁹¹ έδειξε ότι οι γονείς παιδιών με νευροαναπτυξιακές διαταραχές ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα γονεϊκού άγχους σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Αυτό το εύρημα της μελέτης δεν αφορούσε μόνο τις Διαταραχές του Φάσματος του Αυτισμού (ΔΦΑ) ή τις Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), αλλά και τις Ειδικές Μαθησιακές Διαταραχές (ΕΜΔ) και τις Γλωσσικές Διαταραχές (ΓΔ).

Εκτός από τη διαταραχή των δεξιοτήτων λεκτικής επικοινωνίας, τα παιδιά που διαγιγνώσκονται με DLD κινδυνεύουν από συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα, καθώς και από μειωμένη ακαδημαϊκή και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα⁹⁴⁻⁹⁷. Τόσο οι γλωσσικές δεξιότητες όσο και η συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να επηρεάσουν τις αντιδράσεις των γονέων⁹⁸. Οι γονείς μπορεί να αισθάνονται ανίκανοι και με έλλειψη εμπιστοσύνης όταν η επικοινωνία με το παιδί τους διαταράσσεται λόγω γλωσσικών προβλημάτων. Επιπλέον, τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών μπορεί να προκαλέσουν σκέψεις ανικανότητας και

απογοήτευσης λόγω της αυξημένης δυσκολίας διαχείρισης της συμπεριφοράς και τελικά σε αρνητική γονεϊκή συμπεριφορά^{98,99}. Αυτές οι γονεϊκές αντιδράσεις, με τη σειρά τους, επηρεάζουν τις αντιδράσεις των παιδιών, αντανakλώντας την αμοιβαία φύση της ανάπτυξης, της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς. Δεδομένου ότι η DLD μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην επικοινωνία γονέα-παιδιού, μπορεί επίσης να προκαλέσει άγχος στους γονείς. Πράγματι, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι μητέρες παιδιών με γλωσσικά προβλήματα έχουν αυξημένο γονεϊκό στρες σε σύγκριση με τις μητέρες παιδιών με τυπική γλωσσική ανάπτυξη¹⁰⁰. Αυτό είναι ένα σταθερό εύρημα σε όλες τις μελέτες^{101,102} στα νήπια- οι γονείς των νηπίων με γλωσσική καθυστέρηση αναφέρουν υψηλότερο γονεϊκό στρες σε σύγκριση με τους γονείς των νηπίων με τυπική ανάπτυξη. Αυτό έχει αναφερθεί σε πολύ μικρά παιδιά (18-23 μηνών) με φτωχό εκφραστικό λόγο- οι μητέρες τους ήταν πιο πιθανό να ανησυχούν για τη γλωσσική ανάπτυξη. Μια άλλη μελέτη¹⁰³ διαπίστωσε ότι οι μητέρες νηπίων με γλωσσική καθυστέρηση θεωρούσαν τη σχέση με το παιδί τους πιο αγχωτική σε σύγκριση με τις μητέρες νηπίων χωρίς γλωσσικά προβλήματα. Στην ίδια μελέτη, οι μητέρες των νηπίων με γλωσσική καθυστέρηση ανέφεραν επίσης υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών αλληλεπιδράσεων με το παιδί τους, στη μέτρηση του γονικού στρες, σε σύγκριση με την ίδια ομάδα ελέγχου. Αν και η βιβλιογραφία δεν επεκτείνεται στο γονεϊκό άγχος και τη DLD, μια αυστραλιανή μελέτη¹⁰⁴ διαπίστωσε ότι το άγχος της μητέρας δεν διέκρινε τις ομάδες μητέρων παιδιών με DLD και μητέρων παιδιών χωρίς DLD. Επιπλέον, οι γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με γλωσσικά προβλήματα μπορεί να αισθάνονται ανασφαλείς και ανήμποροι στη γονεϊκότητα, αυξάνοντας, επομένως, το γονεϊκό τους στρες λόγω του αισθήματος ανικανότητας όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας με το παιδί τους^{98,99}. Επιπλέον, έχει επίσης αναφερθεί ότι η γλωσσική ανάπτυξη μπορεί να επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το γονεϊκό στρες¹⁰⁵. Αν και το θέμα αυτό δεν έχει μελετηθεί ευρέως, είναι γνωστό ότι το άγχος που αναφέρουν οι γονείς σχετίζεται με τα γλωσσικά προβλήματα των παιδιών τους¹⁰¹. Τέλος, είναι επίσης γνωστό ότι το άγχος των γονέων μπορεί να επηρεάσει τις αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού και αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στη γλωσσική ανάπτυξη¹⁰⁶.

14. ΑΝΤΙΑΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ DLD

Εκτός του άγχους, ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς σκέφτονται και κατανοούν τη διαταραχή των παιδιών τους είναι πολύ σημαντικός καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο την αντιμετωπίζουν. Για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες αυτές οι γονείς δημιουργούν τις δικές τους προσωπικές αναπαραστάσεις για τη διαταραχή. Οι αναπαραστάσεις της ασθένειας, δηλαδή ένα σύνολο πεποιθήσεων σχετικά με τη φύση μιας ασθένειας, μπορεί να επηρεάσουν την αντιμετώπιση της ασθένειας από το άτομο, την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τις συναισθηματικές αντιδράσεις¹⁰⁷. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο θεωρητικό πλαίσιο για την έρευνα στο παραπάνω πεδίο είναι το «αυτο-ρυθμιζόμενο» (self-regulatory) μοντέλο που ανέπτυξαν οι Leventhal και συν. με σκοπό να περιγράψουν τη διαδικασία με την οποία τα άτομα ανταποκρίνονται σε μια απειλή στην υγεία τους¹⁰⁸. Σύμφωνα με το μοντέλο, τα «συμπτώματα» δημιουργούν γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της νόσου ή της απειλής. Η έρευνα έχει ταυτοποιήσει 5 συνιστώσες των γνωστικών αναπαραστάσεων της νόσου¹:

- 1) την ταυτότητα (identity), η οποία αναπαριστά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο περιγράφει την νόσο και τα συμπτώματα τα οποία θεωρεί ως μέρος της νόσου,
- 2) τις συνέπειες (consequences), οι οποίες αναπαριστούν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την έκβαση της νόσου,
- 3) η διάρκεια (timeline), η οποία αναπαριστά το πόσο πιστεύει ο ασθενής ότι θα διαρκέσει η νόσος,
- 4) την αιτία (cause), η οποία αναπαριστά τις προσωπικές ιδέες σχετικά με το τι ευθύνεται για τη νόσο και
- 5) τον έλεγχο (control) ο οποίος αναπαριστά τον βαθμό κατά τον οποίο ο ασθενής πιστεύει ότι θα αναρρώσει ή ότι ελέγχει τη νόσο.

Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν αρνητικές αντιδράσεις όπως φόβο, θυμό και δυσφορία^{108,109}. Οι αναπαραστάσεις της νόσου έχει βρεθεί ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην συμπεριφορά υγείας (π.χ. συμμόρφωση, προτίμηση για θεραπεία) και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή (π.χ. ποιότητα ζωής)¹¹⁰. Μια πιο «λειτουργική» αντίληψη της ασθένειας (ως μιας κατάστασης όπου υπάρχει ένας βαθμός ελέγχου, οι συνέπειες δεν είναι πολύ βαριές ή τα συναισθήματα λιγότερο έντονα) προβλέπει καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια και καλύτερα επίπεδα υγείας και ποιότητας ζωής. Αντίθετα, μια λιγότερο λειτουργική αντίληψη της

¹ Καθώς το μοντέλο είχε ως βάση τα σωματικά νοσήματα, στο θεωρητικό αυτό μέρος χρησιμοποιείται ο όρος «νόσος». Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε όπου ήταν απαραίτητο ο όρος «διαταραχή λόγου».

ασθένειας (ως πιο βαριάς και λιγότερο ελέγξιμης) προβλέπει χειρότερα επίπεδα υγείας^{111,112}. Στρατηγικές όπως η καταστροφopoίηση, η επίρριψη ευθυνών στον εαυτό, η διαρκής άρνηση και η αποφυγή, συσχετίζονται με χειρότερα επίπεδα υγείας και λειτουργικότητας, ενώ στρατηγικές όπως η προσπάθεια για επίλυση του προβλήματος και η θετική προσέγγιση και επαναξιολόγηση έχουν σχετιστεί με καλύτερη προσαρμογή στην ασθένεια και καλύτερη υγεία¹⁰⁷.

Η DLD είναι γνωστό ότι επιδρά σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας των παιδιών αλλά και των γονέων συνεπώς, οι αντιλήψεις για αυτή να επηρεάζουν τον τρόπο που αντιμετωπίζουν αυτές τις δυσκολίες οι γονείς. Το πόσο «απειλητική» μπορεί να αισθάνονται τη διαταραχή και γενικά τις δυσκολίες στο λόγο και την επικοινωνία του παιδιού τους μπορεί όπως και σε άλλες διαταραχές να επηρεάζει τη συναισθηματική τους κατάσταση. Ωστόσο στη βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλη έλλειψη ερευνών που να εξετάζουν τις αντιλήψεις των γονιών σχετικά με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Σε μελέτες που εξετάζουν την καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, οι γονείς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικού στρες, ενώ ταυτόχρονα αναφέρουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά τους, τα οποία με τη σειρά τους αποτελούν πηγή σημαντικού γονεϊκού στρες¹¹³. Για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι το 25% των γονέων παιδιών με Ειδική Γλωσσική Διαταραχή συνδέουν τις γλωσσικές δυσκολίες των παιδιών τους με διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς. Ως αποτέλεσμα αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις ενώ παράλληλα αναφέρουν διάφορα προβλήματα στο νηπιαγωγείο ή σε άλλες δραστηριότητες¹¹⁴. Επιπλέον, οι διαταραχές της γλωσσικής ανάπτυξης σχετίζονται με πλήθος δυσκολιών όπως ακαδημαϊκές και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες καθώς και αυξημένα ποσοστά προβλημάτων συμπεριφοράς^{95,115}.

Σε μελέτες που καταγράφουν τις αντιλήψεις των γονέων για άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως π.χ. για τον αυτισμό ή τη ΔΕΠ-Υ, φαίνεται ότι οι αντιλήψεις των γονέων σχετίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά και με τις αποφάσεις τους σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές¹¹⁶⁻¹¹⁸. Σύμφωνα με το Μοντέλο της Κοινής Λογικής¹¹⁸, υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ των αντιλήψεων για την ασθένεια και των στρατηγικών αντιμετώπισης, καθώς και σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων και της προσαρμογής στην ασθένεια¹¹⁹. Οι γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με αναπτυξιακή καθυστέρηση που είχαν ισχυρότερες πεποιθήσεις σχετικά με τη χρόνια φύση της διαταραχής, διαπιστώθηκε ότι είχαν μια πιο απαισιόδοξη προοπτική που θα μπορούσε να οδηγήσει σε κατάθλιψη¹²⁰. Επίσης, φαίνεται οι γονείς να υιοθετούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης με βάση τις αντιλήψεις τους¹²¹. Το φύλο και η ηλικία των γονέων φαίνεται επίσης να παίζουν ρόλο. Μελέτες για τον αυτισμό υποδηλώνουν ότι οι αντιλήψεις των γονέων για την ασθένεια σχετίζονται με τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα και τις αποφάσεις τους σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές¹¹⁶⁻¹¹⁸. Οι μητέρες ανέφεραν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους πατέρες^{122,123}, και τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας βρέθηκαν συχνότερα κατά τα πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση¹²⁴, ενώ οι νεότεροι σε ηλικία γονείς παιδιών

με νευροαναπτυξιακή διαταραχή και οι λιγότερο μορφωμένοι βρέθηκαν να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχολογική δυσφορία^{125,126}. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γονεϊκές αντιλήψεις μπορεί να μεταβληθούν με την πάροδο του χρόνου, ιδίως όταν το παιδί τους συμμετέχει σε προγράμματα παρέμβασης όπως λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχοθεραπεία^{127,128}. Βέβαια, οι αντιλήψεις των γονέων για το υψηλό επίπεδο οικονομικής δέσμευσης που απαιτείται τόσο για το θεραπευτικό πρόγραμμα όσο και για τη γενικότερη ανατροφή ενός παιδιού με διαταραχή, έχει επίσης βρεθεί ότι εμπλέκεται στο γονεϊκό άγχος και την κατάθλιψη^{126,129,130}.

15. DLD ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Στις διαταραχές ψυχικής υγείας και τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές η συννοσηρότητα είναι ο κανόνας. Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά με DLD είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν αποδεκτά από τους συνομηλίκους τους, τείνουν να έχουν λιγότερους φίλους και εκφοβίζονται συχνότερα σε σύγκριση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης¹³¹. Υπάρχουν επίσης ολοένα και περισσότερα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι, από νωρίς στην παιδική ηλικία, τα παιδιά με DLD διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα συμπεριφοράς^{115,132-134}. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η DLD στην πρώιμη παιδική ηλικία σχετίζεται με περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς συγκριτικά με τη μεταγενέστερη παιδική ηλικία¹³⁵⁻¹³⁹. Ωστόσο, η γλωσσική επάρκεια των παιδιών με DLD μπορεί να βελτιωθεί ή να επιδεινωθεί στο χρόνο, γεγονός που με τη σειρά του θα μπορούσε να οδηγήσει σε συμπεριφορικά προβλήματα.

Σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, τα παιδιά με DLD βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως απόσυρση, αγχώδη ή καταθλιπτική συμπεριφορά^{63,133,135,137}, καθώς και εξωτερικευμένα προβλήματα, όπως επιθετικότητα ή ελλείμματα προσοχής^{133,135,136,138}. Ακόμη και παιδιά ηλικίας κάτω των έξι ετών με DLD διαπιστώθηκε ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα με αναφερόμενο επιπολασμό από 30% έως 56%^{115,133} σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης με επιπολασμό 10%.

Ενδεχομένως τα γλωσσικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με DLD να αποτελούν τη βασική αιτία των προβλημάτων συμπεριφοράς που παρατηρούνται σε αυτόν τον πληθυσμό^{134,140}. Οι διαταραχές στη γλωσσική ανάπτυξη δυσχεραίνουν την επικοινωνία του παιδιού με το περιβάλλον του. Το γεγονός ότι δεν μπορεί να εκφραστεί με σαφήνεια ή να γίνει πλήρως κατανοητό, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα συμπεριφοράς. Ωστόσο, μπορεί να συμβαίνει και το αντίστροφο: η παρουσία προβλημάτων συμπεριφοράς θα μπορούσε να επηρεάσει τη γλωσσική ανάπτυξη. Η γλωσσική ανάπτυξη λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Η επικοινωνία με παιδιά που παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς μπορεί να αποτελεί πρόκληση, επειδή τα προβλήματα συμπεριφοράς τους όπως η απροσεξία ή η επιθετικότητα μπορεί να εμποδίζουν τη γλωσσική ανάπτυξη. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί επιδεικνύει επιθετική συμπεριφορά, οι γονείς τείνουν να επικεντρώνονται στη μείωση αυτής της συμπεριφοράς. Ως αποτέλεσμα, οι γονείς μπορεί να περιορίσουν τις συζητήσεις που διεγείρουν τη γλωσσική ανάπτυξη¹⁴¹. Λίγες μελέτες, που διερευνούν τη σχέση μεταξύ γλωσσικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς σε τυπικούς πληθυσμούς βρήκαν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς επηρεάζουν τις γλωσσικές δεξιότητες^{142,143}, αλλά επισημαίνουν και την αμφίδρομη κατεύθυνση της σχέσης.

Ευρήματα μελετών, δείχνουν ότι η σχέση μεταξύ των πρώιμων γλωσσικών προβλημάτων και των μετέπειτα προβλημάτων συμπεριφοράς είναι ισχυρότερη από ό,τι το αντίστροφο^{135,136,139,140,144}. Τότε τίθεται το ερώτημα τι συμβαίνει με τα προβλήματα συμπεριφοράς όταν οι γλωσσικές δυσκολίες μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Εάν τα γλωσσικά προβλήματα σε νεαρή ηλικία είναι παράγοντας κινδύνου για προβλήματα συμπεριφοράς στη μετέπειτα ζωή, μπορεί να υποστηριχθεί ότι μια αλλαγή στη γλωσσική επάρκεια θα οδηγήσει και σε αλλαγή των προβλημάτων συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, αν η γλωσσική επάρκεια των παιδιών βελτιωθεί και οι δυνατότητές τους να εκφράζονται μέσω της γλώσσας αυξάνονται αντίστοιχα, αυτό μπορεί να μειώσει την ανάγκη έκφρασης μέσω ανεπιθύμητης συμπεριφοράς καθώς και την τάση τους να αποφεύγουν ή να αποσύρονται από κοινωνικές καταστάσεις. Πράγματι, υψηλότερα ποσοστά γλωσσικής ανάπτυξης φαίνεται να σχετίζονται με μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά^{145,146}. Σε αντίθεση με τα παιδιά τυπικής ανάπτυξης, η σχέση της βελτίωσης γλωσσικών δυσκολιών και η επίδρασή τους στα προβλήματα συμπεριφοράς σε παιδιά με DLD έχει μελετηθεί ελάχιστα. Μια πρόσφατη μελέτη¹⁴⁷ εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος γλωσσικής παρέμβασης επικεντρωμένο στους γονείς και των προβλημάτων συμπεριφοράς παιδιών ηλικίας τριών ετών. Διαπίστωσαν ότι το πρόγραμμα παρέμβασης που αφορούσε την ανάπτυξη γλωσσικών δεξιοτήτων των παιδιών τους, βελτίωσε την έκφρασή τους και συνέβαλε στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς (εσωτερικευμένου τύπου) ένα χρόνο μετά την παρέμβαση.

Ένα άλλο ερώτημα που τίθεται είναι αν γενικά τα γλωσσικά προβλήματα σχετίζονται με προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά με DLD ή αν συγκεκριμένοι γλωσσικοί τομείς σχετίζονται με προβλήματα στη συμπεριφορά. Οι μελέτες που αναφέρθηκαν παραπάνω εξετάζουν γενικά τις γλωσσικές δυσκολίες^{142,146} ή το εκφραστικό ή προσληπτικό λεξιλόγιο^{141,143-145} και τη σχέση τους με τα προβλήματα συμπεριφοράς. Ωστόσο, άλλοι γλωσσικοί τομείς, όπως η φωνολογία και η σύνταξη, μπορεί να έχουν διαφορετική σχέση με τα προβλήματα συμπεριφοράς. Σχετικές έρευνες¹⁴⁸ για παράδειγμα, διαπίστωσαν διαφοροποιημένες σχέσεις μεταξύ γλωσσικών τομέων και τύπων προβλημάτων συμπεριφοράς. Σε δείγμα παιδιών 3-4 ετών τυπικής ανάπτυξης και παιδιών με DLD φάνηκε ότι η δυσκολία στη σύνταξη σχετιζόταν με εσωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς ενώ η προσληπτικού τύπου δυσκολία σχετιζόταν με εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Σε άλλη έρευνα ωστόσο⁹⁸ με δείγμα τρίχρονων νηπίων με DLD, διαπιστώθηκε ότι οι προσληπτικού τύπου δυσκολίες σχετίζονται τόσο με εσωτερικευμένα όσο και με εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Τα ανωτέρω αναδεικνύουν το γεγονός ότι δεν είναι σαφές ποιοι γλωσσικοί τομείς σχετίζονται με εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς ή και με τα δυο.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι γλωσσικά προβλήματα στην πρώιμη παιδική ηλικία συνιστούν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα συμπεριφοράς, αλλά δεν είναι σαφές αν και πώς οι αλλαγές στη

γλωσσική επάρκεια σχετίζονται και με αλλαγές στα συμπεριφορικά προβλήματα, ιδίως σε παιδιά με DLD. Επομένως, υπάρχει ανάγκη για μελέτες που αναλύουν τις αναπτυξιακές αλλαγές στη γλώσσα και τη συμπεριφορά και τους μηχανισμούς με τους οποίους αυτές αλληλεπιδρούν^{140,149}. Οι περισσότερες από τις διαθέσιμες μελέτες μέχρι στιγμής έχουν επικεντρωθεί σε τυπικό πληθυσμό και εξετάζουν μόνο έναν γλωσσικό τομέα. Παρόλο που η γλώσσα θεωρείται ως κάτι ενιαίο στα παιδιά τυπικής ανάπτυξης¹⁵⁰, αυτό μπορεί να μην ισχύει για τα παιδιά με DLD. Είναι χαρακτηριστικό, ότι παιδιά με DLD εμφανίζουν γλωσσικά προβλήματα σε συγκεκριμένους τομείς, ενώ άλλοι τομείς φαίνονται ανεπηρέαστοι: για παράδειγμα, γλωσσικά προβλήματα μπορεί να υπάρχουν στη σύνταξη, αλλά όχι στο προσληπτικό λεξιλόγιο ή στο εκφραστικό συντακτικό, αλλά όχι στο προσληπτικό συντακτικό.

Επί του παρόντος δεν υπάρχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του τρόπου με τον οποίο οι γλωσσικές ικανότητες σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των παιδιών γενικά ή τους σχετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής για τα παιδιά με DLD.

16. DLD ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Καθώς η DLD αποτελεί μια διαταραχή με πολλαπλές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή παιδιών και γονέων, η παρούσα έρευνα έχει επικεντρωθεί επίσης στην επίπτωση στην Ποιότητα Ζωής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας¹⁵¹ ορίζει την υγεία ως "μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία ασθένειας". Αυτό συνεπάγεται ότι η υγεία και η ευημερία ενός ατόμου είναι το αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο η βιολογία (π.χ. μια βλάβη) αλληλεπιδρά με την ικανότητά του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες (δηλ. αν η συμμετοχή ή η δραστηριότητά του είναι περιορισμένη), οι οποίες επηρεάζονται από προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αυτό προϋποθέτει την ανάγκη να δοθεί έμφαση στους λειτουργικούς περιορισμούς ενός ατόμου στα γεγονότα της καθημερινής ζωής. Προκειμένου να αναπτυχθούν αυτές οι παρεμβάσεις, πρέπει να γίνει κατανοητή η φύση των λειτουργικών περιορισμών και οι παράγοντες που τους προβλέπουν.

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου¹⁵². Είναι μια παράμετρος σε διεθνή συστήματα ταξινόμησης, όπως η ταξινόμηση της λειτουργικότητας του ΠΟΥ (ICF), όπου όλες οι πτυχές της ζωής του ατόμου (συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης, της συμμετοχής και του περιβάλλοντος) ενσωματώνονται αντί να επικεντρώνονται αποκλειστικά στη διάγνωση, επειδή μια διάγνωση αποκαλύπτει ελάχιστα για τις λειτουργικές ικανότητες ενός ατόμου.

Με τον όρο «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (HRQoL) αναφερόμαστε στον αντίκτυπο που έχει μια ασθένεια/τραυματισμός, μια ιατρική θεραπεία και/ή μια πολιτική υγειονομικής περίθαλψης στη ζωή του ατόμου¹⁵³. Η HRQoL έχει διερευνηθεί σε πολλούς παιδικούς πληθυσμούς, χρησιμοποιώντας είτε γενικά ερωτηματολόγια είτε ερωτηματολόγια ειδικά για την πάθηση του ατόμου. Είναι αποδεκτό ότι το παιδί που αναφέρει τις δικές του αντιλήψεις είναι το βέλτιστο, ωστόσο σε παιδιατρικούς πληθυσμούς μπορεί να είναι δυνατή η διερεύνηση της HRQoL του παιδιού μόνο έμμεσα, μέσω των γονέων/κηδεμόνων ή των επαγγελματιών υγείας που συμπληρώνουν μια αναφορά¹⁵⁴. Υπάρχει περιορισμένος αριθμός μετρήσεων της ποιότητας ζωής των παιδιών και οι περισσότερες βασίζονται στην αναφορά των γονέων για τις αντιλήψεις τους σχετικά με την ποιότητα ζωής του παιδιού. Λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με DLD, η διάγνωση αυτή έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά την καθημερινή λειτουργικότητα σε διάφορους τομείς και, κατά συνέπεια, την HRQoL των παιδιών αυτών. Ωστόσο, ελάχιστη προσοχή έχει αφιερωθεί στον αντίκτυπο που έχει η DLD στην HRQoL ενός παιδιού. Μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση¹⁵⁵ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι επί του παρόντος υπάρχει έλλειψη εργαλείων για τη μέτρηση των λειτουργικών περιορισμών στον παιδιατρικό τομέα του λόγου και της ομιλίας.

Είναι γνωστό ότι το παιδί (π.χ. φύλο, γενική υγεία), η οικογένεια (π.χ. εκπαίδευση και ψυχική υγεία της μητέρας) και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. κοινωνικοοικονομική κατάσταση, συμμετοχή των γονέων στην εργασία) συμβάλλουν τόσο στη γλωσσική όσο και στην κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη^{156,157} και στην ποιότητα ζωής των παιδιών, όταν οι γονείς έχουν ανησυχίες σχετικά με την ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας του παιδιού τους¹⁵⁸. Τα παιδιά χρειάζονται επίσης επαρκείς γλωσσικές δεξιότητες για να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, να συμμετάσχουν στη σχολική μάθηση και να μάθουν πώς να διαχειρίζονται και να αυτορρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους^{159,160}. Μαζί, αυτές οι δεξιότητες συμβάλλουν στην ικανότητα των παιδιών να συμμετέχουν πλήρως στην καθημερινή ζωή. Κλινικές και πληθυσμιακές μελέτες¹⁶⁰⁻¹⁶² έχουν δείξει ότι τα παιδιά με DLD διατρέχουν κίνδυνο να αντιμετωπίσουν δια βίου προβλήματα συμπεριφοράς και κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα.

Παιδιά ηλικίας 8-11 ετών (n = 55) που διαγνώστηκαν με προσληπτικού τύπου DLD είχαν διαφορετικό προφίλ σε σύγκριση με τις νόρμες και σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στους τομείς του λόγου και του ύπνου¹⁶³. Αν και οι διαφορές αυτές δεν ήταν αρκετά μεγάλες ώστε να επηρεάσουν τη συνολική βαθμολογία HRQoL, τα αποτελέσματα παρέχουν πρώιμες ενδείξεις ότι ακόμη και μια ήπια παρουσίαση της DLD μπορεί να επηρεάσει τους τομείς της HRQoL¹⁶³. Μέχρι σήμερα, οι μελέτες που να έχουν διερευνήσει τις αντιλήψεις των παιδιών με DLD και των γονέων τους σχετικά με την ποιότητα ζωής, είναι περιορισμένες.

Μελέτες που επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής σε παιδιά με προβλήματα επικοινωνίας¹⁶⁴, ηλικίας από 0 έως τα 18 έτη, διαπιστώνουν σταθερά αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα, π.χ. δυσκολίες στη συνεννόηση με τους άλλους, καθώς και δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική ευημερία και τη σχολική λειτουργικότητα^{165,166}. Οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συμμετοχή σε σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες, η μάθηση, η κοινωνικοποίηση και η συμπεριφορά αναγνωρίστηκαν ως τομείς ανησυχίας από τους γονείς και τους κλινικούς ιατρούς που περιέγραφαν την ευημερία των παιδιών (2-5 ετών) σε ερωτήσεις έρευνας ανοικτού τύπου πριν από την έναρξη της θεραπείας (n = 210)¹⁶⁷. Σε μια μελέτη 29 παιδιών με DLD⁹⁹, ηλικίας 8-12 ετών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική συμμετοχή των παιδιών, μετρούμενη από την αναφορά των γονέων για τις συνήθειες της ζωής, ήταν μειωμένη και ότι υπήρχαν ενδείξεις ότι το άγχος των γονέων μπορεί να μεσολαβήσει στην έκταση των δυσκολιών κοινωνικής συμμετοχής.

Επιπρόσθετα η ποιοτική μελέτη των Markham και συν.¹⁶⁸ διερεύνησε την αντίληψη του παιδιού για τον αντίκτυπο που έχουν τα προβλήματα λόγου ή/και ομιλίας στην HRQoL του/της. Χρησιμοποίησαν συνεντεύξεις εστιασμένων ομάδων (focus group) για να συζητήσουν τις αντιλήψεις 29 παιδιών και εφήβων ηλικίας 6,6-18,8 ετών με ευρύ φάσμα προβλημάτων λόγου ή/και ομιλίας, που φοιτούσαν είτε σε γενικά σχολεία (n=22) είτε σε ειδικά σχολεία για παιδιά με προβλήματα επικοινωνίας (n=7). Στην εν λόγω μελέτη βρέθηκε ότι οι δυσκολίες λόγου ή/και

ομιλίας θεωρούνταν από τα παιδιά ότι είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους¹⁶⁸. Τα ευρήματα αυτά προστέθηκαν σε προηγούμενη μελέτη του ίδιου συγγραφέα που διεξήχθη από τους Markham & Dean¹⁶⁹, όπου γονείς (n = 11) παιδιών ηλικίας 2-9 ετών με δυσκολίες λόγου ή/και ομιλίας, μαζί με λογοπεδικούς (n = 12) και άλλους επαγγελματίες (n = 12) (όπως εκπαιδευτικό προσωπικό), συγκρότησαν ομάδες εστίασης αναφορικά με τις αντιλήψεις τους σχετικά με τον αντίκτυπο που έχουν οι δυσκολίες λόγου και ομιλίας στην HRQoL των παιδιών που κατά κύριο λόγο φοιτούν σε γενικές τάξεις¹⁶⁹.

Ελάχιστες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ερωτηματολόγια δια αντιπροσώπου για να διερευνήσουν την HRQoL των παιδιών με διαταραχές επικοινωνίας. Οι γονείς παιδιών ηλικίας 3 ετών με γλωσσική διαταραχή συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο TNO-A21 για την ποιότητα ζωής παιδιών προσχολικής ηλικίας, το οποίο αποκάλυψε ότι όλα τα παιδιά με γλωσσικές διαταραχές, είχαν χαμηλότερη HRQoL, από εκείνα χωρίς διαταραχές¹⁷⁰. Σε μια άλλη μελέτη γονείς που ανέφεραν γλωσσική διαταραχή στα 8χρονα παιδιά τους, συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής για την Υγεία των Παιδιών (Child Health Quality of Life Questionnaire) και αξιολόγησαν τη γενική συμπεριφορά των παιδιών, την αυτοεκτίμηση, την ψυχική υγεία, τη στάση απέναντι στη σχολική εργασία, τη συναισθηματική σταθερότητα και τη συνοπτική ψυχοκοινωνική βαθμολογία, σημαντικά χαμηλότερα από τα παιδιά χωρίς γλωσσικές διαταραχές¹⁷¹.

Πιο πρόσφατα, οι Nicola και Watter¹⁷² χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο PedsQL για να διερευνήσουν την Ποιότητα Ζωής σε ένα δείγμα 41 παιδιών με σοβαρή DLD ηλικίας 5-18 ετών. Συνέκριναν τις αξιολογήσεις της QoL από γονείς και παιδιά και δεν διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο, εκτός από τον τομέα της κοινωνικής λειτουργικότητας, όπου τα παιδιά βαθμολόγησαν τον εαυτό τους υψηλότερα από τους γονείς τους. Η συνολική βαθμολογία του PedsQL και οι υποκλίμακες της κοινωνικής λειτουργικότητας (αξιολογήσεις γονέων και παιδιών) και των δεξιοτήτων φυσικής λειτουργικότητας (αξιολογήσεις παιδιών) ήταν χαμηλότερες σε αυτή την ομάδα σε σύγκριση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης. Επομένως, τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η DLD μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την Ποιότητα Ζωής ενός παιδιού, όπως την αντιλαμβάνεται το παιδί ή ο γονέας του.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν:

- Η διερεύνηση του γονεϊκού άγχους παιδιών με DLD
- Η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων για τις διαταραχές λόγου και επικοινωνίας
- Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής με βάση τις αναφορές των παιδιών και των γονέων τους
- Η εκτίμηση των αναφερόμενων από τους γονείς συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

2.1 Δειγματοληψία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Ιούνιο του 2023. Τα παιδιά με προβλήματα λόγου που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονταν από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Το Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε καλύπτει τις ανάγκες του Νομού Ιωαννίνων καθώς και τις ανάγκες του Νομού Θεσπρωτίας. Λόγω αυτού οι γονείς των παιδιών με προβλήματα λόγου που αποτέλεσαν το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης προέρχονται τόσο από αγροτικούς όσο και από ημιαστικούς και αστικούς πληθυσμούς, είναι διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και ανήκουν σε κάθε κοινωνικοοικονομική τάξη, εξασφαλίζοντας την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Όλοι οι γονείς παιδιών που αιτούνταν αξιολόγηση στο Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε. για προβλήματα λόγου, καλούνταν μετά από ενημέρωση και γραπτή συγκατάθεση (στην οποία αναφερόταν ρητά η μη επίπτωση στη φροντίδα του παιδιού τους σε περίπτωση άρνησης συμμετοχής) να συμμετέχουν στη μελέτη. Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ήταν η μη επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας των παιδιών καθώς και των γονέων, όπως επίσης και παιδιά που παρουσίαζαν Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος ή Νοητική Αναπηρία. Επίσης, δεν συμπεριλήφθησαν στις στατιστικές αναλύσεις λόγω μικρού δείγματος όσα παιδιά παρουσίαζαν τραυλισμό (N=6) και διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας (N=2). Ελήφθησαν μέσω αυτοσυμπληρούμενης φόρμας τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων και των παιδιών, έγινε πλήρης λογοπεδική αξιολόγηση και χορηγήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια στους γονείς και τα παιδιά. Επιπλέον, μετά την αξιολόγηση έγινε βραχεία συμβουλευτική εργασία με τους γονείς με σκοπό την τροποποίηση, όπου υπήρχαν, δυσλειτουργικών αντιλήψεων για τις διαταραχές επικοινωνίας.

Όσον αφορά το δείγμα ελέγχου συλλέχθηκε δείγμα από παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία της πόλης των Ιωαννίνων (Αρ.Πρ.Αδείας ΕΗΔΕ 61883/30.11.2022). Από τους 12 παιδικούς σταθμούς που λειτουργούν στο Δήμο Ιωαννιτών και τα 77 νηπιαγωγεία που λειτουργούν στην Περιφερειακή Ενότητα Ιωαννίνων επιλέξαμε 5 παιδικούς σταθμούς και 5 νηπιαγωγεία μέσω γεννήτριας τυχαίων αριθμών. Στις δομές αυτές πραγματοποιήθηκαν ομαδικές συναντήσεις τόσο με το προσωπικό όσο και με τους γονείς με σκοπό την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση καθώς και τη συμβουλευτική όσον αφορά στα προβλήματα λόγου. Στις συναντήσεις αυτές οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν για την τυπική ανάπτυξη του λόγου και για τις πιθανές δυσκολίες ενώ παράλληλα έθεσαν και διάφορα ερωτήματα που άπτονταν της ψυχικής

υγείας τόσο των παιδιών όσο και της οικογένειας. Εννοείται, ότι σε οποιαδήποτε περίπτωση ζητήθηκε αξιολόγηση παιδιού που φοιτούσε στις ανωτέρω δομές, παραπέμφθηκε στο Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε. όπου και αξιολογήθηκε. Στους γονείς της ομάδας ελέγχου διανεμήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια που αξιολογούσαν την ποιότητα ζωής και τις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών. Η συμμετοχή των γονέων ήταν εθελοντική, μπορούσαν να αποσύρουν τη συγκατάθεσή τους σε οποιαδήποτε φάση της έρευνας και η μη συμμετοχή τους δεν συνεπαγόταν την μη συμμετοχή τους στις συναντήσεις ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης και ούτε είχε κάποια επίπτωση σε αξιολόγηση που ζητήθηκε για το παιδί τους από το ΚοΚεΨΥΠΕ.

3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1 Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ – Brief Illness Perceptions Questionnaire)

Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (BIPQ) αναπτύχθηκε από τους Broadbent et al.¹⁷³ για την ταχεία αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια και προέρχεται από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (IPQ). Το BIPQ αποτελείται από 9 λήμματα. Τα 8 βαθμολογούνται σε κλίμακα 11 βαθμών (0-10). Πέντε από τα λήμματα αξιολογούν τις γνωσιακές αναπαραστάσεις της νόσου: τις «συνέπειες» (λήμμα 1), τη «χρονική διάρκεια» (λήμμα 2), το «βαθμό του προσωπικού ελέγχου στη νόσο» (λήμμα 3), τον «θεραπευτικό έλεγχο» (λήμμα 4) και την «ταυτότητα» (λήμμα 5). Δύο λήμματα αξιολογούν τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις: την «ανησυχία» (λήμμα 6) και τον «συναισθηματικό αντίκτυπο» (λήμμα 8) ενώ ένα λήμμα αξιολογεί την «κατανόηση της νόσου» (λήμμα 7). Μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία σημαίνει ότι ο «ασθενής» θεωρεί τη «νόσο» πιο απειλητική. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων. Ωστόσο, σημειώνεται ότι οι ερωτήσεις του Προσωπικού Ελέγχου, του Θεραπευτικού Ελέγχου και της Κατανόησης είναι αντίστροφης βαθμολογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε ως εξής: νόσος = διαταραχή λόγου, ασθενής = το παιδί σας.

Υψηλότερες τιμές στα παραπάνω λήμματα αναπαριστούν αντίστοιχα:

Συνέπειες: Πεποίθηση ότι η διαταραχή είναι σοβαρή και έχει μεγάλες επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού σας.

Διάρκεια: Πεποίθηση ότι η διαταραχή λόγου είναι χρόνια.

Προσωπικός έλεγχος: Πεποίθηση ότι υπάρχει προσωπικός έλεγχος, δηλαδή ότι υπάρχει έλεγχος στη διαταραχή λόγου και τα συμπτώματα της.

Θεραπευτικός έλεγχος: Πεποίθηση ότι η παρέμβαση είναι αποτελεσματική και μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματα.

Ταυτότητα: Σε ποιο βαθμό διάφορα συμπτώματα αποδίδονται στη διαταραχή λόγου.

Ανησυχία: Μεγάλη ανησυχία για τη διαταραχή λόγου.

Κατανόηση: Σε ποιο βαθμό γίνεται κατανοητή η διαταραχή λόγου.

Συναισθηματικός αντίκτυπος: Πεποίθηση ότι η διαταραχή λόγου επηρεάζει συναισθηματικά σε μεγάλο βαθμό το παιδί.

3.2 Κλίμακα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την εκτίμηση της Σχετικής με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (WHOQoL-BREF)

Πρόκειται για μια συντομευμένη εκδοχή του 100 ερωτήσεων ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100¹⁷⁴. Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής:

- τη Σωματική Υγεία (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κ.λπ.),
- την Ψυχολογική Υγεία (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, εικόνα εαυτού κ.λπ.),
- τις Κοινωνικές Σχέσεις (προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα) και
- το Περιβάλλον (οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρέχει ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Η δε συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μελέτες που απαιτούν μια σύντομη εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής όπως οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και οι κλινικές δοκιμές. Συνιστάται επίσης ιδιαίτερα για χρήση από επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert (με διαβαθμίσεις από το 1 ως το 5) και το άτομο καλείται να τις απαντήσει, αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Οι υψηλότερες τιμές σηματοδοτούν καλύτερη Ποιότητα Ζωής. Η ικανότητα του συγκεκριμένου εργαλείου να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής και η καλή του λειτουργία έχει εκτιμηθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Η μετάφραση και η στάθμιση του ερωτηματολογίου για τη χορήγησή του στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εξασφάλισε τη γλωσσική και πολιτιστική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ενώ χρειάστηκε να προστεθούν κάποιες ερωτήσεις που αφορούν τομείς οι οποίοι παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη διαμόρφωση της έννοιας ποιότητας ζωής στα πολιτισμικά μας δεδομένα

3.3 Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ –Strengths and Difficulties Questionnaire) – For Parents

Το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ-25])¹⁷⁵ κατασκευάστηκε από τον Goodman το 1994 και στηρίζεται στο ερωτηματολόγιο του Rutter¹⁷⁶. Έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 40 γλώσσες και διαπιστώθηκε ότι θα μπορούσε να είναι κατάλληλο για την αξιολόγηση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων σε ελληνικό πληθυσμό¹⁷⁷. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί από τα ίδια τα παιδιά, τους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς. Βασικός σκοπός του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι να αξιολογεί τις δυνατότητες καθώς και τις δυσκολίες των παιδιών σχολικής ηλικίας οι οποίες σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Το Ερωτηματολόγιο αποτελείται από 25 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 5 υποκλίμακες, εκ των οποίων οι 4 αφορούν διαστάσεις των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών όπως η διάσπαση προσοχής, οι διαταραχές διαγωγής κ.α. και η πέμπτη υποκλίμακα σχετίζεται με την θετική κοινωνική συμπεριφορά. Το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών εξάγει μια βαθμολογία για κάθε μια από τις πέντε υποκλίμακες καθώς και ένα συνολικό άθροισμα για το δείκτη δυνατοτήτων και δυσκολιών. Στον δείκτη δεν συμπεριλαμβάνεται η βαθμολογία της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς η οποία βαθμολογείται και αντίστροφα (υψηλότερη βαθμολογία = καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά). Επιπλέον με ξεχωριστή βαθμολογία αξιολογείται η σοβαρότητα των ψυχοκοινωνικών δυσκολιών καθώς και η επίδραση τους στην καθημερινότητα των παιδιών. Έπειτα από σύγκριση με άλλες συναφείς κλίμακες, το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών χαρακτηρίστηκε ως επαρκές σχετικά με την εγκυρότητα της εννοιολογικής του κατασκευής. Παράλληλα, η αξιοπιστία κυμαίνεται μεταξύ 85% και 90%.

3.4 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory)

Στην παρούσα έρευνα για την αξιολόγηση της ΠΖ χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) - Child Report, Parent Proxy Report και Family Impact¹⁷⁸. Η άδεια χρήσης των PedsQL δόθηκε κατόπιν ηλεκτρονικής επικοινωνίας με τον φορέα που τα διαχειρίζεται (Mapi Research Trust).

3.4.1 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Child Report

Η κλίμακα PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory)¹⁷⁹ είναι κλίμακα αυτοαναφοράς παιδιών, που αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 2-18 ετών. Περιλαμβάνει 23 κλειστού τύπου ερωτήσεις και ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή τους δεν ξεπερνά τα 5-7 λεπτά. Χρησιμοποιεί μια κλίμακα Likert 3 σημείων, πηγαίνοντας από «καθόλου» σε «πολύ», με χαμογελαστά πρόσωπα για να βοηθήσει στην εργασία αξιολόγησης. Οι ερωτήσεις αξιολογούν την αντίληψη του παιδιού για την υγεία του το διάστημα του τελευταίου μήνα και αναφέρονται σε 4 διαστάσεις:

❖ Σωματική λειτουργικότητα (8 ερωτήσεις)

Η συγκεκριμένη διάσταση μελετά το επίπεδο φυσικής κατάστασης, σωματικής ενέργειας και δραστηριότητας του παιδιού, την ικανότητά του να αυτοεξυπηρετείται αλλά και να συμμετέχει στις δουλειές του σπιτιού.

❖ Συναισθηματική λειτουργικότητα (5 ερωτήσεις)

Αυτή η διάσταση εξετάζει τη συναισθηματική λειτουργικότητα του παιδιού, διερευνώντας συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, η λύπη, ο θυμός, η ανησυχία για το μέλλον ή προβλήματα με τον ύπνο.

❖ Κοινωνική λειτουργικότητα (5 ερωτήσεις)

Εξετάζεται η φύση των διαπροσωπικών σχέσεων του παιδιού με άλλα παιδιά μέσω ερωτήσεων που αφορούν στο βαθμό που το παιδί νιώθει ότι το αποδέχονται και το στηρίζουν οι φίλοι του καθώς και την ικανότητα του παιδιού να ακολουθεί την ομάδα.

❖ Σχολική λειτουργία (5 ερωτήσεις)

Η τελευταία διάσταση ερευνά την αντίληψη του παιδιού για τη γνωστική του ικανότητα ως προς τη μάθηση και τη συγκέντρωση καθώς και τα συναισθήματα του για το σχολείο. Εξετάζεται επίσης, ο αντίκτυπος της δυσκολίας στη σχολική λειτουργικότητα.

Χρησιμοποιείται μια κλίμακα απόκρισης 5 σημείων (0 = ποτέ πρόβλημα, 4 = πάντα πρόβλημα). Τα στοιχεία βαθμολογούνται αντίστροφα και γραμμικά μετατρέπονται σε κλίμακα 0-100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), έτσι ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν καλύτερη λειτουργία (λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις). Οι βαθμολογίες κλίμακας υπολογίζονται ως το άθροισμα των στοιχείων διαιρούμενο με τον αριθμό των στοιχείων που απαντήθηκαν (αυτό αντιπροσωπεύει τα δεδομένα που λείπουν). Εάν λείπει περισσότερο από το 50% των στοιχείων της κλίμακας, η βαθμολογία κλίμακας δεν υπολογίζεται¹⁸². Υπολογίζεται η βαθμολογία συνολικής ΠΖΣΧΥ (23 στοιχεία) και η βαθμολογία σωματικής ΠΖΣΧΥ (8 στοιχεία) και ψυχοκοινωνικής ΠΖΣΧΥ (15 στοιχεία).

3.4.2 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Generic Core Scale – Parent Proxy Report

Η γενική βασική ενότητα PedsQL™ περιλαμβάνει παράλληλες εκδόσεις αυτοαναφοράς παιδιού και πληρεξούσιου γονέα για ηλικίες 5-6 ετών, που διαφέρουν μόνο στη διατύπωση και τη διάρκεια της κλίμακας απόκρισης. Τα στοιχεία στη γονική έκδοση είναι σχεδόν πανομοιότυπα με τη θυγατρική έκδοση, με μικρές αλλαγές στη γλώσσα. Η παράλληλη γονική έκδοση χρησιμοποιεί μια κλίμακα απόκρισης Likert 5 σημείων που πηγαίνει από «ποτέ» σε «σχεδόν πάντα» (0 = ποτέ πρόβλημα, 4 = πάντα πρόβλημα). Τα στοιχεία βαθμολογούνται αντίστροφα και γραμμικά μετατρέπονται σε κλίμακα 0-100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), έτσι ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν καλύτερη λειτουργία (λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις). Οι βαθμολογίες κλίμακας υπολογίζονται ως το άθροισμα των στοιχείων διαιρούμενο με τον αριθμό των στοιχείων που απαντήθηκαν (αυτό αντιπροσωπεύει τα δεδομένα που λείπουν). Εάν λείπει περισσότερο από το 50% των στοιχείων της κλίμακας, η βαθμολογία κλίμακας δεν υπολογίζεται¹⁸². Η γενική βασική κλίμακα περιλαμβάνει 23 στοιχεία που συμβάλλουν σε μια συνολική βαθμολογία και τέσσερις υποκλίμακες: σωματική λειτουργικότητα, συναισθηματική λειτουργικότητα, κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα. Έχει αποδειχθεί ότι οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα Φυσική Λειτουργία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή μιας ενιαίας Συνοπτικής Κλίμακας Φυσικής Υγείας, ενώ οι υπόλοιπες υποκλίμακες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ενιαία Συνοπτική Κλίμακα Ψυχοκοινωνικής Υγείας¹⁸⁰. Το PedsQL™ αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι καλά εδραιωμένες¹⁷⁹⁻¹⁸¹. Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην έρευνα και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες.

3.4.3 PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Family Impact

Η κλίμακα 36 στοιχείων PedsQL™ Family Impact Module περιλαμβάνει 6 κλίμακες μέτρησης της αυτοαναφερόμενης λειτουργίας του γονέα:

- 1) Σωματική λειτουργία (6 στοιχεία),
- 2) Συναισθηματική λειτουργία (5 στοιχεία),
- 3) Κοινωνική λειτουργία (4 στοιχεία),
- 4) Γνωστική λειτουργία (5 στοιχεία),
- 5) Επικοινωνία (3 στοιχεία),
- 6) Ανησυχία (5 στοιχεία)
- 7) Καθημερινές Δραστηριότητες (3 στοιχεία) και
- 8) Οικογενειακές Σχέσεις (5 στοιχεία)

Τα στοιχεία και οι κλίμακες αναπτύχθηκαν μέσω ομάδων εστίασης, γνωστικών συνεντεύξεων και πρωτοκόλλων ανάπτυξης μετρήσεων πριν από τη δοκιμή^{179,180}, καθώς και προηγούμενων ερευνών και κλινικών εμπειριών με παιδιά με χρόνιες παθήσεις υγείας και τις οικογένειές τους. Το PedsQL™ Family Impact Module αναπτύχθηκε ως εργαλείο αναφοράς γονέων. Χρησιμοποιείται μια κλίμακα απόκρισης 5 σημείων (0 = ποτέ πρόβλημα, 4 = πάντα πρόβλημα). Τα στοιχεία βαθμολογούνται αντίστροφα και γραμμικά μετατρέπονται σε κλίμακα 0-100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0), έτσι ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες να δείχνουν καλύτερη λειτουργία (λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις). Οι βαθμολογίες κλίμακας υπολογίζονται ως το άθροισμα των στοιχείων διαιρούμενο με τον αριθμό των στοιχείων που απαντήθηκαν (αυτό αντιπροσωπεύει τα δεδομένα που λείπουν). Εάν λείπει περισσότερο από το 50% των στοιχείων της κλίμακας, η βαθμολογία κλίμακας δεν υπολογίζεται¹⁸². Το PedsQL Family Impact Module Total Scale Score είναι το άθροισμα και των 36 ερωτήσεων διαιρούμενο με τον αριθμό των ερωτήσεων που απαντήθηκαν. Η Συνοπτική Βαθμολογία HRQOL Γονέα (20 ερωτήσεις) υπολογίζεται ως το άθροισμα των στοιχείων διαιρούμενο με τον αριθμό των στοιχείων που απαντήθηκαν στις κλίμακες σωματικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και γνωστικής λειτουργίας. Η Συνοπτική Βαθμολογία Οικογενειακής Λειτουργίας (8 ερωτήσεις) υπολογίζεται ως το άθροισμα των στοιχείων διαιρούμενο με τον αριθμό των ερωτήσεων που απαντώνται στις Κλίμακες Καθημερινών Δραστηριοτήτων και Οικογενειακών Σχέσεων.

3.5 Parental Stress Scale (PSS) – Κλίμακα γονεϊκού στρες¹⁸³

Ένα σύντομο, εύκολο στη διαχείριση εργαλείο, που μετρά την αντίληψη ενός ατόμου για το άγχος, και όχι την πραγματική πηγή άγχους, είναι η Κλίμακα Γονεϊκού Στρες (PSS). Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του PSS είναι ότι μπορεί να χορηγηθεί σε διαφορετικούς γονεϊκούς πληθυσμούς. Το PSS χρησιμοποιείται ευρέως και έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 25 γλώσσες, συμπεριλαμβανομένων των ελληνικών, καθώς και στον γενικό πληθυσμό και σε κλινικά δείγματα, συμπεριλαμβανομένων χρόνιων παθήσεων υγείας, ADHD και ASD¹⁸⁴⁻¹⁹⁰. Μετά από μια ανάλυση παραγόντων κύριου άξονα, οι Berry και Jones¹⁸³ διαπίστωσαν ότι 4 παράγοντες από τα 16 λήμματα (2 στοιχεία αποκλείστηκαν) χαρακτηρίστηκαν ως γονεϊκές ανταμοιβές, γονεϊκοί στρεσογόνοι παράγοντες, έλλειψη ελέγχου και γονεϊκή ικανοποίηση. Ωστόσο, άλλες μελέτες ανέφεραν διαφορετικές παραγοντικές δομές^{189,191}. Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες^{192,193} στη βιβλιογραφία που έχουν αλλάξει την κλίμακα (π.χ. βαθμολογία σε κλίμακα Likert 4 βαθμών αντί για την αρχική 5 βαθμών). Πρόσφατα, μια ελληνική μελέτη επικύρωσης¹⁹⁴, σε μητέρες υγιών βρεφών ηλικίας 0-12 μηνών, αποκάλυψε δύο βασικούς παράγοντες (θετικές και αρνητικές πτυχές της γονικής μέριμνας), ωστόσο, οι Pontoppidan κ.ά.¹⁸⁵ πρότειναν ότι οι τέσσερις παράγοντες μπορεί να αντιπροσωπεύουν υποδιαίρεσεις δύο παραγόντων, που ονομάζονται γονεϊκοί στρεσογόνοι παράγοντες και γονεϊκή ικανοποίηση. Η ίδια υπόθεση διατυπώθηκε και στην αρχική μελέτη, όπου οι Berry και Jones⁸⁹ υποστήριξαν τη διχοτόμηση (θετική και αρνητική) των γονεϊκών εμπειριών, επιβεβαιώνοντας την εγκυρότητα της κλίμακας.

Κάθε στοιχείο βαθμολογείται από το ένα ("διαφωνώ απόλυτα") έως το πέντε ("συμφωνώ απόλυτα"), σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert. Η κλίμακα αποτελείται από οκτώ αντίστροφα κωδικοποιημένα στοιχεία και η συνολική δυνατή βαθμολογία κυμαίνεται από 18 έως 90, μετά την άθροιση όλων των στοιχείων- υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν υψηλότερο γονικό άγχος.

3.6 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28)

Το GHQ-28¹⁹⁵ αναπτύχθηκε από τον Goldberg το 1978 και έκτοτε έχει μεταφραστεί σε 38 γλώσσες. Μέσα από πολυάριθμες μελέτες έχει διερευνηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του σε διάφορους κλινικούς πληθυσμούς. Αναπτύχθηκε ως εργαλείο ανίχνευσης εκείνων που ενδέχεται να έχουν ή να διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης ψυχιατρικών διαταραχών. Το GHQ-28 είναι μια κλίμακα 28 στοιχείων, τα οποία απαντώνται μέσω μιας κλίμακας τύπου Likert-4 διαβαθμίσεων από το 0 (Καθόλου) έως το 3 (Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως), που μετράει τη συναισθηματική δυσφορία σε κλινικά περιβάλλοντα. Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τέσσερις υποκλίμακες:

- Τα σωματικά προβλήματα,
- το άγχος/η αυπνία,
- η κοινωνική δυσλειτουργία και
- η σοβαρή κατάθλιψη.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν αν είχαν κάποια προβλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία τους τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Η Γενική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας εξάγει μία συνολική βαθμολογία που το εύρος της κυμαίνεται από 0 έως 84. Υψηλές τιμές υποδεικνύουν μεγάλες πιθανότητες το άτομο να πάσχει από ψυχιατρικές διαταραχές.

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τα λογισμικά Statistical Package for Social Sciences v.28¹⁹⁶, JASP¹⁹⁷, Jamovi¹⁹⁸ και R Studio¹⁹⁹.

Για την επιβεβαίωση της παραγοντικής δομής της κλίμακας PSS χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων. Στην ανάλυση ελέγχθηκε το μοντέλο των 4 παραγόντων που προτάθηκε από τους συγγραφείς της κλίμακας. Ο έλεγχος καλής προσαρμογής πραγματοποιήθηκε με τους ακόλουθους δείκτες και την αντίστοιχη ουδό:

α) αναλογία του χ^2 με τους αντίστοιχους βαθμούς ελευθερίας ($\chi^2/df \leq 2$ η οποία αξιολογεί τη συνολική προσαρμογή και τη απόκλιση μεταξύ του δείγματος και των πινάκων συμμεταβλητότητας

β) τετραγωνική ρίζα του μέσου σφάλματος της εκτίμησης (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA) ο οποίος συγκρίνει το υποθετικό με το ιδανικό μοντέλο. Επιθυμητές τιμές <0.08

γ) κανονικοποιημένος δείκτης προσαρμογής (Normed Fit Index – NFI) ο οποίος συγκρίνει την τιμή χ^2 του υποθετικού και του μηδενικού μοντέλου. Επιθυμητές τιμές >0.95

δ) δείκτης συγκριτικής προσαρμογής (Comparative Fit Index – CFI), διορθωμένη εκδοχή του NFI για το μέγεθος του δείγματος με επιθυμητές τιμές ≥ 0.95

ε) δείκτης Tucker Lewis (TLI) με επιθυμητές τιμές ≥ 0.95 .

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας αξιολογήθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman της συνολικής της βαθμολογίας με τις διαστάσεις της γονεϊκής συναισθηματικής λειτουργικότητας και της γονεϊκής ανησυχίας της κλίμακας PedsQL Family Impact καθώς και την Σχετιζόμενη με την Ψυχική Υγείας Ποιότητα Ζωής της κλίμακας WHOQoL-BREF.

Για τη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των λημμάτων της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση δικτύου. Το δίκτυο αποτελείται από «κόμβους» (τα λήμματα) και τις σχέσεις μεταξύ τους («παρυφές»). Οι θετικές συσχετίσεις χρωματίστηκαν με μπλε χρώμα και οι αρνητικές με κόκκινο²⁰⁰. Οι μεγαλύτερες σε πάχος και υψηλότερης χρωματικής πυκνότητας παρυφές υποδεικνύουν ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ των λημμάτων. Τα λήμματα που σχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους, δημιουργούν συστάδα και ισοδυναμούν με λανθάνοντες παράγοντες.

Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας αξιολογήθηκε με το συντελεστή McDonald's omega (ω).

Για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ των τιμών του PedsQL των γονέων και των παιδιών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon rank test. Το επίπεδο της συμφωνίας μεταξύ των γονεϊκών αναφορών και των αυτοαναφορών των παιδιών αξιολογήθηκε με τον συντελεστή ενδοταξικής συσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient – ICC). Τιμές μικρότερες του 0.5 θεωρούνται φτωχής αξιοπιστίας, μεταξύ 0.5 – 0.75 μέτριας, μεταξύ 0.75 – 0.90

καλής και μεγαλύτερες από 0.95 ως άριστης αξιοπιστίας²⁰¹. Οι αρνητικές τιμές του ICC υποδεικνύουν ότι η διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων ανά ομάδα είναι μεγαλύτερη από τη διαφορά των συμμετεχόντων εντός της ίδιας ομάδας²⁰². Η συμφωνία επίσης αξιολογήθηκε και με τον οπτικό έλεγχο των γραφημάτων Bland Altman²⁰³. Στον άξονα y αναπαρίστανται οι διαφορές στη συμφωνία γονέα παιδιού έναντι των μέσων τους που τοποθετούνται στον άξονα x. Το γράφημα μπορεί να αξιολογηθεί μέσω της διασποράς των κουκίδων. Αν οι κουκίδες βρίσκονται κοντά στη μέση γραμμή μεροληψίας και η διασπορά είναι μικρή, τότε υπάρχει υψηλή συμφωνία. Όσο πιο μεγάλη η διασπορά, τόσο πιο μικρή η συμφωνία. Για τη σωστή αξιολόγηση του γραφήματος Bland Altman το μέγεθος του δείγματος πρέπει να είναι τουλάχιστον 50²⁰⁴.

Τέλος για την σύγκριση των μέσων τιμών του PedsQL και του SDQ, μεταξύ των ομάδων DLD και του δείγματος ελέγχου (γονείς και παιδιά), χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U test.

5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Βασική παράμετρος αλλά και προϋπόθεση επιλογής για την συμμετοχή στην έρευνα, ήταν να παρέχεται πληροφόρηση σε κάθε γονέα και παιδί για τους σκοπούς της έρευνας και να ζητείται να υπογράψει «φόρμα συγκατάθεσης» για τη συμμετοχή στην έρευνα. Στη φάση αυτή το θέμα της εμπιστευτικότητας των στοιχείων επισημαίνονταν ιδιαίτερα στους γονείς. Επιπλέον η έρευνα ήταν σε απόλυτη συμμόρφωση με όλες τις εθνικές και διεθνείς νομοθετικές διατάξεις, συμβάσεις και κώδικες δεοντολογίας. Τέλος οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν βασίστηκαν στους ηθικούς κανόνες δεοντολογίας που ορίζονται από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration).

6. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Σε όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της παρούσας μελέτης παραμέναμε στη διάθεση των γονέων και των παιδιών για οποιαδήποτε συμβουλή ή και δυσκολία που ενδεχομένως θα αντιμετώπιζαν, ανεξαρτήτως της συμμετοχής τους στην έρευνα, τονίζοντας τους σκοπούς της έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΔΕΙΓΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD

Στην έρευνα εντάχθηκαν 71 παιδιά με προβλήματα λόγου που αιτήθηκαν αξιολόγηση στο Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε. και 230 γονείς (139 μητέρες και 91 πατέρες) από τους 234 που απευθυνθήκαμε (ΠΙΝΑΚΑΣ 3). Το υψηλό ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη πιθανώς μπορεί να εξηγηθεί από την καλή σχέση λογοπεδικού – γονέα – παιδιού και την εμπιστοσύνη που φαίνεται να έχουν οι γονείς στις υπηρεσίες που προσφέρει το Κο.Κ.ε.Ψ.Υ.Π.Ε.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΔΕΙΓΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD

ΠΑΙΔΙΑ	71
ΓΟΝΕΙΣ	230

Στο τελικό δείγμα περιελήφθησαν 230 γονείς των οποίων τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στους πίνακες 4, 5 και 6. Η μέση ηλικία των γονιών του δείγματος ήταν 39.15 έτη ($SD \pm 5.6$). Οι περισσότεροι γονείς που συμμετείχαν ήταν μητέρες ($N=139$, 60.4 %) και τα περισσότερα παιδιά ήταν αγόρια ($N=44$, 62%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΩΝ

ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ	N	%
ΜΗΤΕΡΑ	139	60.4
ΠΑΤΕΡΑΣ	91	39.6

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

	MIN	MAX	MEAN	SD
ΗΛΙΚΙΑ ΓΟΝΕΑ	24	65	39.15	5.61

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ	N	%
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	27	38
ΑΓΟΡΙΑ	44	62

2. ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ

Το δείγμα ελέγχου αποτέλεσαν 55 παιδιά χωρίς προβλήματα λόγου και 146 γονείς (95 μητέρες και 51 πατέρες) παιδιών που φοιτούσαν σε παιδικούς σταθμούς και σε νηπιαγωγεία (ΠΙΝΑΚΑΣ 7) των οποίων τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στους πίνακες 8 και 9. Οι περισσότεροι γονείς που συμμετείχαν ήταν μητέρες (N=95) και τα περισσότερα παιδιά ήταν κορίτσια (N=35). Συνολικά απευθυνθήκαμε σε 202 γονείς, δεδομένο που τοποθετεί το ποσοστό ανταπόκρισης στο επίπεδο του 72.3%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΠΑΙΔΙΑ	55	ΜΗΤΕΡΕΣ	ΠΑΤΕΡΕΣ
ΓΟΝΕΙΣ	146	95	51

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΩΝ

ΦΥΛΟ ΓΟΝΕΑ	N
ΜΗΤΕΡΑ	95
ΠΑΤΕΡΑΣ	51

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ	N
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	35
ΑΓΟΡΙΑ	20

3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΓΟΝΙΩΝ ΜΕ DLD

3.1 ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στον ΠΙΝΑΚΑ 10 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των απαντήσεων σχετικά με τις διάφορες παραμέτρους των Αντιλήψεων για την Υγεία. Από τη συνολική βαθμολογία (24.34 ± 12.11 με μέγιστη βαθμολογία το 80) φαίνεται ότι οι γονείς δεν θεωρούν ιδιαίτερα απειλητική τη DLD. Ειδικότερα η χαμηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στο λήμμα «Χρονική Διάρκεια» γεγονός που υποδεικνύει ότι οι γονείς θεωρούν ότι οι δυσκολίες λόγου θα διαρκέσουν μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό μοιάζει να έρχεται σε συμφωνία με τη βαθμολογία στο λήμμα «Θεραπευτικός Έλεγχος» όπου και καταγράφεται η υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο και υποδεικνύει ότι οι γονείς θεωρούν ότι η θεραπεία θα βοηθήσει πολύ τις δυσκολίες στο λόγο των παιδιών τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΣΥΝΤΟΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
(B-IPQ – BRIEF ILLNESS PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE)**

	MEAN	SD
Συνέπειες	2.01	2.44
Χρονική Διάρκεια	1.96	1.99
Προσωπικός έλεγχος	4.52	3.15
Θεραπευτικός έλεγχος	8.49	2.24
Ταυτότητα	3.79	2.78
Ανησυχία	3.98	3.23
Κατανόηση της νόσου	7.87	2.59
Συναισθηματικός αντίκτυπος	3.47	3.34
Συνολική Βαθμολογία	24.34	12.11

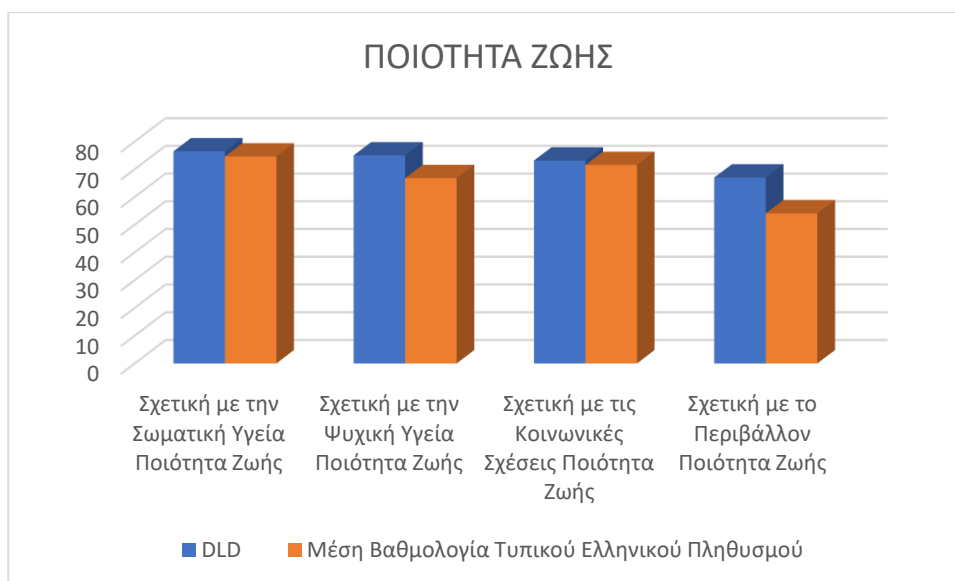
3.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Όσον αφορά στην ποιότητα ζωής των γονέων αυτή φαίνεται να είναι υψηλή καθώς οι βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις βρίσκονται στο ανώτερο άκρο (ΠΙΝΑΚΑΣ 11). Επιπλέον, συγκριτικά με τη μέση βαθμολογία του τυπικού ελληνικού πληθυσμού²⁰⁵ φαίνεται να κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL-BREF)

	MEAN	SD
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	76.43	12.37
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	74.98	12.16
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	73.12	15.12
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	66.97	11.41

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



3.3 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (ΠΙΝΑΚΑΣ 12) οι τιμές των αποτελεσμάτων είναι χαμηλές (δεδομένου ότι η μέγιστη βαθμολογία απέχει αρκετά από τη μέση τιμή που καταγράφεται) οπότε συμπεραίνεται ότι οι γονείς δεν καταγράφουν συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα για τα παιδιά τους. Φαίνεται ωστόσο ότι οι μεγαλύτερες δυσκολίες καταγράφονται στην κλίμακα υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ (SDQ-HEL)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Συναισθηματικές διαταραχές	0	7	1.27	1.61
Προβλήματα συμπεριφοράς	0	8	1.87	1.78
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	0	9	2.95	1.96
Προβλήματα συνομηλίκων	0	6	1.01	1.27
Κοινωνική συμπεριφορά	2	10	8.06	1.59
Συνολική βαθμολογία	0	26	7.10	4.62

3.4 ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

 ιαπιστώνεται ότι οι απαντήσεις των γονέων παιδιών με DLD, σχετικά με τις παραμέτρους για τη γενική τους υγεία, καταγράφουν τη χαμηλότερη τιμή στην κλίμακα της κατάθλιψης ενώ την υψηλότερη τιμή στην κοινωνική δυσλειτουργία (ΠΙΝΑΚΑΣ 13).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Σωματικά συμπτώματα	7	21	10.75	2.86
Άγχος και απνία	7	21	11.48	3.08
Κοινωνική δυσλειτουργία	7	19	13.61	1.67
Κλινική κατάθλιψη	7	16	7.89	1.70

3.5 ΓΟΝΕΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Οι γονείς δεν φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλό γονεϊκό άγχος (ΠΙΝΑΚΑΣ 14) καθώς καταγράφονται υψηλές τιμές στα λήμματα που σχετίζονται με θετικές πλευρές της γονεϊκότητας (π.χ. 1,2,5) και χαμηλές τιμές στα λήμματα που σχετίζονται με αρνητικές πλευρές της γονεϊκότητας (π.χ. 11,13,16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΟΝΕΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (PSS)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Είμαι χαρούμενος στο ρόλο μου ως γονιός	3	5	4.76	0.45
Θα έκανα τα πάντα για το παιδί μου, αν ήταν απαραίτητο	1	5	4.86	0.43
Φροντίζοντας το παιδί μου μερικές φορές μου παίρνει περισσότερη ώρα και ενέργεια από αυτό που έχω να δώσω	1	5	3.25	1.23
Μερικές φορές ανησυχώ για το αν κάνω αρκετά για το παιδί μου	1	5	3.82	1.02
Αισθάνομαι κοντά στο παιδί μου	3	5	4.62	0.52
Απολαμβάνω να περνάω χρόνο με το παιδί μου	2	5	4.72	0.48
Το παιδί μου αποτελεί σημαντική πηγή στοργής για μένα	2	5	4.76	0.46
Το ότι έχω παιδί μου δίνει μια πιο θετική και αισιόδοξη οπτική για το μέλλον	1	5	4.63	0.61
Η μεγαλύτερη πηγή άγχους στη ζωή μου είναι το παιδί μου	1	5	2.87	1.40
Το να έχω παιδί, μου αφήνει λίγο χρόνο και ευελιξία στη ζωή μου	1	5	2.79	1.12
Το να έχω παιδί αποτελεί οικονομική επιβάρυνση	1	5	1.97	1.11
Είναι δύσκολο να ισορροπήσω διαφορετικές υποχρεώσεις εξαιτίας του παιδιού μου	1	5	2.40	1.03

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Η συμπεριφορά του παιδιού μου είναι συχνά πηγή ντροπής ή άγχους για μένα	1	5	1.47	0.78
Αν έπρεπε να το ξανακάνω, ίσως και να αποφάσιζα να μην κάνω παιδιά	1	4	1.24	0.64
Νιώθω καταβεβλημένος με την ευθύνη του να είμαι γονιός	1	4	1.53	0.87
Το ότι έχω παιδιά σημαίνει ότι έχω λίγες επιλογές και ελάχιστο έλεγχο στη ζωή μου	1	5	1.76	0.88
Είμαι ικανοποιημένος από το ρόλο μου ως γονιός	1	5	4.23	0.70
Βρίσκω τα παιδιά μου ευχάριστα	4	5	4.83	0.38

3.6 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Όσον αφορά στην επίδραση των δυσκολιών λόγου στην οικογένεια (ΠΙΝΑΚΑΣ 15), φαίνεται οι γονείς να αξιολογούν ως καλύτερη τη σωματική τους υγεία ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία καταγράφεται στο λήμμα «καθημερινές δραστηριότητες». Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν καλύτερη λειτουργία (λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις), άρα φαίνεται να μην υπάρχει μεγάλη επίδραση στην οικογένεια.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
PEDSQL™ (VERSION 2.0 - GREEK)**

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Σωματική Υγεία	150	600	502.83	110.78
Συναισθηματική Υγεία	50	500	418.70	91.73
Κοινωνικές Δραστηριότητες	100	400	337.83	75.80
Γνωσιακή Λειτουργία	25	500	432.39	88.25
Επικοινωνία	25	300	273.80	47.89
Ανησυχία	0	500	402.28	113.75
Καθημερινές Δραστηριότητες	25	300	224.78	76.03
Οικογενειακές Σχέσεις	100	500	418.26	94.20
Συνολική βαθμολογία	33	100	83.64	14.98
Γονεϊκή ποιότητα ζωής	29	100	84.59	15.83
Οικογενειακή λειτουργικότητα	22	100	80.38	18.88

3.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD– ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ

Στον ΠΙΝΑΚΑ 16 φαίνεται η μέση τιμή των διαστάσεων για την ποιότητα ζωής των παιδιών με DLD όπως καταγράφονται από τους γονείς τους. Διαπιστώνεται υψηλή τιμή συνεπώς καλύτερη λειτουργικότητα. Η υψηλότερη βαθμολογία καταγράφεται στη σωματική υγεία, εύρημα αναμενόμενο καθώς η DLD δεν αναμένεται να επηρεάζει τη σωματική λειτουργικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής

PedsQL™ Version 4.0 - Greek

ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ για ΜΙΚΡΑ ΠΑΙΔΙΑ (ηλικίες 5-7 ετών)

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Σωματική Λειτουργικότητα	142	16	100	85.10	18.74
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	142	45	100	83.77	14.81
Κοινωνική Λειτουργικότητα	142	35	100	83.59	17.94
Σχολική Λειτουργικότητα	142	30	100	83.66	16.05
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	142	48	100	83.67	12.67
Σύνολο	142	46	100	84.17	13.25

3.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD– ΑΝΑΦΟΡΑ ΜΙΚΡΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στην καταγραφή της αυτοαναφοράς μικρού παιδιού για την Ποιότητα Ζωής τους (Πίνακας 17) όπως απάντησαν τα ίδια τα παιδιά με DLD, παρατηρούνται χαμηλότερες σε απόλυτο βαθμό βαθμολογίες συγκριτικά με αυτές των γονέων που καταγράφονται στον προηγούμενο πίνακα. Όλες οι διαστάσεις καθώς και το συνολικό σκορ φαίνεται να κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα εκτός της συναισθηματικής υγείας που καταγράφεται η χαμηλότερη βαθμολογία, υποδεικνύοντας ενδεχομένως ότι η DLD επιβαρύνει τα παιδιά περισσότερο από ότι αξιολογούν οι γονείς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής

PedsQL™ Version 4.0 - Greek

Αναφορά μικρού παιδιού (ηλικίες 5-7 ετών)

	N	Mean	SD
Σωματική Λειτουργικότητα	71	71.83	12.93
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	71	66.48	20.36
Κοινωνική Λειτουργικότητα	71	71.41	20.58
Σχολική Λειτουργικότητα	71	75.21	16.02
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	71	71.03	14.13
Σύνολο	71	71.31	12.20

3.9 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ ΜΕ DLD – ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ

Στον ΠΙΝΑΚΑ 18 οι γονείς των παιδιών που φοιτούν στον παιδικό σταθμό καταγράφουν υψηλή λειτουργικότητα σε όλους τους τομείς της Ποιότητας Ζωής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής PedsQL™ Version 4.0 - Greek

ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ για ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ (ηλικίες 2-4 ετών)

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Σωματική Λειτουργικότητα	89	69	100	93.08	7.83
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	89	30	100	82.25	17.33
Κοινωνική Λειτουργικότητα	89	40	100	86.97	15.12
Σχολική Λειτουργικότητα	89	42	100	89.89	14.29
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	89	54	100	85.83	12.46
Σύνολο	89	64	100	88.59	9.34

4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

4.1 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Οι τιμές που σημειώνονται στο Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (ΠΙΝΑΚΑΣ 19) είναι χαμηλές καταδεικνύοντας απουσία δυσκολιών στα παιδιά του δείγματος ελέγχου. Η υψηλότερη τιμή καταγράφεται στην κοινωνική συμπεριφορά ενώ η χαμηλότερη στα προβλήματα με συνομηλίκους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ (SDQ-HEL)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Συναισθηματικές διαταραχές	0	7	1.23	1.45
Προβλήματα συμπεριφοράς	0	7	1.46	1.37
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	0	6	1.93	1.58
Προβλήματα συνομηλίκων	0	6	0.95	1.21
Κοινωνική συμπεριφορά	3	10	8.23	1.80
Συνολική βαθμολογία	0	15	5.57	3.90

4.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής των γονέων του δείγματος ελέγχου φαίνεται να είναι υψηλή καθώς οι βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις βρίσκονται στο ανώτερο άκρο (ΠΙΝΑΚΑΣ 20).

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ WHOQOL-BREF)

	MEAN	SD
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	77.30	12.83
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	74.51	12.61
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	73.57	16.35
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	65.71	12.46

4.3 ΓΟΝΕΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Οι γονείς δεν καταδεικνύουν υψηλό γονεϊκό άγχος (ΠΙΝΑΚΑΣ 21), όπως και οι γονείς παιδιών με DLD, καθώς καταγράφονται υψηλές τιμές στα λήμματα που σχετίζονται με θετικές πλευρές της γονεϊκότητας (π.χ. 1,2,5) και χαμηλές τιμές στα λήμματα που σχετίζονται με αρνητικές τιμές της γονεϊκότητας (π.χ. 11,13,16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΟΝΕΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (PSS)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Είμαι χαρούμενος στο ρόλο μου ως γονιός	3	5	4.75	0.46
Θα έκανα τα πάντα για το παιδί μου, αν ήταν απαραίτητο	1	5	4.75	0.78
Φροντίζοντας το παιδί μου μερικές φορές μου παίρνει περισσότερη ώρα και ενέργεια από αυτό που έχω να δώσω	1	5	3.43	1.23
Μερικές φορές ανησυχώ για το αν κάνω αρκετά για το παιδί μου	1	5	3.66	1.12
Αισθάνομαι κοντά στο παιδί μου	3	5	4.65	0.54
Απολαμβάνω να περνάω χρόνο με το παιδί μου	2	5	4.70	0.58
Το παιδί μου αποτελεί σημαντική πηγή στοργής για μένα	3	5	4.88	0.36
Το ότι έχω παιδί μου δίνει μια πιο θετική και αισιόδοξη οπτική για το μέλλον	2	5	4.71	0.58
Η μεγαλύτερη πηγή άγχους στη ζωή μου είναι το παιδί μου	1	5	2.66	1.34
Το να έχω παιδί, μου αφήνει λίγο χρόνο και ευελιξία στη ζωή μου	1	5	2.96	1.13
Το να έχω παιδί αποτελεί οικονομική επιβάρυνση	1	5	1.94	1.04

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Είναι δύσκολο να ισορροπήσω διαφορετικές υποχρεώσεις εξαιτίας του παιδιού μου	1	5	2.70	1.11
Η συμπεριφορά του παιδιού μου είναι συχνά πηγή ντροπής ή άγχους για μένα	1	5	1.48	0.82
Αν έπρεπε να το ξανακάνω, ίσως και να αποφάσιζα να μην κάνω παιδιά	1	5	1.22	0.70
Νιώθω καταβεβλημένος με την ευθύνη του να είμαι γονιός	1	5	2.09	1.16
Το ότι έχω παιδιά σημαίνει ότι έχω λίγες επιλογές και ελάχιστο έλεγχο στη ζωή μου	1	5	1.91	0.92
Είμαι ικανοποιημένος από το ρόλο μου ως γονιός	2	5	4.33	0.67
Βρίσκω τα παιδιά μου ευχάριστα	3	5	4.85	0.37

4.4 ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (ΠΙΝΑΚΑΣ 22) διαπιστώνεται ότι οι γονείς των παιδιών του δείγματος ελέγχου καταγράφουν τη χαμηλότερη τιμή στην κλίμακα της κατάθλιψης ενώ την υψηλότερη τιμή στην κοινωνική δυσλειτουργία, όπως και οι γονείς παιδιών με DLD.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

	Minimum	Maximum	Mean	SD
Σωματικά συμπτώματα	7	20	11.61	3.28
Άγχος και απνία	7	22	11.88	3.30
Κοινωνική δυσλειτουργία	7	18	13.47	1.80
Κλινική κατάθλιψη	7	17	7.86	1.45

4.5 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ

Οι γονείς παιδιών που φοιτούν σε παιδικό σταθμό δεν φαίνεται να ανησυχούν για την Ποιότητα Ζωής των παιδιών τους, καθώς καταγράφεται υψηλή τιμή σε όλες τις διαστάσεις συνεπώς καλύτερη λειτουργικότητα (ΠΙΝΑΚΑΣ 23). Την υψηλότερη βαθμολογία οι γονείς την αποδίδουν στη σωματική υγεία και χαμηλότερα βαθμολογούν την συναισθηματική υγεία των παιδιών τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής

PedsQL™ Version 4.0 - Greek

ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ για ΠΑΙΔΙΑ ΠΑΙΔΙΚΟΥ ΣΤΑΘΜΟΥ (ηλικίες 2-4 ετών)

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Σωματική Λειτουργικότητα	44	69	100	92.97	8.06
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	44	50	100	83.30	16.13
Κοινωνική Λειτουργικότητα	44	60	100	90.91	11.82
Σχολική Λειτουργικότητα	44	42	100	86.17	15.96
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	44	60	100	86.89	10.97
Σύνολο	44	69	100	89.20	8.60

4.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Στην καταγραφή της αυτοαναφοράς μικρού παιδιού για την Ποιότητα Ζωής τους (ΠΙΝΑΚΑΣ 24), παρατηρούνται χαμηλότερες σε απόλυτο βαθμό βαθμολογίες συγκριτικά με αυτές των γονέων που καταγράφονται στον προηγούμενο πίνακα, στις κλίμακες της σωματικής υγείας και κοινωνικών δραστηριοτήτων, ενώ φαίνεται τα παιδιά να βαθμολογούν υψηλότερα τη συναισθηματική τους υγεία και τις σχολικές δραστηριότητες .

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής

PedsQL™ Version 4.0 - Greek

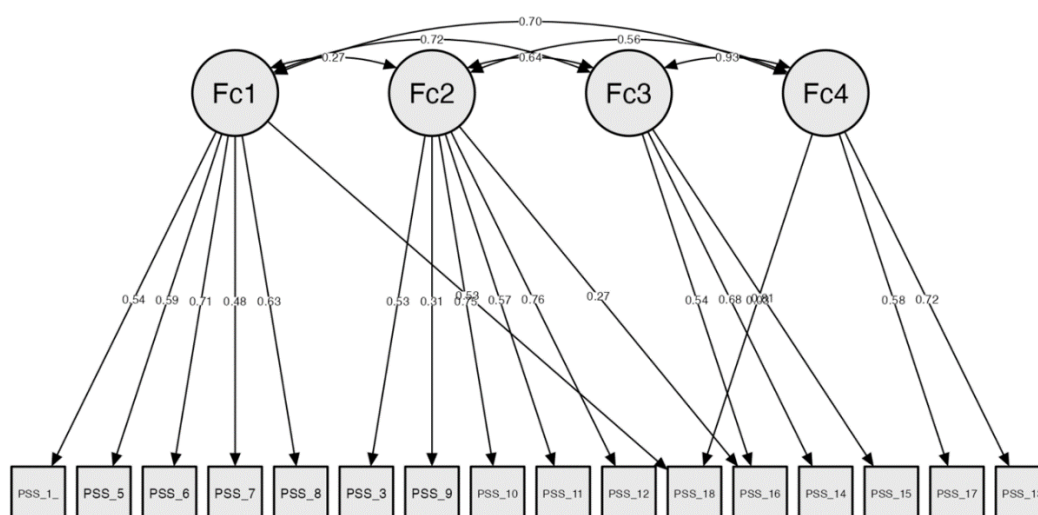
Αναφορά μικρού παιδιού (ηλικίες 5-7 ετών)

	N	Mean	SD
Σωματική Λειτουργικότητα	102	85.36	12.93
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	102	84.36	14.25
Κοινωνική Λειτουργικότητα	102	88.63	13.44
Σχολική Λειτουργικότητα	102	88.97	13.54
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	102	87.32	11.08
Σύνολο	102	86.64	10.91

5. ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ PSS

Η διερεύνηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας PSS σε γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με DLD (204 γονείς, ηλικίας 39.4 ± 5.7 , 124 μητέρες και 80 πατέρες), έδειξε ότι το γονεϊκό άγχος σε αυτόν τον πληθυσμό περιγράφεται καλύτερα με την κατανόηση των τεσσάρων αρχικών παραγόντων όπως αυτό καθορίστηκε από τους συγγραφείς της κλίμακας (ΣΧΗΜΑ 1).

Σχήμα 1. Επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων για την κλίμακα γονεϊκού άγχους, αρχικό μοντέλο 4 παραγόντων. Fc1 = γονεϊκές ανταμοιβές- Fc2 = γονεϊκοί στρεσογόνοι παράγοντες- Fc3 = έλλειψη έλεγχου- Fc4 = γονεϊκή ικανοποίηση.



Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μοντέλο των τεσσάρων παραγόντων συμφωνεί με τα δεδομένα καθώς όλες οι τιμές των δεικτών είναι εντός των ορίων καταλληλότητας όπως φαίνεται στον Πίνακα 25.

Πίνακας 25. Αξιολόγηση της καταλληλότητας του μοντέλου.

Μέτρηση	Όριο	Μοντέλο 4 παραγόντων
χ^2/df	≤ 2.0	1.27
RMSEA	≤ 0.06	0.04
NFI	≥ 0.90	0.94
CFI	≥ 0.90	0.98
TLI	≥ 0.90	0.98

χ^2 = chi square, df = degrees of freedom, RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation, NFI= Normed Fit Index, CFI=Comparative Fit Index, TLI = Tucker-Lewis Index

Επιπλέον, η αξιοπιστία της κλίμακας βρέθηκε υψηλή (McDonald's $\omega = 0.79$, Cronbach's $\alpha = 0.78$) ενώ η συγκλίνουσα εγκυρότητα υποστηρίχθηκε από τη συσχέτιση, προς την αναμενόμενη κατεύθυνση, με παρόμοιες γονεϊκές ψυχολογικές μεταβλητές (ΠΙΝΑΚΑΣ 26).

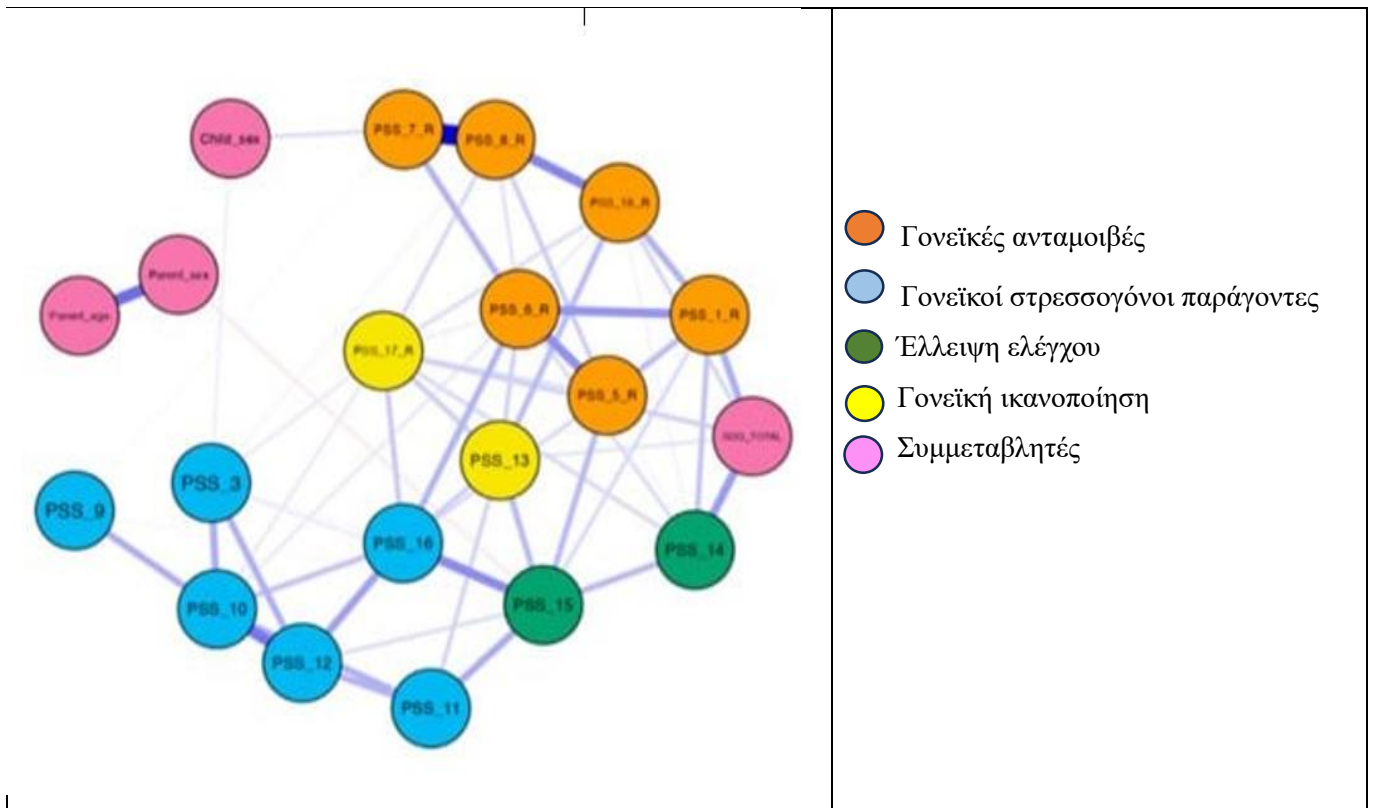
Πίνακας 26. Συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας PSS, του τομέα της ψυχολογικής HRQoL του WHOQoL-BREF, των υποκλιμάκων Συναισθηματική Λειτουργικότητα α και Ανησυχία του PedsQLTM Family Impact.

	PSS Συνολική Βαθμολογία	Ψυχολογική WHOQoL	FI Συναισθηματική Λειτουργικότητα	FI Ανησυχία
PSS Συνολική Βαθμολογία				
Ψυχολογική WHOQoL	-0.372 ***			
FI Συναισθηματική Λειτουργικότητα	-0.337 ***	0.499***		
FI Ανησυχία	-0.236**	0.261***	0.471***	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Το μοντέλο των 4 παραγόντων υποστηρίζεται περαιτέρω από την ανάλυση δικτύου. Στο Σχήμα 2 παρουσιάζεται το δίκτυο μεταξύ των 16 στοιχείων της κλίμακας γονεϊκού άγχους (μπλε, πράσινο, κίτρινο, πορτοκαλί) και των συνδιακυμάνσεων (ροζ) με τις τέσσερις μεταβλητές (φύλο γονέων, ηλικία γονέων, φύλο παιδιού, συνολική βαθμολογία SDQ). Οι κόμβοι στη συντριπτική τους πλειονότητα συνδέονται θετικά, με αρκετές ισχυρές συνδέσεις, υποδεικνύοντας ότι οι δηλώσεις αυτές τείνουν να συνυπάρχουν. Παρατηρήθηκε μια ελαφρά αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φύλου των γονέων και του λήμματος 15 («Αισθάνομαι συγκλονισμένος από την ευθύνη να είμαι γονέας»), γεγονός που δείχνει ότι οι μητέρες τείνουν να αισθάνονται περισσότερο επιβαρυνμένες σε σύγκριση με τους πατέρες. Οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες (συνολική βαθμολογία SDQ) συσχετίστηκαν θετικά, αν και όχι σε μεγάλο βαθμό, με το λήμμα 1 («είμαι χαρούμενος με το ρόλο μου ως γονιός», αντίστροφη βαθμολόγηση) και το λήμμα 14 («αν έπρεπε να το ξανακάνω, μπορεί να μην έκανα παιδιά»), υποδεικνύοντας ότι οι γονείς που ανέφεραν περισσότερα προβλήματα για το παιδί τους έτειναν να βαθμολογούν υψηλότερα τις αρνητικές πλευρές της γονεϊκότητας, αναφέροντας περισσότερες δυσκολίες για τους ίδιους ως γονείς.

Σχήμα 2. Ανάλυση δικτύου των 16 στοιχείων της κλίμακας γονεϊκού άγχους και των συμμεταβλητών. Οι μπλε γραμμές αντιπροσωπεύουν θετικές συσχετίσεις και οι κόκκινες γραμμές αρνητικές. Η φωτεινότητα και το πάχος των κορυφών αντικατοπτρίζουν τη δύναμη της συσχέτισης.



6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ ΜΕ DLD - ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟΥ ΜΕ DLD

Ο Πίνακας 27 παρουσιάζει τη μέση βαθμολογία σε κάθε διάσταση της Σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL), τις συνοπτικές βαθμολογίες και τη συνολική βαθμολογία για τις αναφορές των παιδιών (μέση ηλικία: $5,36 \pm 0,48$, 30 αγόρια, 23 κορίτσια) και των μητέρων (μέση ηλικία: $38,51 \pm 5,2$). Τα παιδιά κατέγραψαν την υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της σχολικής λειτουργικότητας ($78,7 \pm 13,6$), ακολουθούμενη από τη σωματική ($73,1 \pm 13,8$) και την κοινωνική λειτουργικότητα ($72,6 \pm 22,2$). Η χαμηλότερη τιμή αναφέρθηκε από τα παιδιά στη συναισθηματική διάσταση ($64,9 \pm 19,0$). Οι μητέρες αξιολόγησαν τη σωματική λειτουργικότητα των παιδιών τους ως υψηλότερη ($87,6 \pm 13,8$), ακολουθούμενη από τη σχολική ($87,0 \pm 13,1$) και την κοινωνική ($85,6 \pm 16,1$) λειτουργικότητα. Οι μητέρες ανέφεραν ότι η συναισθηματική λειτουργικότητα των παιδιών τους ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με άλλες διαστάσεις της HRQoL.

Σε όλες τις διαστάσεις, τις συνοπτικές βαθμολογίες και τη συνολική βαθμολογία, οι μητέρες αξιολόγησαν την HRQoL του παιδιού τους στατιστικά ($p < 0,001$) υψηλότερα σε σύγκριση με την υποκειμενική εμπειρία των παιδιών τους. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι μητέρες πιθανώς υπερεκτίμησαν την HRQoL των παιδιών.

Πίνακας 27: Μέσος όρος και SD σε όλους τους τομείς της HRQoL σύμφωνα με την αναφορά παιδιών και μητέρων (PedsQL™ 4.0)

HRQoL	Αναφορά παιδιού	Αναφορά μητέρων	p
	Mean±SD		
Σωματική Λειτουργικότητα	73.1±13.8	87.6±13.8	<0.001
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	64.9±19.0	81.8±14.7	<0.001
Κοινωνική Λειτουργικότητα	72.6±22.2	85.6±16.1	<0.001
Σχολική Λειτουργικότητα	78.7±13.6	87.0±13.1	<0.001
Ψυχοκοινωνική Υγεία	72.1±13.8	84.8±11.1	<0.001
Συνολική Βαθμολογία	72.4±12.2	85.7±10.3	<0.001

Η συμφωνία παιδιών-μητέρων ήταν πολύ φτωχή ($ICC < 0,40$) σε όλες τις πτυχές της HRQoL. Η σωματική, κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα, οδήγησαν σε τιμές ICC 0,07, 0,07, 0,05 και 0,07 αντίστοιχα, υποδεικνύοντας πολύ φτωχή συμφωνία παιδιών-μητέρων. Η συναισθηματική λειτουργικότητα, η ψυχοκοινωνική υγεία και η συνολική βαθμολογία οδήγησαν σε αρνητικές τιμές ICC. Επομένως, σε αυτές τις διαστάσεις οι μητέρες και τα παιδιά τους διαφέρουν

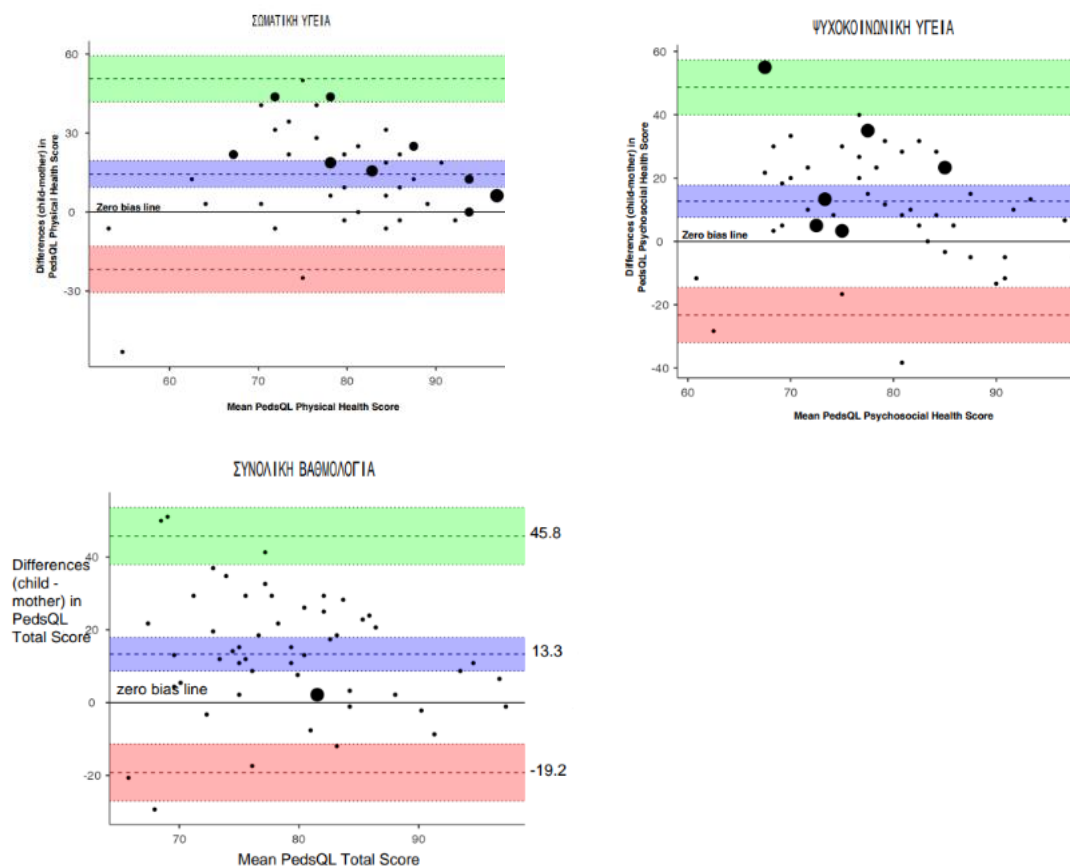
μεταξύ τους, κατά μέσο όρο, περισσότερο από ό,τι κάθε παιδί διαφέρει από τα άλλα παιδιά. (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Συμφωνία μητέρων -παιδιών σε όλες τις πτυχές της HRQoL

Διάσταση ποιότητας ζωής	ICC
ΣΩΜΑΤΙΚΗ	-0.071
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ	-0.045
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ	0.098
ΣΧΟΛΙΚΗ	0.042
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ	-0.040
ΣΥΝΟΛΙΚΗ	-0.065

Αξιολογώντας περαιτέρω τη συμφωνία παιδιών-μητέρων σχετικά με τη σωματική και ψυχοκοινωνική βαθμολογία, καθώς και τη συνολική βαθμολογία του PedsQL™, με τη βοήθεια των διαγραμμάτων Bland-Altman, οι διαφορές συμφωνίας παιδιών-γονέων υποδεικνύονται με κουκκίδες, ενώ το μέγεθος των κουκκίδων αυξάνεται με την αύξηση του αριθμού των ζευγαριών παιδιών-γονέων με την ίδια βαθμολογία διαφοράς.

ΣΧΗΜΑ 3: Συμφωνία παιδιών-μητέρων σχετικά με τη σωματική και ψυχοκοινωνική βαθμολογία, καθώς και τη συνολική βαθμολογία του PedsQL™



Τα παρατηρούμενα (κατώτερα και ανώτερα) όρια συμφωνίας (Πίνακας 29) δείχνει ότι οι μητέρες αξιολογούν περισσότερο, με τις παραπάνω τιμές (κατά μέσο όρο), την HRQoL του παιδιού τους από ό,τι τα παιδιά τους. Η οπτική επιθεώρηση δείχνει μεγάλη διασπορά των σημείων και στα τρία διαγράμματα, γεγονός που υποδηλώνει φτωχή συμφωνία. Επιπλέον, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η μεροληψία είναι σημαντική, καθώς η γραμμή ισότητας δεν βρίσκεται εντός του διαστήματος εμπιστοσύνης της μέσης διαφοράς.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ

Περιορισμοί συμφωνίας			
HRQoL	Εκτίμηση σφάλματος (95% CI)	Κατώτερο (95% CI)	Ανώτερο (95% CI)
Σωματική υγεία	14.4 (9.3 – 19.5)	-21.8 (-30.5—13.0)	50.6 (41.9-59.4)
Ψυχοκοινωνική υγεία	12.7 (7.6-17.8)	-23.2 (-31.9—14.5)	48.6 (39.9-57.3)
Σύνολο	13.3 (8.7-17.9)	-19.2 (-27.1—11.3)	45.8 (37.9-53.7)

CI: Διάστημα εμπιστοσύνης

7. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ DLD ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΠΗΡΑΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

	ΠΑΙΔΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΑ	55	43.7
Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.	71	56.3
ΣΥΝΟΛΟ	126	100.0

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΗΡΑΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

	ΓΟΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	146	38.8
ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	44	11.7
ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ	102	27.1
Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.	230	61.2
ΣΥΝΟΛΟ	376	100.0

Οι γονείς των παιδιών με DLD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου δεν εμφανίζουν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά που αφορά στο γονεϊκό άγχος, τη Γενική υγεία και την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΠΙΝΑΚΑΣ 32). Η μόνη αναφορά εντοπίζεται στα σωματικά συμπτώματα που οι γονείς της ομάδας ελέγχου σημειώνουν περισσότερα συμπτώματα, εύρημα το οποίο μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο. Φαίνεται ότι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά δεν δυσκολεύουν τους γονείς, δεν τους επιβαρύνουν και δεν επιδρούν αρνητικά στην καθημερινότητά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Σύγκριση μεταβλητών PSS - WHOQOL-BREF- GHQ-28

	Γονείς παιδιών με DLD (N=230)	Γονείς παιδιών ομάδας ελέγχου (N=146)	p
Συνολική βαθμολογία PSS	33.71±7.10	34.42±7.97	0.332
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	76.43±12.37	77.30±12.83	0.450
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	74.98±12.16	74.51±12.61	0.833
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	73.12±15.12	73.57±16.35	0.779
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	66.97±11.41	65.71±12.46	0.448
Σωματικά συμπτώματα	10.84±3.12	11.61±3.28	0.019
Άγχος και αυπνία	11.57±3.27	11.88±3.30	0.422
Κοινωνική δυσλειτουργία	13.68±1.79	13.47±1.80	0.416
Κλινική κατάθλιψη	7.90±1.74	7.86±1.45	0.137

Όσον αφορά την αναφερόμενη από τους γονείς ποιότητα ζωής των παιδιών τους (ΠΙΝΑΚΑΣ 33) και λαμβάνοντας υπόψη το πλαίσιο φοίτησης και την ανάπτυξη του λόγου σε σχέση με την χρονολογική ηλικία των παιδιών του δείγματος παρατηρείται ότι τα παιδιά του παιδικού σταθμού (2-4 ετών) δεν εμφανίζουν καμία στατιστικά σημαντική διαφορά, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι γονείς των παιδιών με DLD και του δείγματος ελέγχου δεν εντοπίζουν δυσκολίες στην λειτουργικότητα των παιδιών τους. Ωστόσο, αναφορικά με τα παιδιά που φοιτούν στο νηπιαγωγείο (5-6 ετών) παρατηρείται ότι οι γονείς των παιδιών με DLD αναφέρουν χαμηλότερη σχολική ($p \leq 0.009$) και κοινωνική λειτουργικότητα ($p \leq 0.043$) σε σχέση με τους γονείς των παιδιών της ομάδας ελέγχου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Αναφερόμενη από τους γονείς Ποιότητα Ζωής παιδιών με DLD και ομάδας ελέγχου (παιδικό σταθμό και νηπιαγωγείο)

ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ PedsQL	Παιδικός Σταθμός (2-4 ετών)			Νηπιαγωγείο (5-6 ετών)		
	DLD (N=90)	Control (N=44)	p	DLD (N=140)	Control (N=102)	p
Σωματική Λειτουργικότητα	93.08±7.83	92.97±8.06	0.929	85.1±18.74	85.36±12.9	0.208
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	82.25±17.33	83.30±16.13	0.843	83.77±14.81	84.36±14.25	0.864
Κοινωνική Λειτουργικότητα	86.97±15.12	90.91±11.82	0.143	83.59±17.94	88.63±13.44	0.043*
Σχολική Λειτουργικότητα	89.89±14.29	86.17±15.96	0.192	83.66±16.05	88.97±13.54	0.009**
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	85.83±12.46	86.89±10.97	0.844	83.67±12.67	87.32±11.08	0.023*
Σύνολο	88.59±9.34	89.20±8.60	0.850	84.17±13.25	86.64±10.91	0.263

Κατά τις αναφορές των γονέων για τις δυσκολίες και τις δυνατότητες (ΠΙΝΑΚΑΣ 34) παρατηρούμε ότι τόσο οι γονείς των παιδιών με DLD όσο και του δείγματος ελέγχου δεν εντοπίζουν δυσκολίες στις διαστάσεις των συναισθηματικών διαταραχών, προβλημάτων συμπεριφοράς, κοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων με συνομηλίκους. Ωστόσο, οι γονείς παιδιών με DLD καταγράφουν στατιστικά σημαντική διαφορά στη μεταβλητή της Υπερκινητικότητας/διάσπασης προσοχής ($p<0.001$) σε σχέση με τους γονείς των παιδιών της ομάδας ελέγχου υποδεικνύοντας ότι τα παιδιά με DLD αναφέρονται ως έχοντα αυξημένη κινητικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Αναφορές των γονέων για τις δυσκολίες και τις δυνατότητες

SDQ			
	DLD (N=230)	Control (N=146)	p
Συναισθηματικές διαταραχές	1.27±1.61	1.23±1.45	0.90
Προβλήματα συμπεριφοράς	1.87±1.78	1.46±1.37	0.89
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	2.95±1.96	1.93±1.58	<0.001***
Προβλήματα συνομηλίκων	1.01±1.27	0.95±1.21	0.98
Κοινωνική συμπεριφορά	8.06±1.59	8.23±1.80	0.85
Συνολική βαθμολογία	7.10±4.62	5.57±3.91	0.103

Διαχωρίζοντας τα παιδιά σε σχέση με το πλαίσιο φοίτησης (νηπιαγωγείο – παιδικό σταθμό) φαίνεται το ίδιο μοτίβο να παρατηρείται και στα παιδιά του νηπιαγωγείου (ΠΙΝΑΚΑΣ 35). Δεν υπάρχουν διαφορές στις διαστάσεις πάρα μόνο στη μεταβλητή της Υπερκινητικότητας/διάσπασης προσοχής ($p<0.001$) που τα παιδιά με DLD καταγράφουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Ωστόσο, αναφορικά με τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες σε σχέση με το πλαίσιο φοίτησης στα παιδιά νηπιαγωγείου παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά και στα προβλήματα συμπεριφοράς (ΠΙΝΑΚΑΣ 35), υποδεικνύοντας ότι τα εξωτερικευμένα προβλήματα είναι υψηλότερα στα παιδιά νηπιαγωγείου με DLD από ότι στα παιδιά του παιδικού σταθμού με DLD. Αυτό ίσως να εξηγείται από το γεγονός ότι αυτά εμφανίζονται στην όψιμη προσχολική ηλικία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Αναφορές των γονέων ανάλογα το πλαίσιο φοίτησης των παιδιών
για τις δυσκολίες και τις δυνατότητες τους**

SDQ						
	Νηπιαγωγείο (5-6 ετών)			Παιδικό Σταθμό (2-4 ετών)		
	DLD (N=140)	Control (N=102)	P	DLD (N=90)	Control (N=44)	P
Συναισθηματικές διαταραχές	1.27±1.61	1.42±1.57	0.251	1.28±1.62	0.77±1.00	0.090
Προβλήματα συμπεριφοράς	1.79±1.63	1.31±1.32	0.031	1.99±1.99	1.80±1.44	0.898
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	3.12±2.08	2.08±1.68	0.001	2.68±1.72	1.59±1.28	0.001
Προβλήματα συνομηλίκων	0.99±1.31	0.90±1.17	0.611	1.03±1.21	1.07±1.31	0.988
Κοινωνική συμπεριφορά	8.01±1.64	8.27±1.83	0.065	8.14±1.52	8.14±1.74	0.850
Συνολική βαθμολογία	7.17±4.40	5.72±4.09	0.006	6.98±4.97	5.23±3.45	0.103

Συγκρίνοντας την ποιότητα ζωής των παιδιών (αυτοαναφορά) με DLD και των παιδιών της ομάδας ελέγχου που φοιτούν στο νηπιαγωγείο (ΠΙΝΑΚΑΣ 36), διαπιστώνουμε ότι τα παιδιά με DLD βαθμολόγησαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα (υποδηλώνοντας χειρότερη HRQoL) τη σωματική τους υγεία ($p = 0,02$, $r = 0,195$) και τις κοινωνικές τους δραστηριότητες ($p = 0,04$, $r = 0,176$). Κατά συνέπεια, η ψυχοκοινωνική συνοπτική βαθμολογία ($p = 0,05$, $r = 0,173$) και η συνολική βαθμολογία ($p = 0,03$, $r = 0,189$) της κλίμακας PedsQL είναι χαμηλότερη στην ομάδα DLD, υποδηλώνοντας ότι η ίδια η ομάδα δηλώνει φτωχότερη HRQoL.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Αναφορά παιδιών νηπιαγωγείου με DLD και ομάδας ελέγχου για την Ποιότητα Ζωής τους.

PedsQL dimension	Παιδιά Νηπιαγωγείου (5-6 ετών)		
	DLD (N=71)	Control (N=55)	p
Σωματική Λειτουργικότητα	71.83±12.93	77.16±14.59	0.02*
Συναισθηματική Λειτουργικότητα	66.48±20.36	71.45±21.29	0.16
Κοινωνική Λειτουργικότητα	71.41±20.58	78.73±17.21	0.04*
Σχολική Λειτουργικότητα	75.21±16.02	77.45±16.24	0.42
Σύνολο Ψυχοκοινωνικής Υγείας	71.03±14.13	75.58±15.38	0.05*
Σύνολο	71.31±12.20	76.13±13.26	0.03*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων για τις διαταραχές λόγου και επικοινωνίας, του γονεϊκού άγχους σε ομάδα παιδιών με DLD και την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής τους.

Αντιλήψεις για την DLD, γονεϊκό άγχος, ποιότητα ζωής και γενική υγεία των γονέων

Από τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι οι γονείς δεν θεωρούν ιδιαίτερα απειλητική τη DLD, ότι οι δυσκολίες λόγου θα διαρκέσουν μικρό χρονικό διάστημα και ότι η θεραπεία θα βοηθήσει πολύ τις δυσκολίες στο λόγο των παιδιών τους. Αυτό μπορεί να εξηγείται γιατί το δείγμα μας αποτελούν παιδιά προσχολικής ηλικίας ενώ παράλληλα η εμπιστοσύνη των γονέων στη θεραπεία να μειώνει την ένταση της «απειλής». Θα μπορούσε επιπλέον να συμβαίνει διότι οι γονείς δε γνωρίζουν πολλά για τη συγκεκριμένη διαταραχή, αφού έχει λάβει σχετικά μικρό ερευνητικό ενδιαφέρον σε σύγκριση με το φάσμα του αυτισμού (ASD) και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ADHD)⁶².

Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς σκέφτονται και κατανοούν τη διαταραχή των παιδιών τους είναι πολύ σημαντικός με αποτέλεσμα να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο την αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, οι ανησυχίες των γονέων φαίνεται να μην συμβαδίζουν με άλλες μελέτες στις οποίες οι γονείς φαίνεται να ανησυχούν αρκετά με τις αναπτυξιακές γλωσσικές δυσκολίες των παιδιών τους⁹⁷. Για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά οι γονείς δημιουργούν τις δικές τους προσωπικές αναπαραστάσεις για τη διαταραχή, αλλά συχνά τα ίδια τα παιδιά με DLD «καμουφλάρουν» τις δυσκολίες τους. Ο όρος «καμουφλάζ» αναφέρεται σε συνειδητές ή ασυνειδητές στρατηγικές ή συμπεριφορές που ελαχιστοποιούν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των ατόμων, μέσω της συγκαλύψης και της αντιστάθμισης²⁰¹. Επίσης, συμβάλλει στην εξάντληση των παιδιών, την ψυχική τους υγεία, την αυτοεκτίμηση, την προσωπικότητα, τις φιλίες και τον τρόπο με τον οποίο τα βλέπουν οι άλλοι²⁰². Κατά τη μελέτη του αυτισμού, το «καμουφλάζ» έχει προταθεί ως λόγος για την υποανίχνευση του αυτισμού σε γυναίκες και κορίτσια²⁰³, ενώ στα άτομα με DLD φέρεται να ευθύνεται για την καθυστέρηση της αναγνώρισης των γλωσσικών αναγκών των παιδιών και να επηρεάζει την έγκαιρη παρέμβαση. Η αντίληψη ενός γονέα για τη διαταραχή λόγου ή ομιλίας του παιδιού του μπορεί τελικά να είναι η κινητήριος δύναμη για την ολοκλήρωση και την επιτυχή θεραπεία, αν και διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη στη βιβλιογραφία και δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να εξετάζουν τις αντιλήψεις των γονιών σχετικά με τη διαταραχή.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα της μελέτης όσον αφορά στο γονεϊκό άγχος καθώς οι γονείς δεν φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλό γονεϊκό άγχος. Καταγράφονται υψηλές τιμές στα λήμματα που σχετίζονται με θετικές πλευρές της γονεϊκότητας και χαμηλές τιμές στα λήμματα που

σχετίζονται με αρνητικές πλευρές της γονεϊκότητας. Τα αποτελέσματα δεν συμβαδίζουν με τη βιβλιογραφία καθώς μελέτες καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα στρες σε οικογένειες παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές που σχετίζονται με την ανατροφή τους. Για παράδειγμα, τα επίπεδα γονεϊκού άγχους γενικά, είναι υψηλότερα μεταξύ των γονέων παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές σε σχέση με τους γονείς παιδιών τυπικής ανάπτυξης⁹³. Δεδομένου ότι η DLD μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην επικοινωνία γονέα-παιδιού, μπορεί επίσης να προκαλέσει άγχος στους γονείς. Πράγματι, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι μητέρες παιδιών με γλωσσικά προβλήματα έχουν αυξημένο γονεϊκό στρες σε σύγκριση με τις μητέρες παιδιών με τυπική γλωσσική ανάπτυξη¹⁰⁰. Αυτό είναι ένα σταθερό εύρημα σε όλες τις μελέτες^{101,102} στα νήπια- οι γονείς των νηπίων με γλωσσική καθυστέρηση αναφέρουν υψηλότερο γονεϊκό στρες σε σύγκριση με τους γονείς των νηπίων με τυπική ανάπτυξη. Μια άλλη μελέτη¹⁰³ διαπίστωσε ότι οι μητέρες νηπίων με γλωσσική καθυστέρηση θεωρούσαν τη σχέση με το παιδί τους πιο αγχωτική σε σύγκριση με τις μητέρες νηπίων χωρίς γλωσσικά προβλήματα. Στην ίδια μελέτη, οι μητέρες των νηπίων με γλωσσική καθυστέρηση ανέφεραν επίσης υψηλότερα επίπεδα δυσλειτουργικών αλληλεπιδράσεων με το παιδί τους, στη μέτρηση του γονικού στρες, σε σύγκριση με την ίδια ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, στη βιβλιογραφία οι γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας με γλωσσικά προβλήματα φαίνεται να αισθάνονται ανασφαλείς και ανήμποροι στη γονεϊκότητα, αυξάνοντας, επομένως, το γονεϊκό τους στρες λόγω του αισθήματος ανικανότητας όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας με το παιδί τους^{98,99}. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η γλωσσική ανάπτυξη μπορεί να επηρεάζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως το γονεϊκό στρες¹⁰⁵. Αν και το θέμα αυτό δεν έχει μελετηθεί ευρέως, είναι γνωστό ότι το άγχος που αναφέρουν οι γονείς σχετίζεται με τα γλωσσικά προβλήματα των παιδιών τους¹⁰¹. Επιπλέον, είναι επίσης γνωστό ότι το άγχος των γονέων μπορεί να επηρεάσει τις αλληλεπιδράσεις γονέα-παιδιού και αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στη γλωσσική ανάπτυξη¹⁰⁶. Συνολικά διαπιστώνεται ότι οι γονείς δε θεωρούν απειλητική τη DLD ούτε φαίνεται να έχουν ιδιαίτερο άγχος γι' αυτή.

Καθώς η κλίμακα μέτρησης του γονεϊκού άγχους (PSS) δεν είχε χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα σε πληθυσμό με αναπτυξιακές διαταραχές, έγινε διερεύνηση της εγκυρότητάς της. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το γονεϊκό άγχος σε αυτόν τον πληθυσμό με τη χρήση της PSS περιγράφεται καλύτερα με την κατανόηση των τεσσάρων αρχικών παραγόντων⁸⁹. Επιπλέον, η αξιοπιστία βρέθηκε υψηλή και η συγκλίνουσα εγκυρότητα υποστηρίχθηκε από τη συσχέτιση, προς την αναμενόμενη κατεύθυνση, με παρόμοιες γονεϊκές ψυχολογικές μεταβλητές. Τα ευρήματά της μελέτης επιβεβαιώνουν την παραγοντική δομή του PSS, επικυρώνοντας τις τέσσερις υποκλίμακες, οι οποίες μπορούν να προσδιοριστούν ως θετικές (υποκλίμακες γονεϊκές ανταμοιβές και γονεϊκή ικανοποίηση) και αρνητικές (γονεϊκοί στρεσογόνοι παράγοντες και έλλειψη ελέγχου) εμπειρίες. Αυτό συνάδει με προηγούμενες έρευνες όπου η παραγοντική ανάλυση του PSS αποκάλυψε την ίδια δομή τεσσάρων παραγόντων σε δείγμα γονέων παιδιών με χρόνιες παθήσεις και παιδιών ηλικίας 3-10 ετών^{183,185}. Συγκεκριμένα, η αρχική δομή τεσσάρων παραγόντων επιβεβαιώνεται σε

παιδιά με πρόσφατο διεγνωσμένο άσθμα, διαβήτη, επιληψία, τροφική αλλεργία και νεανική αρθρίτιδα, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι το PSS είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για αυτούς τους γονείς. Ωστόσο μελέτες στη βιβλιογραφία^{181,190} ταυτοποίησαν μια λύση δύο παραγόντων ως την καλύτερη προσαρμογή του μοντέλου αν και, ορισμένοι ερευνητές¹⁸¹ πρότειναν ότι οι τέσσερις παράγοντες μπορεί να αντιπροσωπεύουν υποδιαίρεσεις δύο παραγόντων, που ονομάζονται γονεϊκοί στρεσογόνοι παράγοντες και γονεϊκή ικανοποίηση. Η ίδια υπόθεση διατυπώθηκε και στην αρχική μελέτη⁸⁹, όπου υποστήριξαν τη διχοτομική άποψη (θετική και αρνητική) των γονεϊκών εμπειριών.

Η δομή των τεσσάρων παραγόντων υποστηρίζεται ακόμη περισσότερο από τα ευρήματα από την ανάλυση δικτύου όπου τα λήμματα του κάθε παράγοντα φαίνεται να συνδέονται μεταξύ τους. Όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα (γονικές ανταμοιβές), οι συσχετίσεις ήταν γενικά ισχυρές με το λήμμα 7 («το παιδί μου είναι σημαντική πηγή στοργής για μένα») και λήμμα 8 («το να έχω παιδί[α] μου δίνει μια πιο σίγουρη και αισιόδοξη άποψη για το μέλλον»), να παρουσιάζουν ισχυρότερη σύνδεση. Επιπλέον, ισχυρές συνδέσεις αποκαλύφθηκαν μεταξύ του λήμματος 8 («η ύπαρξη παιδιού[ων] μου δίνει μια πιο σίγουρη και αισιόδοξη άποψη για το μέλλον») και λήμματος 18 («βρίσκω το παιδί μου ευχάριστο»), καθώς και του λήμματος 1 («είμαι ευτυχισμένος με το ρόλο μου ως γονέας») με το λήμμα 5 («νιώθω κοντά στο παιδί μου [τα παιδιά μου]») και λήμμα 6 («απολαμβάνω να περνάω χρόνο με το/τα παιδί/α μου»). Αυτά τα στοιχεία έτειναν να συνυπάρχουν, υποδεικνύοντας ότι όταν οι γονείς απολαμβάνουν τη ζωή με τα παιδιά τους, είναι πιο ευτυχισμένοι και πιο αισιόδοξοι. Παρομοίως, υπήρχαν ισχυρές συνδέσεις, όπως το λήμμα 10 («το να έχεις παιδί[α] αφήνει λίγο χρόνο και ευελιξία στη ζωή μου») με το λήμμα 12 («είναι δύσκολο να εξισορροπήσω τις διάφορες ευθύνες εξαιτίας του παιδιού[ων]»). Αυτή η σύνδεση φαίνεται μάλλον λογική, δεδομένου ότι, οι γονείς με λιγότερο χρόνο, μπορεί εύκολα να βρεθούν να δυσκολεύονται ανάμεσα σε διάφορες ευθύνες. Στοιχεία από την έλλειψη ελέγχου και τη γονική ικανοποίηση συνδέονταν επίσης, αλλά λιγότερο ισχυρά. Ωστόσο, το αίσθημα της υπερβολής στους γονείς έτεινε να συνυπάρχει με το αίσθημα ότι έχουν λίγες επιλογές και ελάχιστο έλεγχο της ζωής τους. Η μόνη αρνητική σύνδεση εμφανής στο δίκτυο ήταν μεταξύ του φύλου των γονέων και του λήμματος 15 («Νιώθω καταβεβλημένος από την ευθύνη του να είσαι γονιός»), υπονοώντας ότι οι μητέρες τείνουν να αισθάνονται ότι είναι πιο δύσκολο γι' αυτές να αντιμετωπίσουν την ευθύνη του να είναι γονέας σε σύγκριση με τους πατέρες. Ωστόσο, η συσχέτιση ήταν πολύ ασθενής. Αυτό συνάδει με την ελληνική κουλτούρα, στην οποία, συνήθως, ο πατέρας χειρίζεται όλα τα οικονομικά θέματα και η μητέρα φροντίζει τα παιδιά²⁰⁴. Γονικές αναφορές σχετικά με τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες των παιδιών συσχετίστηκαν θετικά με τα λήμματα 1 («Είμαι ευτυχισμένος με το ρόλο μου ως γονέας-reversed») και 14 («αν μπορούσα να το ξανακάνω, ίσως αποφάσιζα να μην κάνω παιδιά»). Αυτές οι συνδέσεις συνάδουν με την ευρύτερη βιβλιογραφία, που δείχνει ότι οι γονείς παιδιών με ψυχικές δυσκολίες ή αναπτυξιακά προβλήματα αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους γονείς υγιών παιδιών²⁰⁵. Τέλος, τα λήμματα με τη

μεγαλύτερη ισχύ ήταν το 15 («Αισθάνομαι συγκλονισμένος από την ευθύνη του να είσαι γονιός») και 6 («Μου αρέσει να περνάω χρόνο με το/τα παιδί/α μου»). Επομένως, αυτά τα στοιχεία φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο γονεϊκό άγχος και μπορεί να αποτελούν σημαντικούς στόχους στην υποστήριξη γονέων παιδιών με DLD που αγωνίζονται με το άγχος στο γονεϊκό τους ρόλο.

Η αξιοπιστία της κλίμακας στο δείγμα μας βρέθηκε υψηλή, όπως ακριβώς και σε προηγούμενες μελέτες, τόσο στο γενικό πληθυσμό^{185,190}, όσο και σε γονείς σε διάφορα κλινικά δείγματα^{184,186}. Παράλληλα αναδείχθηκε και η συγκλίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας καθώς το γονεϊκό άγχος συσχετίστηκε με τη συναισθηματική λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τις ανησυχίες που ανέφεραν οι γονείς σχετικά με τον αντίκτυπο της DLD στην οικογένειά τους. Οι σχέσεις αυτές επισημαίνουν ότι το γονεϊκό στρες χαρακτηρίζεται από άγχος, θλίψη, θυμό, απογοήτευση και αίσθημα αδυναμίας ή απελπισίας (συναισθηματική λειτουργικότητα). Το γονεϊκό άγχος μπορεί επίσης να επηρεάσει την ποιότητα ζωής, εγείροντας θετικά και αρνητικά συναισθήματα και να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση των γονέων. Οι ανησυχίες των γονέων για τις θεραπείες των παιδιών, οι αντιδράσεις των άλλων ως προς τη διαταραχή του παιδιού αλλά και οι ανησυχίες τους για το μέλλον του παιδιού δείχνουν να συσχετίζονται ήπια με το γονικό άγχος στο δείγμα μας. Επιπλέον, και οι άλλες υποκλίμακες συσχετίστηκαν επίσης ασθενώς με το γονικό άγχος. Η ασθενής συσχέτιση μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η DLD δεν θεωρείται ασθένεια που χρειάζεται θεραπεία αλλά μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που χρειάζεται παρέμβαση. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, οι συσχετίσεις στο δείγμα μας συνάδουν με αρκετές μελέτες που αναφέρουν συσχέτιση μεταξύ του γονικού στρες και της ψυχολογικής δυσφορίας, αν και οι έρευνες αναφέρονται κυρίως σε γονείς παιδιών με ιατρικά νοσήματα¹⁸³²⁰⁶⁻²⁰⁸.

Αντίστοιχα με τις αντιλήψεις και το γονεϊκό στρες, φάνηκε ότι και η ποιότητα ζωής των γονέων δεν επηρεάζεται. Αυτό ενισχύεται επιπλέον από το γεγονός ότι δε θεωρούν «απειλητική» τη διαταραχή ούτε παρουσιάζουν αυξημένο γονεϊκό άγχος, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης. Οι βαθμολογίες σε όλες τις διαστάσεις βρίσκονται στο ανώτερο άκρο. Σε αυτό μπορεί να βοηθά το γεγονός ότι και τα ίδια τα παιδιά με DLD μπορεί να δείξουν ανθεκτικότητα σε προβλήματα ψυχικής υγείας αν και εφόσον έχουν μία ελπιδοφόρα προοπτική, μία ισχυρή αίσθηση αυτενέργειας και θετικές σχέσεις με τους συνομηλίκους και τους ενήλικες²⁰⁹. Επιπλέον, τα προβλήματα λόγου σε αυτή την ηλικία μπορεί να μην επιδρούν άμεσα στην ποιότητα ζωής των γονέων, καθώς οι γονείς τείνουν να πιστεύουν ότι τα παιδιά θα ξεπεράσουν τις δυσκολίες τους και ότι απλά είναι θέμα χρόνου. Ωστόσο, αν και οι μελέτες που διερευνούν τις αντιλήψεις των παιδιών με DLD και των γονέων τους σχετικά με την ποιότητα ζωής, είναι περιορισμένες, τα αποτελέσματα παρέχουν πρώιμες ενδείξεις ότι ακόμη και μια ήπια παρουσία της DLD μπορεί να επηρεάσει αρκετούς τομείς της HRQoL των γονέων¹⁴⁵.

Ποιότητα Ζωής των παιδιών με DLD

Όσον αφορά στην ΠΖ των παιδιών όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους γονείς τους, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι διαφορετικά αναλόγως της ηλικίας των παιδιών. Σύμφωνα με την άποψη των γονέων, τα παιδιά στον παιδικό σταθμό παρουσιάζουν παρόμοια ΠΖ σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Ωστόσο, αυτό δεν ίσχυε για τα παιδιά του νηπιαγωγείου. Σε αυτό το ηλικιακό φάσμα, οι γονείς παιδιών με DLD ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη ΠΖ στην κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τις αναφορές των γονέων παιδιών χωρίς γλωσσικά προβλήματα. Οι γονείς των παιδιών με DLD αναγνώρισαν δυσκολίες (χαμηλότερη βαθμολογία) στις κοινωνικές, σχολικές πτυχές της ΠΖ σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Αυτό συμφωνεί με τα βιβλιογραφικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η DLD μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την Ποιότητα Ζωής ενός παιδιού, όπως την αντιλαμβάνεται το παιδί ή ο γονέας του¹⁷⁰. Μελέτες που επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής σε παιδιά με προβλήματα επικοινωνίας¹⁴⁶, ηλικίας από 0 έως τα 18 έτη, διαπιστώνουν σταθερά αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα, π.χ. δυσκολίες στη συνεννόηση με τους άλλους, καθώς και δυσκολίες στην ψυχοκοινωνική ευημερία και τη σχολική λειτουργικότητα^{147,148}. Πράγματι, καθώς η γλώσσα είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία σχέσεων με άλλους ανθρώπους τα παιδιά με DLD τείνουν να αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες με τους συνομηλίκους τους από άλλα παιδιά²¹⁰. Σε ορισμένες μελέτες αναφέρεται ότι τα παιδιά με DLD είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα εκφοβισμού από τρίτους²¹¹, ενώ εκείνοι που έχουν καλύτερη επικοινωνία και κατανόηση των συναισθημάτων τους είναι λιγότερο πιθανό²¹². Επίσης, έχει βρεθεί ότι τα άτομα με DLD μπορεί να έχουν δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία αλλά έχουν πιο αναπτυγμένες τις προ-κοινωνικές δεξιότητες²¹³.

Επιπλέον τα ευρήματα της φτωχότερης κοινωνικής και σχολικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τα αποτελέσματα που ανέφεραν οι γονείς της ομάδας ελέγχου δεν αποτελούν έκπληξη και αντανακλούν τη φύση της ίδιας της διαταραχής, λαμβάνοντας υπόψη ότι η DLD αναφέρεται σε παιδιά που έχουν «γλωσσικά προβλήματα με σημαντικό αντίκτυπο στις καθημερινές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις ή στην εκπαιδευτική πρόοδο» και τα οποία «οδηγούν σε σημαντικές λειτουργικές βλάβες που είναι απίθανο να επιλυθούν χωρίς βοήθεια από ειδικούς»⁷¹. Η αρνητική συσχέτιση της κοινωνικής λειτουργικότητας και των διαταραχών της επικοινωνίας είναι ένα σταθερό εύρημα στη βιβλιογραφία, με μικρές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ηλικία των παιδιών και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες^{162,230,231}. Λαμβάνοντας υπόψη τις μελέτες που χρησιμοποίησαν την κλίμακα PedsQL, μια πρόσφατη μελέτη²³² διαπίστωσε ότι φτωχές γλωσσικές δεξιότητες σχετίζονται με όλους τους τομείς λειτουργικότητας της κλίμακας HRQoL για παιδιά ηλικίας κάτω των 9 ετών. Μια πιο πρόσφατη μελέτη²³³ διαπίστωσε ότι παιδιά ηλικίας 5-6 ετών με DLD, αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις σε ποικίλα περιβάλλοντα. Συγκεκριμένα, οι

εκπαιδευτικοί αξιολόγησαν ως ανεπαρκείς τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες - ωστόσο, η κοινωνική τους ικανότητα αξιολογήθηκε ως φυσιολογική. Οι γλωσσικές δεξιότητες των παιδιών προσχολικής ηλικίας αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τις κοινωνικές δεξιότητες στην ηλικία των 8 ετών και για τις γλωσσικές δεξιότητες στην ηλικία των 7 ετών, ωστόσο δεν προβλέπουν προβλήματα με τους συνομηλίκους στην ηλικία των 7 - 11 ετών σε παιδιά με DLD^{234,235}. Όσο τα παιδιά με DLD μεγαλώνουν, αντιμετωπίζουν ολοένα και περισσότερες δυσκολίες με τους συνομηλίκους, ακόμη και αν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι επικοινωνιακές τους δεξιότητες βελτιώνονται από την προσχολική στην σχολική ηλικία²³⁶⁻²³⁸. Στην παρούσα μελέτη, ακόμη και σε αυτή τη νεαρή ηλικία, οι γονείς έδειξαν να αντιλαμβάνονται ότι οι κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών τους ήταν φτωχότερες σε σύγκριση με εκείνες των συνομηλίκων τους.

Το εύρημα της φτωχότερης σχολικής λειτουργικότητας επίσης συνάδει με τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς τα παιδιά με DLD αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στο σχολείο, επειδή χρειάζονται επαρκείς γλωσσικές δεξιότητες για να συμμετάσχουν στη σχολική μάθηση^{157,163,164,232}. Σε μια διαχρονική μελέτη, παιδιά 9 ετών με DLD σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα σχολικής λειτουργικότητας PedsQL²³². Αρκετές μελέτες επίσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παιδιά με DLD εμφανίζουν φτωχότερη σχολική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς DLD^{162,163}. Όμως, τα δείγματα αυτών των μελετών αποτελούνταν κυρίως από παιδιά σχολικής ηλικίας. Είναι ενδιαφέρον ότι στη μελέτη μας, οι γονείς παιδιών νηπιαγωγείου με DLD παρατήρησαν προκλήσεις στη σχολική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς DLD. Αυτό φαίνεται να είναι ένα μάλλον σημαντικό εύρημα όσον αφορά την πρόληψη, υποδεικνύοντας ότι τα παιδιά με DLD θα πρέπει να παρακολουθούνται από την προσχολική ηλικία όσον αφορά την σχολική τους λειτουργικότητα και θα πρέπει να τους προσφέρονται γλωσσικές παρεμβάσεις. Στην Ελλάδα, η λογοθεραπεία δεν προσφέρεται στο σχολικό περιβάλλον, αλλά προσφέρεται κυρίως στον ιδιωτικό και, σπανιότερα, στον δημόσιο τομέα.

Η αυτοαναφερόμενη ΠΖ των παιδιών με DLD στην παρούσα μελέτη ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις διαστάσεις της σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και επακόλουθα, στη συνολική ψυχοκοινωνική βαθμολογία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα ήταν μάλλον μη αναμενόμενα, δεδομένου ότι η κύρια πρόκληση των παιδιών με DLD ήταν η επικοινωνία. Μολαταύτα, αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη συννοσηρότητα κινητικών δυσκολιών και δυσκολιών λόγου-ομιλίας. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι κινητικές δυσκολίες συνυπάρχουν στο 90% των παιδιών με δυσκολίες λόγου-ομιλίας, ενώ ο κινητικός συντονισμός μπορεί να συνυπάρχει στο 32,3% των παιδιών με DLD^{214,215}. Όσον αφορά στο εύρημα ότι τα παιδιά με DLD στη μελέτη μας ανέφεραν σημαντικά φτωχότερη κοινωνική λειτουργικότητα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, αυτό μπορεί να οφείλεται στον άμεσο αντίκτυπο των γλωσσικών τους δεξιοτήτων, γνωστό ζήτημα στη βιβλιογραφία, όπου παιδιά με γλωσσικά προβλήματα μπορεί να δυσκολεύονται να αλληλεπιδράσουν με συνομηλίκους και να

συμμετέχουν επιτυχώς σε συζητήσεις²¹⁶⁻²¹⁹. Σε μελέτη²²⁰ που χρησιμοποίησε ερωματολογία αυτοαναφοράς, τα παιδιά με DLD σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σενάρια επίλυσης συγκρούσεων και διαπραγμάτευσης, απαιτώντας κατάλληλη χρήση της γλώσσας σε σύνθετες περιστάσεις. Οι συγγραφείς της προαναφερθείσας μελέτης υπέθεσαν ότι τα παιδιά με DLD λόγω των περιορισμένων λεκτικών ικανοτήτων, αντιδρούν με ακατάλληλο κοινωνικά τρόπο.

Λαμβάνοντας υπόψη τις αυτοαναφορές και τις αναφορές γονέων, η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ορισμένες ενδιαφέρουσες ομοιότητες και διαφορές της ομάδας DLD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αρχικά, οι γονείς αλλά και τα παιδιά της ομάδας DLD νηπιαγωγείου σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κοινωνική λειτουργικότητα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μπορεί να υποθέσει κανείς με σχετική σαφήνεια ότι τα παιδιά με DLD έχουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση σε σχέση με τα παιδιά χωρίς προβλήματα λόγου. Επίσης, οι γονείς της ομάδας DLD νηπιαγωγείου ανέφεραν χαμηλότερη σχολική λειτουργικότητα από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, ενώ αυτό δεν συνέβη στην αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση των παιδιών. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη νεαρή ηλικία των παιδιών- ίσως είναι δύσκολο για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας να παρατηρήσουν αν αντιμετωπίζουν σχολικές και κυρίως μαθησιακές δυσκολίες, δεδομένου ότι ο βασικός στόχος του νηπιαγωγείου στην Ελλάδα είναι η κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη²²¹. Επιπλέον, οι γονείς της ομάδας DLD δεν παρατήρησαν ελλείμματα στη σωματική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου, ενώ τα παιδιά με DLD αναγνωρίζουν κάποιες σωματικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους χωρίς DLD. Οι γονείς μπορεί να μην προσδιορίζουν ακριβώς τις σωματικές προκλήσεις, ειδικά αν τα παιδιά τους δεν είναι σωματικά δραστήρια (π.χ. αθλητικές δραστηριότητες), και μπορεί να μην έχουν πλήρη επίγνωση των κινητικών αναπτυξιακών ορόσημων σε αυτή την ηλικία. Από την άλλη πλευρά, είναι γνωστό ότι τα παιδιά μπορούν ευκολότερα να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τη σωματική τους υγεία (σε σύγκριση με την ψυχική υγεία)^{222,223}. Παρόμοια ευρήματα έχουν προκύψει και από ποιοτικές μελέτες- τα παιδιά με φτωχές γλωσσικές δεξιότητες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να συνάψουν και να διατηρήσουν σχέσεις με συνομηλίκους, να ολοκληρώσουν εργασίες μόνα τους και να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις στο σχολείο^{109,166}.

Στο υποδείγμα παιδιών νηπιαγωγείου με DLD και μητέρων συγκρίνοντας την αυτοαναφορά και την αναφορά μητέρων παρατηρήθηκαν τα εξής αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής. Οι μητέρες καταγράφουν υψηλότερη απόλυτη τιμή συνεπώς καλύτερη λειτουργικότητα σε σύγκριση με τα ίδια τα παιδιά. Οι μητέρες αξιολόγησαν τη σωματική λειτουργικότητα των παιδιών τους ως υψηλότερη, ακολουθούμενη από τη σχολική και την κοινωνική λειτουργικότητα. Οι μητέρες ανέφεραν ότι η συναισθηματική λειτουργικότητα των παιδιών τους ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με τις άλλες διαστάσεις της ΠΖ. Σε όλες τις διαστάσεις, τις συνοπτικές βαθμολογίες και τη συνολική βαθμολογία, οι μητέρες αξιολόγησαν την ΠΖ του παιδιού τους στατιστικά ($p < 0,001$) υψηλότερα σε σύγκριση με την υποκειμενική εμπειρία των παιδιών τους. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι

μητέρες πιθανώς υπερεκτιμούν την ΠΖ των παιδιών. Αντιθέτως, μια πρόσφατη ανασκόπηση²⁴² κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, γενικά, οι γονείς τείνουν να αντιλαμβάνονται ότι τα παιδιά τους έχουν περισσότερες δυσκολίες από ό,τι τα ίδια τα παιδιά πιστεύουν ότι έχουν, τόσο όσον αφορά τα σωματικά όσο και τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα υγείας. Είναι πιθανό οι γονείς του δείγματός να έχουν υποτιμήσει τον αντίκτυπο που έχει η DLD στη ζωή των παιδιών τους, δεδομένου ότι η DLD θεωρείται συχνά μια κρυφή διαταραχή⁹⁷. Επιπλέον, καθώς η DLD θεωρείται περισσότερο αναπτυξιακή διαταραχή παρά νόσημα, ο αντίκτυπός της μπορεί να μην γίνεται αντιληπτός ως έντονος, όσο σε άλλες αναπτυξιακές διαταραχές όπως η ΔΑΦ ή σε ιατρικές παθήσεις όπως η επιληψία.

Αντίστοιχα με τα παραπάνω, το επίπεδο συμφωνίας παιδιών-μητέρων διέφερε σημαντικά σε όλους τους τομείς της ΠΖ. Τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης είναι διαφορετικά από αυτά της βιβλιογραφίας, καθώς διαπιστώσαμε χαμηλή συμφωνία σε όλους τους τομείς της ΠΖ. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι προηγούμενες μελέτες^{239,240} επικεντρώθηκαν σε παιδιά με διαφορετικές αναπτυξιακές διαταραχές (Developmental Coordination Disorder/DCD και σύνδρομο Tourette) και όχι σε DLD. Η διαφοροποίηση της παρούσας έρευνας με αυτές της βιβλιογραφίας μπορεί να αποδοθεί σε διαφοροποιήσεις στις ίδιες τις διαταραχές και στο ηλικιακό φάσμα που μελετήθηκε. Η μόνη μελέτη που τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με της παρούσας μελέτης, αφορούσε παιδιά με ΔΑΦ²⁴¹, τα οποία πιθανώς λόγω των δυσκολιών επικοινωνίας που συχνά αντιμετωπίζουν μοιάζουν περισσότερο με τα παιδιά με DLD όσον αφορά στο πόσο επαρκώς μπορούν να μεταφέρουν πληροφορίες για την Ποιότητα Ζωής τους. Τα παιδιά με DCD και σύνδρομο Tourette δεν αντιμετωπίζουν γλωσσικές/επικοινωνιακές δυσκολίες και συνεπώς μπορεί να είναι σε θέση να αυτοαναφέρονται με περισσότερη ακρίβεια στη ΠΖ, οδηγώντας σε μεγαλύτερη συμφωνία των αναφορών τους και εκείνων των γονέων τους. Επομένως, η απουσία γλωσσικών δυσκολιών μπορεί να βοηθήσει τους γονείς να κατανοήσουν καλύτερα τις αναφορές ΠΖ των παιδιών τους και η συμφωνία μεταξύ τους να είναι υψηλότερη. Ως εκ τούτου, η παρουσία γλωσσικών διαταραχών σε συνδυασμό με τη νεαρή ηλικία του δείγματός μας, μπορεί να εξηγήσει τη διαφορά στη συμφωνία σε σύγκριση με τις άλλες μελέτες που αφορούν νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως η DCD και το Tourette.

Είναι γεγονός ότι μπορεί να εντοπιστεί πιο εύκολα μια διαταραχή στην άρθρωση του παιδιού επειδή το πρόβλημα είναι εμφανές στα αυτιά μας, καθώς και στα αυτιά των γονέων και των δασκάλων τους²⁴³. Ως επί το πλείστον, τα παιδιά με DLD δεν ακούγονται ασυνήθιστα- μπορεί η ομιλία τους να συναντάται σε παιδιά μικρότερης χρονολογικής ηλικίας, αλλά όχι ασυνήθιστα. Μέχρι να φτάσουν στο σχολείο, τα περισσότερα μπορούν να κάνουν μια βασική συζήτηση, να ακολουθήσουν μια απλή εντολή και να απαντήσουν σε μια ερώτηση ρουτίνας. Συνεπώς, η DLD παραμένει συχνά κρυφή από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς. Παρόλο που οι γονείς είναι «ειδικοί» για τα παιδιά τους, ενδέχεται να αδυνατούν να αξιολογήσουν αν η γλωσσική ανάπτυξη του παιδιού τους βρίσκεται στο αναμενόμενο επίπεδο σε σχέση με εκείνη των άλλων παιδιών²⁴⁴,

και σε πολλές περιπτώσεις, ούτε και οι εκπαιδευτικοί. Σε μελέτη που ζητήθηκε από 15 εκπαιδευτικούς δημοτικού σχολείου να αξιολογήσουν τις γλωσσικές και επικοινωνιακές ικανότητες των μαθητών της πρώτης τάξης του δημοτικού σχολείου (N=149)²⁴⁵, οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι δεν είναι εκπαιδευμένοι να εντοπίζουν προβλήματα προφορικού λόγου^{246,247}.

Η συμφωνία όπως αναφέρθηκε ήταν φτωχή τόσο στη σωματική και στην ψυχοκοινωνική υγεία όσο και στην κοινωνική λειτουργικότητα. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει²⁴⁸⁻²⁵⁰ ότι η συμφωνία μεταξύ γονέων και παιδιών σε πιο αφηρημένους τομείς της ΠΖ είναι χαμηλή, ενώ μπορεί να είναι υψηλότερη σε πιο παρατηρήσιμες πτυχές, όπως η σωματική υγεία. Ωστόσο, αυτό δεν ισχύει στη μελέτη μας. Το ερώτημα είναι γιατί αυτή η ασυμφωνία μεταξύ των αναφορών της μητέρας και των αυτοαναφορών του παιδιού υπάρχει σε όλους τους τομείς της ΠΖ σε παιδιά νηπιαγωγείου με DLD και γιατί οι μητέρες υπερεκτιμούν σημαντικά την ΠΖ των παιδιών τους. Ένας πιθανός λόγος, ιδίως για τους αφηρημένους τομείς (π.χ. συναισθηματική λειτουργία) μπορεί να είναι ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και ειδικά αυτά με γλωσσικές δυσκολίες (όπως αυτά με DLD) μπορεί να μην είναι σε θέση να μεταφέρουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους στους γονείς τους σχετικά με τον αντίκτυπο των γλωσσικών δυσκολιών τους στη ζωή τους. Δεν μπορεί να αποκλειστεί ωστόσο, οι δυσκολίες της DLD να δυσκολεύουν το παιδί να κατανοήσει τα λήμματα του ερωτηματολογίου ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι ήταν λίγες οι φορές που κάποιο παιδί ζήτησε διευκρινήσεις κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Αναφορικά με το ρόλο της ηλικίας τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, που αφορούν παιδιά που έχουν διαγνωστεί με διάφορες διαταραχές, είναι αντιφατικά σχετικά με τη συμφωνία παιδιών και γονέων σε πτυχές της HRQoL. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η συμφωνία παιδιού - γονέα είναι σημαντικά χαμηλότερη για τα μικρότερα παιδιά σε σχέση με τα μεγαλύτερα, καθώς και μελέτες που δείχνουν ότι η συμφωνία είναι χαμηλότερη στους εφήβους σε σχέση με τα μικρά παιδιά²⁵¹⁻²⁵³. Σε ελληνική μελέτη²⁵⁴ σε γενικό πληθυσμό διαπιστώθηκε φτωχή έως μέτρια συμφωνία, ιδίως στις μικρότερες ηλικιακές ομάδες συγκριτικά με τους εφήβους. Με βάση το ανωτέρω εύρημα της παρούσας μελέτης σχετικά με τη φτωχότερη συμφωνία στο δείγμα μας, το οποίο αποτελείται από παιδιά νηπιαγωγείου με γλωσσικές διαταραχές, μοιάζει αναμενόμενη. Επιπλέον, οι γλωσσικές δυσκολίες από μόνες τους στο δείγμα μας με DLD, μπορεί να επιβαρύνουν την περιορισμένη ικανότητα των παιδιών νηπιαγωγείου να αναφέρουν τη συναισθηματική τους κατάσταση. Ως εκ τούτου, οι μητέρες ενδέχεται να αγνοούν αυτές τις μη ορατές εμπειρίες των παιδιών τους καθώς και τα μη έκδηλα συναισθήματά τους. Αυτό θα μπορούσε να ισχύει και για την κοινωνική λειτουργικότητα, επειδή οι μητέρες μπορεί να μην είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ποιότητα της σχέσης ή την απογοήτευση που μπορεί να βιώνει ένα παιδί με DLD κατά την επικοινωνία με τους συνομηλίκους του. Οι μητέρες μπορεί επίσης να βασίζονται σε κοινωνικές συγκρίσεις για να καταλήξουν στην απόφασή τους σχετικά με την ποιότητα ζωής των παιδιών τους. Δεδομένου ότι υπάρχει διαφοροποίηση στην ομιλία των παιδιών σε αυτή την ηλικία, οι μητέρες μπορεί να μην είναι σε θέση να προσδιορίσουν με ακρίβεια την ΠΖ. Ένας παρόμοιος λόγος μπορεί να ευθύνεται για τον σωματικό τομέα, ο οποίος αποτελεί ένα αρκετά

απρόσμενο αποτέλεσμα δεδομένου ότι πρόκειται για έναν παρατηρήσιμο τομέα. Παιδιά ηλικίας 4-5 ετών με DLD μπορεί να μην είναι εύκολο να αναφέρουν τις καθημερινές δυσκολίες τους στη σωματική υγεία, στις μητέρες τους. Επιπλέον, καθώς η ΠΖ είναι ένα μέγεθος μέτρησης της υποκειμενικής εμπειρίας, οι γονείς μπορεί να μην αναφέρουν τις παρατηρήσεις τους αλλά το πόσο δύσκολο πιστεύουν ότι είναι για τα παιδιά τους να εκτελέσουν μια εργασία, η οποία δεν είναι αρκετά παρατηρήσιμη. Επιπλέον, πολλοί γονείς μπορεί να μην γνωρίζουν τα αναπτυξιακά κινητικά ορόσημα²⁵⁵. Φυσικά, αυτές οι σωματικές δυσκολίες δεν είναι συνέπεια μιας γλωσσικής διαταραχής, αλλά η γλωσσική διαταραχή θα μπορούσε να είναι ο λόγος για την περιορισμένη ικανότητα των παιδιών να ενημερώνουν τους γονείς τους για τις σωματικές δυσκολίες. Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη όσον αφορά την ΠΖ σε παιδιά νηπιαγωγείου με DLD. Η χαμηλότερη απόλυτη βαθμολογία στην ΠΖ στο δείγμα της παρούσας μελέτης αποτυπώθηκε στη συναισθηματική λειτουργία και για αυτό θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την επίδραση της πανδημίας^{256,257}, δεδομένου ότι η μελέτη διεξήχθη κατά την εποχή του COVID-19.

Εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα συμπτώματα στα παιδιά με DLD

Εκτός της ΠΖ, διαφορές εντοπίστηκαν και στα εξωτερικευμένα συμπτώματα σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι οι γονείς της ομάδας DLD ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα υπερκινητικότητας/προσοχής σε σχέση με τους γονείς των παιδιών χωρίς DLD. Αν και η βαθμολογία δεν είναι ενδεικτική για ΔΕΠΥ, αυτό συνάδει με τη βιβλιογραφία, όπου το 20-30% των παιδιών με γλωσσικές διαταραχές εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠΥ και μεγαλύτερα ποσοστά προβληματικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς DLD²²⁴⁻²²⁶. Από την άλλη πλευρά, έως και το 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν γλωσσικές δυσκολίες και η επικάλυψη στη συμπτωματολογία καθιστά δύσκολη τη διαφοροποίηση αυτών των δύο καταστάσεων, ιδίως στην προσχολική ηλικία²²⁴. Ωστόσο, μεγάλο μέρος της έρευνας που έχει διεξαχθεί σχετικά με αυτές τις διαταραχές έχει επικεντρωθεί σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη σημασία της διερεύνησης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ σε παιδιά με DLD προσχολικής ηλικίας καθώς η DLD όχι μόνο ευθύνεται για την μη υγιή ανάπτυξη των παιδιών, αλλά συχνά συνδέεται με ποικίλες μορφές εξωτερικευμένων προβλημάτων^{227,228} και υψηλά ποσοστά δυσκολιών στην προσοχή και την υπερκινητικότητα¹³⁶. Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι άλλωστε η πιο συχνή συννοσηρή νευροαναπτυξιακή διαταραχή των παιδιών με DLD²²⁹.

Στα παιδιά νηπιαγωγείου επίσης τα προβλήματα συμπεριφοράς αναφέρθηκαν υψηλότερα από τους γονείς υποδεικνύοντας ότι ίσως η μικρή ηλικία των παιδιών του δείγματος, να μην αφήνει να φανούν τα προβλήματα συμπεριφοράς τους, καθώς το ποσοστό των προβληματικών συμπεριφορών τείνει να αυξάνεται καθώς το παιδί μεγαλώνει²²⁵.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός περιορισμός της μελέτης είναι ο συγχρονικός χαρακτήρας της ο οποίος περιορίζει τη διαχρονική παρακολούθηση και συνεπώς τον εντοπισμό αλλαγών στην ΠΖ ή τις δυσκολίες συμπεριφοράς και συναισθήματος των παιδιών καθώς και στους παράγοντες που τις επηρεάζουν. Η διενέργεια προοπτικών μελετών θα μπορούσε να δώσει τις απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα ενώ ταυτόχρονα θα μπορούσε να εντοπίσει ενδεχομένως και νέες δυσκολίες καθώς τα παιδιά με DLD εντάσσονται στη μαθησιακή διαδικασία. Άλλωστε είναι γνωστή η συσχέτιση DLD και μαθησιακών δυσκολιών.

Στο δείγμα μας επίσης, δεν αξιολογήθηκε η σοβαρότητα της DLD. Ενδεχομένως, πιο ήπιες μορφές της DLD να μην έχουν τις ίδιες επιπτώσεις στην ΠΖ ή τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες των παιδιών συγκριτικά με τα παιδιά τυπικής γλωσσικής ανάπτυξης.

Επιπλέον, η χρήση ενός γενικού ερωτηματολογίου για την ΠΖ αντί ενός ειδικού για την DLD, εγείρει το ερώτημα της έλλειψης σημαντικών διαστάσεων της ψυχολογικής λειτουργικότητας που αφορούν ειδικά τα παιδιά με DLD. Τα γενικά ερωτηματολόγια ενδεχομένως να μην μπορούν να αξιολογήσουν επαρκώς τις επιπτώσεις της DLD στη λειτουργικότητα. Καθώς η DLD μπορεί να επηρεάζει την ικανότητα των παιδιών να καταγράφουν με ακρίβεια την άποψη τους για την ΠΖ τους, ειδικά ερωτηματολόγια ενδέχεται να ξεπερνούν αυτό το εμπόδιο.

Επίσης, αν και έγινε προσπάθεια η συλλογή δεδομένων να γίνεται και από τους δυο γονείς, κυρίως απάντησαν οι μητέρες, οπότε οι αναφορές των πατέρων λείπουν από το δεδομένα μας γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Είναι σημαντικό οι μελλοντικές έρευνες να συμπεριλάβουν μεγαλύτερο δείγμα των πατέρων.

Το μέγεθος του δείγματος επίσης μπορεί να θεωρηθεί μικρό δεδομένου του επιπολασμού της DLD. Όσον αφορά την αντιπροσωπευτικότητα, ακόμη και αν το Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε. είναι η μόνη δημόσια υπηρεσία στην περιοχή, πολλοί γονείς που μπορούν να έχουν την οικονομική δυνατότητα μπορεί να αναζητήσουν την αξιολόγησή του παιδιού τους από ιδιωτικούς φορείς.

Ωστόσο, η εκτίμηση της ΠΖ για πρώτη φορά αποκλειστικά σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με DLD καθώς και η κλινική αξιολόγηση (από τη Λογοπεδικό και τους παιδοψυχιάτρους για τον αποκλεισμό της συννοσηρότητας) όλων των παιδιών, αποτελούν τα δυνατά σημεία της μελέτης μας.

Επιπρόσθετα, η καταγραφή των απόψεων των ίδιων των παιδιών του νηπιαγωγείου για την ΠΖ τους αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας έρευνας καθώς είναι σημαντική η καταγραφή της γνώμης τους ώστε να κατανοήσουμε από την δική τους πλευρά τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν.

Τέλος η ύπαρξη δείγματος ελέγχου επιτρέπει ως ένα σημείο την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της DLD στην ΠΖ, τη συμπεριφορά και το συναίσθημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη εκτός από τα ευρήματα, ενισχύει την έρευνα γύρω από την DLD η οποία είναι απαραίτητη καθώς συχνά δεν δίνεται η απαραίτητη κλινική προσοχή ενώ παράλληλα αυξάνεται και η ευαισθητοποίηση λογοθεραπευτών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη διαταραχή. Η DLD συχνά εμφανίζεται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ²⁰⁶, τη δυσλεξία²⁰⁷ και τον αυτισμό²⁰⁸. Υπάρχει, ωστόσο, μια αξιοσημείωτη διαφορά στη διαθέσιμη στήριξη (και έρευνα) για τα παιδιά με αυτισμό έναντι των παιδιών με DLD. Αυτή η διαφορά συνεχίζει να υπάρχει έως την ενηλικίωση, καθώς και η δυσλεξία και ο αυτισμός αναγνωρίζονται περισσότερο, ενώ υπάρχει πολύ μικρότερη ευαισθητοποίηση για την DLD. Επιπλέον, το αποκλειστικά προσχολικής ηλικίας δείγμα υποδηλώνει την ανάγκη για πρόωμη ανίχνευση πιθανών δυσκολιών εκτός των γλωσσικών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γονείς των παιδιών με DLD αλλά και τα ίδια τα παιδιά αναγνωρίζουν ότι η DLD προκαλεί δυσκολίες στις κοινωνικές, σχολικές και σωματικές διαστάσεις της ΠΖ, συγκριτικά με τους γονείς και τα παιδιά που δεν έχουν DLD. Η αξιολόγηση των παιδιών με DLD δεν θα πρέπει να γίνεται με μια μονοδιάστατη αξιολόγηση των γλωσσικών ικανοτήτων και ελλειμμάτων αλλά με μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση διαφόρων τομέων της λειτουργικότητας εντός μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. Είναι σημαντικό τα παιδιά με DLD να εμπλέκονται σε περισσότερες κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες και οι δάσκαλοι τους να παρακολουθούν στενά τη σχολική τους λειτουργικότητα αλλά και να προωθούν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Καθώς η κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα των παιδιών με DLD φαίνεται να είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτή των παιδιών χωρίς γλωσσικές δυσκολίες, απαιτείται μια πολυδιάστατη προσέγγιση (εκπαιδευτική, υπηρεσίες υγείας, κοινωνική) ώστε να αντιμετωπιστούν στο σύνολό τους οι όποιες δυσκολίες. Επιπλέον, καθώς φάνηκε ότι τα παιδιά με DLD παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα υπερκινητικότητας, οι κλινικοί θα πρέπει να αξιολογούν και να παρακολουθούν σε βάθος χρόνου και αυτά τα συμπτώματα για πιθανή εμφάνιση ΔΕΠΥ.

Η μη συμφωνία επίσης των μητέρων με τα παιδιά τους όσον αφορά στην επίδραση της DLD στην ΠΖ υποδηλώνουν τη σημασία της αξιολόγησης των αναφορών των ίδιων των παιδιών και τη σημασία του να μην λαμβάνουμε υπόψη μόνο στην οπτική γωνία των μητέρων. Ενδεχομένως, οι γονείς του δείγματός να έχουν υποτιμήσει τον αντίκτυπο που έχει η DLD στη ζωή των παιδιών τους, δεδομένου ότι η DLD θεωρείται συχνά μια κρυφή διαταραχή⁹⁷. Ενώ η φτωχή συμφωνία εγείρει ερωτήματα σχετικά με την ακρίβεια των αξιολογήσεων των μητέρων, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η αναφερόμενη από τη μητέρα ή τα παιδιά ΠΖ είναι πιο ακριβής από την άλλη. Μπορεί απλώς να αντικατοπτρίζουν διαφορετικές οπτικές γωνίες. Πράγματι, μια συστηματική ανασκόπηση²⁰⁹ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι αποκλίσεις μεταξύ των αναφορών των παιδιών και των γονέων αντανακλούν τις διαφορετικές οπτικές τους και όχι κάποια ανακρίβεια ή προκατάληψη. Το ερώτημα δεν είναι ποιος έχει τη σωστή οπτική γωνία, αλλά πού μπορεί να συμβάλει η κάθε μια από αυτές στο σχεδιασμό των εξατομικευμένων παρεμβάσεων ώστε να διασφαλιστεί η ευημερία του παιδιού με DLD. Γενικά υπάρχει αντιπαράθεση στη βιβλιογραφία για

το ποιος είναι ο πιο κατάλληλος να απαντήσει για την ΠΖ των παιδιών, δηλαδή τα ίδια ή οι γονείς τους.

Καθώς η ΠΖ αναφέρεται στην υποκειμενική εμπειρία του κάθε ατόμου είναι πολύ σημαντικό να ερωτώνται τα ίδια τα παιδιά. Υπάρχουν μελέτες^{210,211} που δείχνουν ότι παιδιά ακόμα και μικρότερα των 5 ετών μπορούν να εκφράσουν την υποκειμενική τους εμπειρία για την ΠΖ. Ωστόσο, και η οπτική των γονέων είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς οι ίδιοι και τα παιδιά μπορεί να βασίζουν την οπτική τους σε διαφορετικούς παράγοντες (πχ οι γονείς σε σχολικούς παράγοντες ενώ το παιδί σε κοινωνικούς). Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι οι αναφορές των γονέων δεν μπορούν να υποκαταστήσουν αυτές των παιδιών.

Το παραπάνω θεωρητικό πλαίσιο σε συνδυασμό με τις διαφορές που εντοπίστηκαν στην παρούσα έρευνα υποδεικνύουν ότι ο συνδυασμός των αναφορών (παιδιών και γονέων) είναι σημαντικός για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της λειτουργικότητας των παιδιών με DLD. Άλλωστε όπως τονίζεται και στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού θα πρέπει να εξασφαλίζεται το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει τη γνώμη του για οποιοδήποτε θέμα το αφορά και για το σκοπό αυτό θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα να ακούγεται²¹².

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διαταραχές λόγου και επικοινωνίας σύμφωνα με το DSM-5 αφορούν ελλείμματα στη γλώσσα, το λόγο και την επικοινωνία. Τα επιδημιολογικά δεδομένα φανερώνουν ότι περίπου 13.4% - 19.1% των νηπίων εμφανίζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και περίπου 6-8% των παιδιών που παρακολουθούν πλαίσια προσχολικής αγωγής και εκπαίδευσης (παιδικός σταθμός, νηπιαγωγείο) εμφανίζουν κάποια αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι αναμενόμενο οι δυσκολίες τους να επηρεάζουν τους γονείς.

Στην περίπτωση των παιδιών με αναπτυξιακή γλωσσική διαταραχή (DLD), η συμπεριφορά του παιδιού μπορεί να επηρεάζεται από την δυσκολία του να κατανοήσει μια εντολή ή από τη ματαιώση να γίνει κατανοητό. Στη συνέχεια το παιδί μπορεί να εμφανίσει μια «προκλητική» συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα, η οποία αυξάνει το γονεϊκό στρες. Επιπλέον, ο γονέας μπορεί ακόμη και να περιορίσει τις προσπάθειες του να αλληλοεπιδράσει με το παιδί. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι οικογένειες των παιδιών με αναπτυξιακές διαταραχές μπορεί να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες που σχετίζονται με την ανατροφή τους. Το άγχος για το γονεϊκό ρόλο αποτελεί άλλωστε προγνωστικό παράγοντα συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά. Όσον αφορά στην Ποιότητα Ζωής των γονέων παιδιών με διαταραχές επικοινωνίας, οι σχετικές έρευνες είναι ελάχιστες.

Ο πρώτος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του γονεϊκού άγχους παιδιών με DLD καθώς και η διερεύνηση των αντιλήψεων των γονέων για τις διαταραχές λόγου και επικοινωνίας. Μια δεύτερη παράμετρος που απασχόλησε τη μελέτη ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής με βάση τις αναφορές των παιδιών και των γονέων τους. Τέλος, η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο και την εκτίμηση των αναφερόμενων από τους γονείς συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Ιούνιο του 2023. Στην έρευνα εντάχθηκαν 71 παιδιά με προβλήματα λόγου και 230 γονείς (139 μητέρες και 91 πατέρες), ενώ το δείγμα ελέγχου αποτέλεσαν 55 παιδιά χωρίς προβλήματα λόγου και 146 γονείς (95 μητέρες και 51 πατέρες). Τα παιδιά με προβλήματα λόγου που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονταν από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Κο.Κε.Ψ.Υ.Π.Ε.) της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων ενώ το δείγμα ελέγχου συλλέχθηκε από γονείς και παιδιά που φοιτούν σε παιδικούς σταθμούς και νηπιαγωγεία της πόλης των Ιωαννίνων, δεν έχουν προβλήματα λόγου και δεν έχουν επισκεφτεί υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η έρευνα διεξήχθη σε 2 φάσεις. Στην πρώτη φάση, χορηγήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία της μελέτης στους γονείς των παιδιών με προβλήματα λόγου: Brief Illness Perception

Questionnaire (B-IPQ), World Health Organization Quality Of Life Instrument – Short Form (WHOQOL-BREF), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Generic Core Scale – Parent Proxy Report, PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Family Impact, Parental Stress Scale (PSS), Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) και στα παιδιά με προβλήματα λόγου το PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Child Report. Στη 2η φάση της μελέτης δόθηκαν στην ομάδα ελέγχου τα ίδια ερωτηματολόγια εκτός των Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) και PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Family Impact. Στα παιδιά του δείγματος ελέγχου επίσης δόθηκε το ερωτηματολόγιο PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory) – Child Report.

Από τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι οι γονείς δεν θεωρούν ιδιαίτερα απειλητική τη DLD, ότι οι δυσκολίες λόγου θα διαρκέσουν μικρό χρονικό διάστημα και ότι η θεραπεία θα βοηθήσει πολύ τις δυσκολίες στο λόγο των παιδιών τους. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα της μελέτης όσον αφορά στο γονεϊκό άγχος καθώς οι γονείς δεν φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλό γονεϊκό άγχος. Αντίστοιχα με τις αντιλήψεις και το γονεϊκό στρες, φάνηκε ότι και η ποιότητα ζωής των γονέων δεν επηρεάζεται. Αυτό ενισχύεται επιπλέον από το γεγονός ότι δε θεωρούν «απειλητική» τη διαταραχή ούτε παρουσιάζουν αυξημένο γονεϊκό άγχος, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης. Όσον αφορά στην ΠΖ των παιδιών όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους γονείς τους, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι διαφορετικά αναλόγως της ηλικίας των παιδιών. Σύμφωνα με την άποψη των γονέων, τα παιδιά στον παιδικό σταθμό παρουσιάζουν παρόμοια ΠΖ σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Ωστόσο, αυτό δεν ίσχυε για τα παιδιά του νηπιαγωγείου. Σε αυτό το ηλικιακό φάσμα, οι γονείς παιδιών με DLD ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη ΠΖ στην κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τις αναφορές των γονέων παιδιών χωρίς γλωσσικά προβλήματα. Οι γονείς των παιδιών με DLD αναγνώρισαν δυσκολίες (χαμηλότερη βαθμολογία) στις κοινωνικές, σχολικές πτυχές της ΠΖ σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Η αυτοαναφερόμενη ΠΖ των παιδιών με DLD στην παρούσα μελέτη ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις διαστάσεις της σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και επακόλουθα, στη συνολική ψυχοκοινωνική βαθμολογία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα σχετικά με τη σωματική λειτουργικότητα ήταν μάλλον μη αναμενόμενα, δεδομένου ότι η κύρια πρόκληση των παιδιών με DLD ήταν η επικοινωνία. Μολαταύτα, αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη συννοσηρότητα κινητικών δυσκολιών και δυσκολιών λόγου-ομιλίας. Λαμβάνοντας υπόψη τις αυτοαναφορές και τις αναφορές γονέων, η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ορισμένες ενδιαφέρουσες ομοιότητες και διαφορές της ομάδας DLD σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αρχικά, οι γονείς αλλά και τα παιδιά της ομάδας DLD νηπιαγωγείου σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κοινωνική λειτουργικότητα σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μπορεί να υποθέσει κανείς με σχετική σαφήνεια ότι τα παιδιά με DLD έχουν δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση σε σχέση με τα παιδιά χωρίς προβλήματα λόγου. Επίσης, οι γονείς της ομάδας DLD νηπιαγωγείου ανέφεραν χαμηλότερη σχολική λειτουργικότητα από τους γονείς της ομάδας ελέγχου, ενώ αυτό δεν

συνέβη στην αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση των παιδιών. Επιπλέον, οι γονείς της ομάδας DLD δεν παρατήρησαν ελλείμματα στη σωματική λειτουργικότητα σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου, ενώ τα παιδιά με DLD αναγνωρίζουν κάποιες σωματικές δυσκολίες σε σύγκριση με τους συνομηλίκους χωρίς DLD.

Στο υποδείγμα παιδιών νηπιαγωγείου με DLD και μητέρων συγκρίνοντας την αυτοαναφορά και την αναφορά μητέρων παρατηρήθηκαν τα εξής αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής. Οι μητέρες καταγράφουν υψηλότερη απόλυτη τιμή συνεπώς καλύτερη λειτουργικότητα σε σύγκριση με τα ίδια τα παιδιά. Οι μητέρες αξιολόγησαν τη σωματική λειτουργικότητα των παιδιών τους ως υψηλότερη, ακολουθούμενη από τη σχολική και την κοινωνική λειτουργικότητα. Οι μητέρες ανέφεραν ότι η συναισθηματική λειτουργικότητα των παιδιών τους ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με τις άλλες διαστάσεις της ΠΖ. Σε όλες τις διαστάσεις, τις συνοπτικές βαθμολογίες και τη συνολική βαθμολογία, οι μητέρες αξιολόγησαν την ΠΖ του παιδιού τους στατιστικά υψηλότερα σε σύγκριση με την υποκειμενική εμπειρία των παιδιών τους. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι μητέρες πιθανώς υπερεκτιμούν την ΠΖ των παιδιών. Αντίστοιχα με τα παραπάνω, το επίπεδο συμφωνίας παιδιών-μητέρων διέφερε σημαντικά σε όλους τους τομείς της ΠΖ. Τα αποτελέσματά της παρούσας μελέτης είναι διαφορετικά από αυτά της βιβλιογραφίας, καθώς διαπιστώσαμε χαμηλή συμφωνία σε όλους τους τομείς της ΠΖ.

Εκτός της ΠΖ, διαφορές εντοπίστηκαν και στα εξωτερικευμένα συμπτώματα σε σύγκριση με τους γονείς της ομάδας ελέγχου. Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι οι γονείς της ομάδας DLD ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα υπερκινητικότητας/προσοχής σε σχέση με τους γονείς των παιδιών χωρίς DLD. Στα παιδιά νηπιαγωγείου επίσης τα προβλήματα συμπεριφοράς αναφέρθηκαν υψηλότερα από τους γονείς υποδεικνύοντας ότι ίσως η μικρή ηλικία των παιδιών του δείγματος, να μην αφήνει να φανούν τα προβλήματα συμπεριφοράς τους, καθώς το ποσοστό των προβληματικών συμπεριφορών τείνει να αυξάνεται καθώς το παιδί μεγαλώνει.

Η παρούσα μελέτη εκτός από τα ευρήματα, ενισχύει την έρευνα γύρω από την DLD η οποία είναι απαραίτητη καθώς συχνά δεν δίνεται η απαραίτητη κλινική προσοχή ενώ παράλληλα αυξάνεται και η ευαισθητοποίηση λογοθεραπευτών και επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη διαταραχή.

Επιπλέον, το αποκλειστικά προσχολικής ηλικίας δείγμα υποδηλώνει την ανάγκη για πρώιμη ανίχνευση πιθανών δυσκολιών εκτός των γλωσσικών. Η αξιολόγηση των παιδιών με DLD δεν θα πρέπει να γίνεται με μια μονοδιάστατη αξιολόγηση των γλωσσικών ικανοτήτων και ελλειμμάτων αλλά με μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση διαφόρων τομέων της λειτουργικότητας εντός μιας βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. Είναι σημαντικό τα παιδιά με DLD να εμπλέκονται σε περισσότερες κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες και οι δάσκαλοι τους να παρακολουθούν στενά τη σχολική τους λειτουργικότητα αλλά και να προωθούν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Καθώς η κοινωνική και σχολική λειτουργικότητα των παιδιών με DLD φαίνεται να είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτή των παιδιών χωρίς γλωσσικές δυσκολίες, απαιτείται μια

πολυδιάστατη προσέγγιση (εκπαιδευτική, υπηρεσίες υγείας, κοινωνική) ώστε να αντιμετωπιστούν στο σύνολό τους οι όποιες δυσκολίες. Επιπλέον, καθώς φάνηκε ότι τα παιδιά με DLD παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα υπερκινητικότητας, οι κλινικοί θα πρέπει να αξιολογούν και να παρακολουθούν σε βάθος χρόνο και αυτά τα συμπτώματα για πιθανή εμφάνιση ΔΕΠΥ. Η μη συμφωνία επίσης των μητέρων με τα παιδιά τους όσον αφορά στην επίδραση της DLD στην ΠΖ υποδηλώνουν τη σημασία της αξιολόγησης των αναφορών των ίδιων των παιδιών και τη σημασία του να μην λαμβάνουμε υπόψη μόνο στην οπτική γωνία των μητέρων. Ενώ η φτωχή συμφωνία εγείρει ερωτήματα σχετικά με την ακρίβεια των αξιολογήσεων των μητέρων, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η αναφερόμενη από τη μητέρα ή τα παιδιά ΠΖ είναι πιο ακριβής από την άλλη. Μπορεί απλώς να αντικατοπτρίζουν διαφορετικές οπτικές γωνίες. Το ερώτημα δεν είναι ποιος έχει τη σωστή οπτική γωνία, αλλά πού μπορεί να συμβάλει η κάθε μια από αυτές στο σχεδιασμό των εξατομικευμένων παρεμβάσεων ώστε να διασφαλιστεί η ευημερία του παιδιού με DLD. Συνεπώς, καθίσταται σαφές ότι οι αναφορές των γονέων δεν μπορούν να υποκαταστήσουν αυτές των παιδιών. Το παραπάνω θεωρητικό πλαίσιο σε συνδυασμό με τις διαφορές που εντοπίστηκαν στην παρούσα έρευνα υποδεικνύουν ότι ο συνδυασμός των αναφορών (παιδιών και γονέων) είναι σημαντικός για την ολοκληρωμένη αξιολόγηση της λειτουργικότητας των παιδιών με DLD. Άλλωστε όπως τονίζεται και στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού θα πρέπει να εξασφαλίζεται το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει τη γνώμη του για οποιοδήποτε θέμα το αφορά και για το σκοπό αυτό θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα να ακούγεται.

SUMMARY

According to the DSM-5, speech and communication disorders refer to deficits in language, speech, and communication abilities. Epidemiological studies indicate that approximately 13.4%-19.1% of infants experience delays in language development, while around 6-8% of children in early childhood education settings (kindergarten, nursery school) have a developmental language disorder (DLD). Since children grow up within a family environment, it is expected that their difficulties will also impact their parents.

In children with DLD, their behavior may be affected by difficulty understanding or responding to commands. This can lead to what is often described as "challenging" behavior, such as aggression, which increases parental stress. Additionally, some parents may reduce their efforts to interact with their child. Studies suggest that families of children with developmental disabilities often experience higher levels of parenting-related stress, and this stress is a predictor of behavioral problems in children. Despite this, there is limited research on how communication disorders affect parents' quality of life.

The primary aim of this study was to explore parental anxiety related to children with DLD and to assess parents' perceptions of speech and communication disorders. A second objective was to evaluate the quality of life of both children and their parents based on their self-reports. Finally, the study also sought to assess emotional and behavioral problems as reported by parents.

Data collection took place between January 2021 and June 2023. The study included 71 children with speech problems and 230 parents (139 mothers and 91 fathers). The control group consisted of 55 children without speech problems and 146 parents (95 mothers and 51 fathers). The children with speech problems were recruited from the Community Center for Child and Adolescent Mental Health of the Psychiatric Clinic of the University Hospital of Ioannina. Meanwhile, the control sample comprised children from kindergartens and nurseries in Ioannina who had no speech difficulties and had not visited mental health services.

The study was conducted in two phases. In the first phase, parents of children with speech problems completed various research instruments, including: Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), World Health Organization Quality Of Life Instrument - Short Form (WHOQOL-BREF), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) - Generic Core Scale - Parent Proxy Report, PedsQL - Family Impact, Parental Stress Scale (PSS), General Health Questionnaire (GHQ-28). Additionally, children with speech problems completed the PedsQL - Child Report questionnaire.

In the second phase, the control group completed the same questionnaires, except the B-IPQ and PedsQL - Family Impact. Children in the control group also completed the PedsQL - Child Report.

The study found that parents generally did not perceive DLD as highly threatening. They believed speech difficulties would be temporary and that treatment would significantly improve their children's condition. Additionally, parental anxiety levels were not notably high, and their quality of life remained largely unaffected. This was consistent with parents' perceptions that the disorder was neither threatening nor a source of excessive stress.

Regarding children's Quality of Life (QoL) as perceived by their parents, results varied based on the child's age. Parents of kindergarten children believed their children had a similar QoL compared to their peers. However, parents of nursery school children with DLD reported lower levels of social and school functioning compared to parents of children without language impairment.

Children with DLD self-reported significantly lower scores in physical and social functioning, which affected their overall psychosocial well-being compared to the control group. The unexpected finding of lower physical functioning scores may be explained by the co-occurrence of motor and speech-language difficulties.

A notable finding was the discrepancy between parental reports and children's self-assessments of QoL:

- Both parents and children in the DLD kindergarten group reported lower social functioning compared to the control group.
- Parents of children with DLD reported lower school functioning, while children's self-reports did not reflect this difference.
- Parents did not observe deficits in their children's physical functioning, yet children with DLD self-reported difficulties.
- Mothers tended to overestimate their children's QoL, rating their physical and social functioning higher than the children themselves did.
- Mothers reported that emotional functioning was the lowest-ranked dimension of QoL.

These differences highlight the importance of considering both parental and child perspectives when assessing QoL.

Apart from its findings, this study contributes valuable insights into DLD, reinforcing the necessity of increasing awareness among speech-language therapists and mental health professionals. Early detection of difficulties beyond language deficits is crucial, as DLD often does not receive adequate clinical attention. Assessments should take a biopsychosocial approach, examining multiple domains of functioning instead of focusing solely on language abilities.

To support children with DLD, it is essential to:

- Encourage participation in social and physical activities to enhance interaction and well-being.
- Ensure teachers actively monitor school functioning and promote social engagement.
- Implement a multidimensional intervention approach that integrates education, healthcare, and social services.

Additionally, since children with DLD demonstrated higher levels of hyperactivity, clinicians should continuously assess these symptoms for possible ADHD. The discrepancy between mothers' and children's perspectives suggests the importance of incorporating self-reports from children into assessments. Rather than determining which perspective is "correct," it is crucial to integrate both to design personalized interventions that enhance children's well-being.

In line with the Convention on the Rights of the Child, children should be given the opportunity to express their opinions on matters affecting them. The findings emphasize that parental reports cannot replace children's perspectives in QoL assessments. A combined approach using both child and parent reports is necessary to develop comprehensive support systems for children with DLD.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Feldman HM. How Young Children Learn Language and Speech. *Pediatr Rev.* 2019 Aug 1;40(8):398–411.
2. Washington DC NAP. Speech and language disorders in children: Implications for the Social Security Administration's Supplemental Security Income program. . USA; 2016.
3. Poll GH. Increasing the Odds: Applying Emergentist Theory in Language Intervention. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2011 Oct;42(4):580–91.
4. Joanisse MF, McClelland JL. Connectionist perspectives on language learning, representation and processing. *WIREs Cognitive Science.* 2015 May 30;6(3):235–47.
5. Saffran JR. Words in a sea of sounds: the output of infant statistical learning. *Cognition.* 2001 Sep;81(2):149–69.
6. Kidd E. Implicit statistical learning is directly associated with the acquisition of syntax. *Dev Psychol.* 2012;48(1):171–84.
7. Smith LB, Suanda SH, Yu C. The unrealized promise of infant statistical word–referent learning. *Trends Cogn Sci.* 2014 May;18(5):251–8.
8. Thiessen ED, Girard S, Erickson LC. Statistical learning and the critical period: how a continuous learning mechanism can give rise to discontinuous learning. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci.* 2016 Jul;7(4):276–88.
9. Casserly ED, Pisoni DB. Speech perception and production. *WIREs Cognitive Science.* 2010 Sep 27;1(5):629–47.
10. Locke J. Handbook of psycholinguistic and cognitive processes: Perspectives in communication disorders. In: Guendouzi J LFWM, editor. *The development of linguistic systems: Insights from evolution.* New York: Psychology Press; 2011. p. 3–29.
11. Kent RD. Clinical management of motor speech disorders in children. In: Caruso AJ SE, editor. *Motor control: Neurophysiology and functional development.* New York: Thieme; 1999. p. 29–71.
12. Friedrich M, Wilhelm I, Born J, Friederici AD. Generalization of word meanings during infant sleep. *Nat Commun.* 2015 Jan 29;6(1):6004.
13. Pelucchi B, Hay JF, Saffran JR. Statistical Learning in a Natural Language by 8-Month-Old Infants. *Child Dev.* 2009 May;80(3):674–85.
14. Miller JF PR. The clinical assessment of language comprehension. Paul H, editor. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co; 1995.

15. Shriberg LD. Four New Speech and Prosody-Voice Measures for Genetics Research and Other Studies in Developmental Phonological Disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1993 Feb;36(1):105–40.
16. Fenson L MVTDDPRJBEMB. Communicative development inventories. 2nd ed. Baltimore M, editor. Paul H. Brookes Publishing Co.; 2007.
17. Boudreau D. Narrative abilities: Advances in research and implications for clinical practice. *Topics in Language Disorders*. Vol. 28. 2008. 99–114 p.
18. Kim YS, Apel K, Al Otaiba S. The Relation of Linguistic Awareness and Vocabulary to Word Reading and Spelling for First-Grade Students Participating in Response to Intervention. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2013 Oct;44(4):337–47.
19. Troia GA. Phonological processing deficits and literacy learning. In: Stone CA SEEBWG, editor. *Handbook of language and literacy: Development and disorders*. New York: Guilford Press; 2013. p. 227–45.
20. Gillam RB, Peña ED, Bedore LM, Bohman TM, Mendez-Perez A. Identification of Specific Language Impairment in Bilingual Children: I. Assessment in English. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2013 Dec;56(6):1813–23.
21. Hoff E. Interpreting the early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: Implications for closing achievement gaps. *Dev Psychol*. 2013;49(1):4–14.
22. Harrison LJ, McLeod S. Risk and Protective Factors Associated With Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4- to 5-Year-Old Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2010 Apr;53(2):508–29.
23. Pentimonti JM, Justice LM, Kaderavek JN. School-readiness profiles of children with language impairment: linkages to home and classroom experiences. *Int J Lang Commun Disord*. 2014 Sep;49(5):567–83.
24. Pujol J, Soriano-Mas C, Ortiz H, Sebastian-Galles N, Losilla JM, Deus J. Myelination of language-related areas in the developing brain. *Neurology*. 2006 Feb 14;66(3):339–43.
25. Barbu S, Nardy A, Chevrot JP, Guellaï B, Glas L, Juhel J, et al. Sex Differences in Language Across Early Childhood: Family Socioeconomic Status does not Impact Boys and Girls Equally. *Front Psychol*. 2015 Dec 2;6.

26. Hoff E, Core C. Input and Language Development in Bilingually Developing Children. *Semin Speech Lang*. 2013 Dec 2;34(04):215–26.
27. Bird EKR, Cleave P, Trudeau N, Thordardottir E, Sutton A, Thorpe A. The Language Abilities of Bilingual Children With Down Syndrome. *Am J Speech Lang Pathol*. 2005 Aug;14(3):187–99.
28. Hoff E, Core C. What Clinicians Need to Know about Bilingual Development. *Semin Speech Lang*. 2015 Apr 29;36(02):089–99.
29. Oshima-Takane Y, Goodz E, Derevensky JL. Birth Order Effects on Early Language Development: Do Secondborn Children Learn from Overheard Speech? *Child Dev*. 1996 Apr;67(2):621–34.
30. Carvalho A de JA, Lemos SMA, Goulart LMH de F. Desenvolvimento da linguagem e sua relação com comportamento social, ambientes familiar e escolar: revisão sistemática. *Codas*. 2016 Aug;28(4):470–9.
31. Hart B RT. Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children. *Canadian Journal of Education*. 1995;22(3).
32. Adams KA, Marchman VA, Loi EC, Ashland MD, Fernald A, Feldman HM. Caregiver Talk and Medical Risk as Predictors of Language Outcomes in Full Term and Preterm Toddlers. *Child Dev*. 2018 Sep;89(5):1674–90.
33. Weisleder A, Fernald A. Talking to Children Matters. *Psychol Sci*. 2013 Nov 10;24(11):2143–52.
34. Dale PS, Tosto MG, Hayiou-Thomas ME, Plomin R. Why does parental language input style predict child language development? A twin study of gene–environment correlation. *J Commun Disord*. 2015 Sep;57:106–17.
35. Windsor J, Glaze LE, Koga SF. Language Acquisition With Limited Input: Romanian Institution and Foster Care. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2007 Oct;50(5):1365–81.
36. Windsor J, Benigno JP, Wing CA, Carroll PJ, Koga SF, Nelson CA, et al. Effect of Foster Care on Young Children’s Language Learning. *Child Dev*. 2011 Jul;82(4):1040–6.
37. Wallace IF, Berkman ND, Watson LR, Coyne-Beasley T, Wood CT, Cullen K, et al. Screening for Speech and Language Delay in Children 5 Years Old and Younger: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015 Aug 1;136(2):e448–62.

38. Challis J, Newnham J, Petraglia F, Yeganegi M, Bocking A. Fetal sex and preterm birth. *Placenta*. 2013 Feb;34(2):95–9.
39. Geschwind N. Cerebral Lateralization. *Arch Neurol*. 1985 May 1;42(5):428.
40. Plomin R. Genetic factors contributing to learning and language delays and disabilities. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2001 Apr;10(2):259–77, viii.
41. Grigorenko EL. Speaking genes or genes for speaking? Deciphering the genetics of speech and language. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009 Jan;50(1–2):116–25.
42. Snowling MJ, Melby-Lervåg M. Oral language deficits in familial dyslexia: A meta-analysis and review. *Psychol Bull*. 2016 May;142(5):498–545.
43. Plomin R. Child Development and Molecular Genetics: 14 Years Later. *Child Dev*. 2013 Jan 30;84(1):104–20.
44. Benyamin B, Pourcain Bs, Davis OS, Davies G, Hansell NK, Brion MJ, et al. Childhood intelligence is heritable, highly polygenic and associated with FBNP1L. *Mol Psychiatry*. 2014 Feb 29;19(2):253–8.
45. Crystal D. Dictionary of linguistics and phonetics. NJ: Wiley-Blackwell, editor. Hoboken; 2009.
46. Caruso AJ SE. Clinical management of motor speech disorders in children. New York: Thieme. Caruso A SE, editor. 1999. 1–27 p.
47. Caruso AJ SE. Clinical management of motor speech disorders in children. Caruso A SE, editor. New York: Thieme; 1999. 1–27 p.
48. Morgan AT, Vogel AP. Intervention for dysarthria associated with acquired brain injury in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008 Jul 16;
49. Pennington L, Miller N, Robson S. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. In: Pennington L, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
50. Williams AL MSMR. Interventions for speech sound disorders in children. Williams AL MSMR, editor. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing; 2010. 1–26 p.
51. Shriberg LD, Kwiatkowski J. Developmental Phonological Disorders I. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1994 Oct;37(5):1100–26.
52. Joffe V, Pring T. Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *Int J Lang Commun Disord*. 2008 Jan;43(2):154–64.

53. Ruscello DM. Nonspeech Oral Motor Treatment Issues Related to Children With Developmental Speech Sound Disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2008 Jul;39(3):380–91.
54. Carding PN, Roulstone S, Northstone K, ALSPAC Study Team. The Prevalence of Childhood Dysphonia: A Cross-Sectional Study. *Journal of Voice*. 2006 Dec;20(4):623–30.
55. Conture EG. Stuttering: Its nature, assessment, and treatment. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 2001.
56. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington DAPA, editor. 2013.
57. Sameroff A. The transactional model. Washington DAPA, editor. 2009.
58. academy.pubs.asha.org/2020/02/latest-forum-from-perspectives-tackles-sli-dld-terminology-discussion/. Latest Forum From Perspectives Tackles SLI/DLD Terminology Discussion.
59. Volkens N. Diverging Views on Language Disorders. *The ASHA Leader*. 2018 Dec;23(12):44–53.
60. www.ox.ac.uk/news-and-events/find-an-expert/professor-dorothy-bishop.
www.ox.ac.uk.
61. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLoS One*. 2016 Jul 8;11(7):e0158753.
62. Bishop DVM. Which Neurodevelopmental Disorders Get Researched and Why? *PLoS One*. 2010 Nov 30;5(11):e15112.
63. St Clair MC, Pickles A, Durkin K, Conti-Ramsden G. A longitudinal study of behavioral, emotional and social difficulties in individuals with a history of specific language impairment (SLI). *J Commun Disord*. 2011 Mar;44(2):186–99.
64. Knox E, Conti-Ramsden G. Bullying risks of 11-year-old children with specific language impairment (SLI): does school placement matter? *Int J Lang Commun Disord*. 2003 Jan;38(1):1–12.
65. Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016 Nov 16;57(11):1247–57.

66. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1997 Dec;40(6):1245–60.
67. Brugha T, CSA, MS, PS, SJ, SFJ, SN, & TF. Estimating the prevalence of autism spectrum conditions in adults: Extending the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. NHS Information Centre for Health and Social Care. 2012.
68. Fortnum HM, Summerfield AQ, Marshall DH, Davis AC, Bamford JM, Davis A, et al. Prevalence of permanent childhood hearing impairment in the United Kingdom and implications for universal neonatal hearing screening: questionnaire based ascertainment study
Commentary: Universal newborn hearing screening: implications for coordinating and developing services for deaf and hearing impaired children. *BMJ*. 2001 Sep 8;323(7312):536–536.
69. Berenguer C, Rosello B, Miranda A. Mothers' stress and behavioral and emotional problems in children with ADHD. Mediation of coping strategies. *Scand J Psychol*. 2021 Apr 13;62(2):141–9.
70. Craig F, Operto FF, De Giacomo A, Margari L, Froli A, Conson M, et al. Parenting stress among parents of children with Neurodevelopmental Disorders. *Psychiatry Res*. 2016 Aug;242:121–9.
71. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017 Oct 30;58(10):1068–80.
72. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLoS One*. 2016 Jul 8;11(7):e0158753.
73. Pennington BF, Bishop DVM. Relations Among Speech, Language, and Reading Disorders. *Annu Rev Psychol*. 2009 Jan 1;60(1):283–306.
74. Young AR, Beitchman JH, Johnson C, Douglas L, Atkinson L, Escobar M, et al. Young adult academic outcomes in a longitudinal sample of early identified language impaired and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002 Jul;43(5):635–45.
75. Conti-Ramsden G, Botting N. Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008 May;49(5):516–25.

76. Brownlie EB, Jabbar A, Beitchman J, Vida R, Atkinson L. Language Impairment and Sexual Assault of Girls and Women: Findings from a Community Sample. *J Abnorm Child Psychol.* 2007 Jul 27;35(4):618–26.
77. Brownlie EB, Beitchman JH, Escobar M, Young A, Atkinson L, Johnson C, et al. Early Language Impairment and Young Adult Delinquent and Aggressive Behavior. *J Abnorm Child Psychol.* 2004 Aug;32(4):453–67.
78. Manninen M. Psychiatric symptoms and their recognition in adolescents institutionalized for behavior problems. 2013;
79. Li N, Bartlett CW. Defining the genetic architecture of human developmental language impairment. *Life Sci.* 2012 Apr;90(13–14):469–75.
80. Badcock NA, Bishop DVM, Hardiman MJ, Barry JG, Watkins KE. Co-localisation of abnormal brain structure and function in specific language impairment. *Brain Lang.* 2012 Mar;120(3):310–20.
81. Leonard C, Eckert M, Given B, Virginia B, Eden G. Individual differences in anatomy predict reading and oral language impairments in children. *Brain.* 2006 Jun 9;129(12):3329–42.
82. Bishop DVM. What Causes Specific Language Impairment in Children? *Curr Dir Psychol Sci.* 2006 Oct 23;15(5):217–21.
83. Tully LA, Arseneault L, Caspi A, Moffitt TE, Morgan J. Does Maternal Warmth Moderate the Effects of Birth Weight on Twins' Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms and Low IQ? *J Consult Clin Psychol.* 2004 Apr;72(2):218–26.
84. Wachs TD, Chang SM, Walker SP, Meeks Gardner JM. Relation of birth weight, maternal intelligence and mother–child interactions to cognitive and play competence of Jamaican two-year old children. *Intelligence.* 2007 Nov;35(6):605–22.
85. Prior M, Bavin E, Cini E, Eadie P, Reilly S. Relationships between language impairment, temperament, behavioural adjustment and maternal factors in a community sample of preschool children. *Int J Lang Commun Disord.* 2011 Jul;46(4):489–94.
86. Crnic KA, Friedrich WN, Greenberg MT. Adaptation of families with mentally retarded children: a model of stress, coping, and family ecology. *Am J Ment Defic.* 1983 Sep;88(2):125–38.

87. Hastings RP. Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil*. 2002 Jan 10;27(3):149–60.
88. Nystrom K, Ohrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J Adv Nurs*. 2004 May;46(3):319–30.
89. Berry JO, Jones WH. The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *J Soc Pers Relat*. 1995 Aug 30;12(3):463–72.
90. Deater-Deckard K. *Parenting Stress*. Yale University Press; 2004.
91. Gavita OA, David D, DiGiuseppe R. You are Such a Bad Child! Appraisals as Mechanisms of Parental Negative and Positive Affect. *J Gen Psychol*. 2014 Apr;141(2):113–29.
92. Baker BL, McIntyre LL, Blacher J, Crnic K, Edelbrock C, Low C. Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003 May 22;47(4–5):217–30.
93. Kotsis K, Boukouvala M, Serdari A, Koullourou I, Siafaka V, Hyphantis T. Parental Stress Scale: Psychometric Properties in Parents of Preschool Children with Developmental Language Disorder. *Healthcare*. 2023 May 5;11(9):1332.
94. Reilly S, Tomblin B, Law J, McKean C, Mensah FK, Morgan A, et al. Specific language impairment: a convenient label for whom? *Int J Lang Commun Disord*. 2014 Jul 20;49(4):416–51.
95. BEITCHMAN JH, WILSON B, BROWNLIE EB, WALTERS H, INGLIS A, LANCEE W. Long-Term Consistency in Speech/Language Profiles: II. Behavioral, Emotional, and Social Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Jun;35(6):815–25.
96. McCabe PC. Social and behavioral correlates of preschoolers with specific language impairment. *Psychol Sch*. 2005 Apr;42(4):373–87.
97. McGregor KK. How We Fail Children With Developmental Language Disorder. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2020 Oct 2;51(4):981–92.
98. Vermeij BAM, Wiefferink CH, Knoors H, Scholte R. Association of language, behavior, and parental stress in young children with a language disorder. *Res Dev Disabil*. 2019 Feb;85:143–53.
99. Sylvestre A, Brisson J, Lepage C, Nadeau L, Deaudelin I. Social participation of children age 8–12 with SLI. *Disabil Rehabil*. 2016 Jun 4;38(12):1146–56.

100. Schaunig I, Willinger U, Diendorfer-Radner G, Hager V, Jörgl G, Sirsch U, et al. [Parenting Stress Index and specific language impairment]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2004;53(6):395–405.
101. HORWITZ SM, IRWIN JR, BRIGGS-GOWAN MJ, BOSSON HEENAN JM, MENDOZA J, CARTER AS. Language Delay in a Community Cohort of Young Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Aug;42(8):932–40.
102. Henrichs J, Rescorla L, Schenk JJ, Schmidt HG, Jaddoe VW V., Hofman A, et al. Examining Continuity of Early Expressive Vocabulary Development: The Generation R Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2011 Jun;54(3):854–69.
103. IRWIN JR, CARTER AS, BRIGGS-GOWAN MJ. The Social-Emotional Development of “Late-Talking” Toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Nov;41(11):1324–32.
104. Prior M, Bavin E, Cini E, Eadie P, Reilly S. Relationships between language impairment, temperament, behavioural adjustment and maternal factors in a community sample of preschool children. *Int J Lang Commun Disord*. 2011 Jul;46(4):489–94.
105. NOEL M, PETERSON C, JESSO B. The relationship of parenting stress and child temperament to language development among economically disadvantaged preschoolers. *J Child Lang*. 2008 Nov 6;35(4):823–43.
106. Harewood T, Vallotton CD, Brophy-Herb H. More than Just the Breadwinner: The Effects of Fathers’ Parenting Stress on Children’s Language and Cognitive Development. *Infant Child Dev*. 2017 Mar;26(2):e1984.
107. X. Καραδήμας Ε, Μουρίκη Δ, Σωτήρχου Σ, Τζάκου Δ, Γιαννάκη Μ. Συναισθηματική διάθεση, αναπαραστάσεις και τρόποι διαχείρισης της ασθένειας, και υποκειμενική υγεία σε χρόνιους ασθενείς. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*. 2020 Oct 15;19(3):333.
108. Richardson EM, Schüz N, Sanderson K, Scott JL, Schüz B. Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2017 Jun;26(6):724–37.
109. Lau RR, Bernard TM, Hartman KA. Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*. 1989;8(2):195–219.
110. Averous P, Charbonnier E, Dany L. Assessment of illness representations in mental disorders: A mini review. *Encephale*. 2021 Apr;47(2):137–42.

111. Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J, et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain*. 2008 May;136(1):177–87.
112. Frostholm L, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J, et al. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *J Psychosom Res*. 2007 Feb;62(2):129–38.
113. Beitchman JH, Nair R, Clegg M, Patel PG. Prevalence of Speech and Language Disorders in 5-Year-Old Kindergarten Children in the Ottawa-Carleton Region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1986 May;51(2):98–110.
114. Silva PA, Williams S, McGee R. A Longitudinal Study Of Children With Developmental Language Delay At Age Three: Later Intelligence, Reading And Behaviour Problems. *Dev Med Child Neurol*. 1987 Oct 12;29(5):630–40.
115. van Daal J, Verhoeven L, van Balkom H. Behaviour problems in children with language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007 Nov;48(11):1139–47.
116. Papadopoulos A, Siafaka V, Tsapara A, Tafiadis D, Kotsis K, Skapinakis P, et al. Measuring parental stress, illness perceptions, coping and quality of life in families of children newly diagnosed with autism spectrum disorder. *BJPsych Open*. 2023 May 18;9(3):e84.
117. Papadopoulos A, Tafiadis D, Tsapara A, Skapinakis P, Tzoufi M, Siafaka V. Validation of the Greek version of the Affiliate Stigma Scale among mothers of children with autism spectrum disorder. *BJPsych Open*. 2022 Jan 20;8(1):e30.
118. Diefenbach MA, Leventhal H. The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *J Soc Distress Homeless*. 1996 Jan 7;5(1):11–38.
119. Karademas EC, Karamvakalis N, Zarogiannos A. Life context and the experience of chronic illness: is the stress of life associated with illness perceptions and coping? *Stress and Health*. 2009 Dec 2;25(5):405–12.
120. Baker BL, Blacher J, Olsson MB. Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005 Aug 30;49(8):575–90.
121. Essex EL, Seltzer MM, Krauss MW. Differences in Coping Effectiveness and Well-Being Among Aging Mothers and Fathers of Adults With Mental Retardation. *American Journal on Mental Retardation*. 1999;104(6):545.

122. Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2001 Dec 7;45(6):535–43.
123. Moes D, Koegel RL, Schreibman L, Loos LM. Stress Profiles for Mothers and Fathers of Children with Autism. *Psychol Rep*. 1992 Dec 1;71(3_suppl):1272–4.
124. Taylor JL, Warren ZE. Maternal Depressive Symptoms Following Autism Spectrum Diagnosis. *J Autism Dev Disord*. 2012 Jul 1;42(7):1411–8.
125. Breslau N. Psychological Distress in Mothers of Disabled Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1982 Aug 1;136(8):682.
126. Zablotzky B, Bradshaw CP, Stuart EA. The Association Between Mental Health, Stress, and Coping Supports in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2013 Jun 26;43(6):1380–93.
127. Mire SS, Gealy W, Kubiszyn T, Burrridge AB, Goin-Kochel RP. Parent Perceptions About Autism Spectrum Disorder Influence Treatment Choices. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2017 Dec 16;32(4):305–18.
128. Al Anbar NN, Dardennes RM, Prado-Netto A, Kaye K, Contejean Y. Treatment choices in autism spectrum disorder: The role of parental illness perceptions. *Res Dev Disabil*. 2010 May;31(3):817–28.
129. Estes A, Olson E, Sullivan K, Greenson J, Winter J, Dawson G, et al. Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain Dev*. 2013 Feb;35(2):133–8.
130. Gabriels RL, Hill DE, Pierce RA, Rogers SJ, Wehner B. Predictors of Treatment Outcome in Young Children with Autism. *Autism*. 2001 Dec 1;5(4):407–29.
131. Durkin K, Conti-Ramsden G. Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence. *Child Lang Teach Ther*. 2010 Jun 9;26(2):105–21.
132. Yew SGK, O’Kearney R. Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013 May;54(5):516–24.
133. Maggio V, Grañana NE, Richaudeau A, Torres S, Giannotti A, Suburo AM. Behavior Problems in Children With Specific Language Impairment. *J Child Neurol*. 2014 Feb 21;29(2):194–202.

134. Chow JC, Wehby JH. Associations Between Language and Problem Behavior: a Systematic Review and Correlational Meta-analysis. *Educ Psychol Rev.* 2018 Mar 3;30(1):61–82.
135. Shaun Goh Kok Yew, O’Kearney R. Language Difficulty at School Entry and the Trajectories of Hyperactivity-Inattention Problems from Ages 4 to 11: Evidence from a Population-Representative Cohort Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2017 Aug 3;45(6):1105–18.
136. Yew SGK, O’Kearney R. The Role of Early Language Difficulties in the Trajectories of Conduct Problems Across Childhood. *J Abnorm Child Psychol.* 2015 Nov 25;43(8):1515–27.
137. Goh Kok Yew S, O’Kearney R. Early language impairments and developmental pathways of emotional problems across childhood. *Int J Lang Commun Disord.* 2015 Apr;50(3):358–73.
138. Snowling MJ, Bishop DVM, Stothard SE, Chipchase B, Kaplan C. Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2006 Jun 9;47(8):759–65.
139. Petersen IT, Bates JE, D’Onofrio BM, Coyne CA, Lansford JE, Dodge KA, et al. Language ability predicts the development of behavior problems in children. *J Abnorm Psychol.* 2013 May;122(2):542–57.
140. Salmon K, O’Kearney R, Reese E, Fortune CA. The Role of Language Skill in Child Psychopathology: Implications for Intervention in the Early Years. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2016 Dec 27;19(4):352–67.
141. Dionne G, Tremblay R, Boivin M, Laplante D, Périus D. Physical aggression and expressive vocabulary in 19-month-old twins. *Dev Psychol.* 2003;39(2):261–73.
142. Wang MV, Aarø LE, Ystrom E. Language Delay and Externalizing Problems in Preschool Age: A Prospective Cohort Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2018 Jul 10;46(5):923–33.
143. Girard LC, Pingault JB, Doyle O, Falissard B, Tremblay RE. Developmental Associations Between Conduct Problems and Expressive Language in Early Childhood: A Population-Based Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2016 Aug 26;44(6):1033–43.
144. Morgan PL, Farkas G, Hillemeier MM, Hammer CS, Maczuga S. 24-Month-Old Children With Larger Oral Vocabularies Display Greater Academic and Behavioral Functioning at Kindergarten Entry. *Child Dev.* 2015 Sep;86(5):1351–70.

145. Petersen IT, Bates JE, D’Onofrio BM, Coyne CA, Lansford JE, Dodge KA, et al. Language ability predicts the development of behavior problems in children. *J Abnorm Psychol.* 2013 May;122(2):542–57.
146. Roben CKP, Cole PM, Armstrong LM. Longitudinal Relations Among Language Skills, Anger Expression, and Regulatory Strategies in Early Childhood. *Child Dev.* 2013 May;84(3):891–905.
147. Curtis PR, Kaiser AP, Estabrook R, Roberts MY. The Longitudinal Effects of Early Language Intervention on Children’s Problem Behaviors. *Child Dev.* 2019 Mar 5;90(2):576–92.
148. Qi CH, Kaiser AP. Problem Behaviors of Low-Income Children With Language Delays. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2004 Jun;47(3):595–609.
149. Roberts MY, Curtis P, Estabrook R, Norton ES, Davis MM, Burns J, et al. Talking Tots and the Terrible Twos: Early Language and Disruptive Behavior in Toddlers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.* 2018 Dec;39(9):709–14.
150. L.A.R.R.C. The Dimensionality of Language Ability in Young Children. *Child Dev.* 2015 Nov 28;86(6):1948–65.
151. Arkkila E, Räsänen P, Roine RP, Vilkman E. Specific language impairment in childhood is associated with impaired mental and social well-being in adulthood. *Logoped Phoniatr Vocol.* 2008 Jan 11;33(4):179–89.
152. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL™ 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Pediatrics.* 2003 Nov;3(6):329–41.
153. Spieth LE, Harris C V. Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: An Integrative Review. *J Pediatr Psychol.* 1996;21(2):175–93.
154. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Med Care.* 2001 Aug;39(8):800–12.
155. Cunningham BJ, Washington KN, Binns A, Rolfe K, Robertson B, Rosenbaum P. Current Methods of Evaluating Speech-Language Outcomes for Preschoolers With Communication Disorders: A Scoping Review Using the ICF-CY. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.* 2017 Feb;60(2):447–64.

156. Bayer JK, Ukoumunne OC, Mathers M, Wake M, Abdi N, Hiscock H. Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012 Jul 31;46(7):659–68.
157. Reilly S, Wake M, Ukoumunne OC, Bavin E, Prior M, Cini E, et al. Predicting Language Outcomes at 4 Years of Age: Findings From Early Language in Victoria Study. *Pediatrics*. 2010 Dec 1;126(6):e1530–7.
158. Feeney R, Desha L, Khan A, Ziviani J. Contribution of speech and language difficulties to health-related quality-of-life in Australian children: A longitudinal analysis. *Int J Speech Lang Pathol*. 2017 Mar 4;19(2):139–52.
159. Snowling MJ, Duff FJ, Nash HM, Hulme C. Language profiles and literacy outcomes of children with resolving, emerging, or persisting language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016 Dec 17;57(12):1360–9.
160. Conti-Ramsden G, Mok PLH, Pickles A, Durkin K. Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Res Dev Disabil*. 2013 Nov;34(11):4161–9.
161. Law J, Rush R, Schoon I, Parsons S. Modeling Developmental Language Difficulties From School Entry Into Adulthood: Literacy, Mental Health, and Employment Outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2009 Dec;52(6):1401–16.
162. Bretherton L, Prior M, Bavin E, Cini E, Eadie P, Reilly S. Developing relationships between language and behaviour in preschool children from the Early Language in Victoria Study: implications for intervention. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2014 Jan 2;19(1):7–27.
163. Arkkila E, Räsänen P, Roine RP, Sintonen H, Saar V, Vilkinen E. Health-Related Quality of Life of Children with Specific Language Impairment Aged 8–11. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2011;63(1):27–35.
164. Feeney R, Desha L, Ziviani J, Nicholson JM. Health-related quality-of-life of children with speech and language difficulties: A review of the literature. *Int J Speech Lang Pathol*. 2012 Feb 22;14(1):59–72.
165. Hubert-Dibon G, Bru M, Gras Le Guen C, Launay E, Roy A. Health-Related Quality of Life for Children and Adolescents with Specific Language Impairment: A Cohort Study by a Learning Disabilities Reference Center. *PLoS One*. 2016 Nov 16;11(11):e0166541.

166. McKean C, Reilly S, Bavin EL, Bretherton L, Cini E, Conway L, et al. Language Outcomes at 7 Years: Early Predictors and Co-Occurring Difficulties. *Pediatrics*. 2017 Mar 1;139(3).
167. Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *J Commun Disord*. 2009 Jan;42(1):29–42.
168. Markham C, van Laar D, Gibbard D, Dean T. Children with speech, language and communication needs: their perceptions of their quality of life. *Int J Lang Commun Disord*. 2009 Jan;44(5):748–68.
169. Markham C, Dean T. Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *Int J Lang Commun Disord*. 2006 Jan;41(2):189–212.
170. Agt HME van., Essink-Bot ML, Stege HA van der., Ridder-Sluiter JG de., Koning HJ de. Quality of life of children with language delays. *Quality of Life Research*. 2005 Jun 1;14(5):1345–55.
171. VAN AGT H, VERHOEVEN L, VAN DEN BRINK G, DE KONING H. The impact on socio-emotional development and quality of life of language impairment in 8-year-old children. *Dev Med Child Neurol*. 2011 Jan;53(1):81–8.
172. Nicola K, Watter P. Health-related quality of life from the perspective of children with severe specific language impairment. *Health Qual Life Outcomes*. 2015 Dec 14;13(1):127.
173. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006 Jun;60(6):631–7.
174. THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med*. 1998 May 1;28(3):551–8.
175. GOODMAN R. Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Nov;40(11):1337–45.
176. Rutter M. A CHILDREN'S BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE FOR COMPLETION BY TEACHERS: PRELIMINARY FINDINGS. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1967 May;8(1):1–11.
177. Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Papadopoulou K, Tzavara C, Kolaitis G, Ravens-Sieberer U, et al. Reliability and validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Greek adolescents and their parents. *Health N Hav*. 2013;05(11):1774–83.

178. Gkoltsiou K, Dimitrakaki C, Tzavara C, Papaevangelou V, Varni JW, Tountas Y. Measuring health-related quality of life in Greek children: psychometric properties of the Greek version of the Pediatric Quality of Life InventoryTM 4.0 Generic Core Scales. *Quality of Life Research*. 2008 Mar 15;17(2):299–305.
179. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQLTM: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Med Care*. 1999 Feb;37(2):126–39.
180. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQLTM 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Med Care*. 2001 Aug;39(8):800–12.
181. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQLTM* 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Pediatrics*. 2003 Nov;3(6):329–41.
182. Fairclough DL. *Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials: Interdisciplinary Statistics* New York: Chapman & Hall/CRC 2002. Chapman & Hall/CRC. 2002.
183. Berry JO, Jones WH. The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *J Soc Pers Relat*. 1995 Aug 30;12(3):463–72.
184. Louie AD, Cromer LD, Berry JO. Assessing Parenting Stress. *The Family Journal*. 2017 Oct 8;25(4):359–67.
185. Pontoppidan M, Nielsen T, Kristensen IH. Psychometric properties of the Danish Parental Stress Scale: Rasch analysis in a sample of mothers with infants. *PLoS One*. 2018 Nov 7;13(11):e0205662.
186. Ekizoglou C, Voursour E, Anagnostopoulos D, Papageorgiou C, Zervas IM. Validation of parental stress scale in a Greek sample of mothers with infants from 0 to 12 months. *Infant Ment Health J*. 2022 Mar 10;43(2):300–10.
187. Zelman JJ, Ferro MA. The Parental Stress Scale: Psychometric Properties in Families of Children With Chronic Health Conditions. *Fam Relat*. 2018 Apr;67(2):240–52.
188. Hsiao YJ, Higgins K, Pierce T, Whitby PJS, Tandy RD. Parental stress, family quality of life, and family-teacher partnerships: Families of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2017 Nov;70:152–62.
189. Algarvio S, Leal I, Maroco J. Parental Stress Scale: Validation study with a Portuguese population of parents of children from 3 to 10 years old. *Journal of Child Health Care*. 2018 Dec 14;22(4):563–76.

190. Park SY, Kim JH, Jeong MY, Lee YS, Shin JE, Lee YJ. Reliability and Validity of the Korean Version of the Parental Stress Scale for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Investig.* 2021 Dec 25;18(12):1188–97.
191. Leung C, Tsang SKM. The Chinese Parental Stress Scale: Psychometric Evidence Using Rasch Modeling on Clinical and Nonclinical Samples. *J Pers Assess.* 2010 Jan;92(1):26–34.
192. BAKER CK, PERILLA JL, NORRIS FH. Parenting Stress and Parenting Competence Among Latino Men Who Batter. *J Interpers Violence.* 2001 Nov 2;16(11):1139–57.
193. Letiecq BL, Bailey SJ, Kurtz MA. Depression Among Rural Native American and European American Grandparents Rearing Their Grandchildren. *J Fam Issues.* 2008 Mar 19;29(3):334–56.
194. Ekizoglou C, Voursoura E, Anagnostopoulos D, Papageorgiou C, Zervas IM. Validation of parental stress scale in a Greek sample of mothers with infants from 0 to 12 months. *Infant Ment Health J.* 2022 Mar 10;43(2):300–10.
195. Sterling M. General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28). *J Physiother.* 2011;57(4):259.
196. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Mac, Version 28.0. Released 2021. IBM Corp: Armonk, NY, USA. Armonk, NY, USA: IBM Corp. ; 2021.
197. JASPTeam(2023). JASP [Internet]. 2023. Available from: JASPTeam(2023). JASP, Version 0.17.1; Computer Software. 2022. Available online: <https://jasp-stats.org/previous-versions/> (accessed on 3 March 2023).
198. The Jamovi Project. The Jamovi Project. Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. 2022. Available online: <https://www.jamovi.org> (accessed on 7 February 2022). 2022.
199. Ihaka R, Gentleman R. R: A Language for Data Analysis and Graphics. *Journal of Computational and Graphical Statistics.* 1996 Sep;5(3):299.
200. Hevey D. Network analysis: a brief overview and tutorial. *Health Psychol Behav Med.* 2018 Jan 1;6(1):301–28.
201. Koo TK; LMY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. 2016;155–63.
202. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med.* 2016 Jun;15(2):155–63.

203. De Wet HC; TCB; MLB; KDL. *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. 1st ed. Cambridge University Press: Cambridge; 2011.
204. de Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in Medicine*. Cambridge University Press; 2011.
205. Ginieri-Coccossis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatriki*. 2012;23(2):130–42.
206. Parks KMA, Hannah KE, Moreau CN, Brainin L, Joannis MF. Language abilities in children and adolescents with DLD and ADHD: A scoping review. *J Commun Disord*. 2023 Nov;106:106381.
207. McArthur GM, Hogben JH, Edwards VT, Heath SM, Mengler ED. On the “Specifics” of Specific Reading Disability and Specific Language Impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000 Oct;41(7):869–74.
208. Dorothy V. M. Bishop. Specific language impairment, dyslexia, and autism: Using genetics to unravel their relationship. In: *UNDERSTANDING DEVELOPMENTAL LANGUAGE DISORDERS*. 2008.
209. Hemmingsson H, Ólafsdóttir LB, Egilson ST. Agreements and disagreements between children and their parents in health-related assessments. *Disabil Rehabil*. 2017 May 22;39(11):1059–72.
210. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Dec 3;5(1):1.
211. Vieira MEB, Formiga CKMR, Linhares MBM. Quality of Life Reported by Pre-School Children and their Primary Caregivers. *Child Indic Res*. 2018 Dec 30;11(6):1967–82.
212. Assembly UG. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>. United Nations, Treaty Series. 1989. p. 1–23.