



**Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ
ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ**

**Καλαβρής Αλέξανδρος
(Α.Μ. 20160610)**

Επιβλέπων:

**Χριστογιώργος Στυλιανός, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

**Χριστογιώργος Στυλιανός, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

**Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

**Μίχος Αθανάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής–Λοιμωξιολογίας,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία»**

**ΑΘΗΝΑ,
Ιούλιος, 2019**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ–ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	10
1.1.Η θεωρία της προσκόλλησης.....	10
1.2.Συναισθηματικός δεσμός και χρόνιες σωματικές παθήσεις: ψυχοσωματική οπτική.....	13
1.3.Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου: συσχετιζόμενοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	16
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	26
2.1.Δείγμα.....	26
2.2.Εργαλεία Μέτρησης	27
2.3.Διαδικασία	29
2.4.Στατιστική ανάλυση	31
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	33
3.1.Δημογραφικά στοιχεία και κατάσταση υγείας	33
3.2.Βαθμολογία κλίμακας SDQ	37
3.3.Βαθμολογίες κλινικών κλιμάκων	38
3.4. Όργανο Μέτρησης του Γονεϊκού Δεσμού (PBI)	40
3.5.Συσχέτιση τύπων προσκόλλησης, κλίμακας SDQ και κλινικών κλιμάκων.....	45
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	59
Περιορισμοί και προτάσεις.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	79
Έντυπα συγκατάθεσης και ερωτηματολόγια έρευνας.....	79

Αντί προλόγου

«...είναι καιρός να προχωρήσουμε πέρα από το έντερο στις προσεγγίσεις μας για τη φροντίδα των ΙΦΝΕ.» Antonina Mikocka-Walus & Simon R. Knowles, 2018

Ευχαριστίες

Εκτείνω ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα καθηγητή της εργασίας κ. Στυλιανό Χριστογιώργο για την καθοδήγηση και την ενθάρρυνσή του, τον διευθυντή του ΠΜΣ κ. Γεράσιμο Κολαΐτη για την εμπιστοσύνη του στο πρόσωπό μου και την επιστημονική υπεύθυνη του ΠΜΣ κ. Καλλιόπη Τριανταφύλλου που με τις εύστοχες παρατηρήσεις και τη διαθεσιμότητά της συντέλεσε καταλυτικά στην επιτυχία της προσπάθειας μου.

Ομοίως, εκφράζω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν, ο καθένας διακριτά, στο να γίνει δυνατή η πραγματοποίηση αυτής της έρευνας.

Στην υπεύθυνη της Μονάδας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής του Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία» κ. Αλεξάνδρα Παπαδοπούλου, τους παιδογαστρεντερολόγους κ. Κωνσταντίνα Δημάκου και κ. Μαρία Ρογαλίδου και τη νοσηλεύτρια κ. Λεμονιά Βέσση για τη συνολική υποστήριξη.

Στο σύλλογο ατόμων με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα Ελλάδας για την προώθηση της έρευνας στα μέλη της.

Στους διευθυντές και τους συλλόγους διδασκόντων των σχολείων για το αγκάλιασμα.

Στη Δρ Πηνελόπη-Αλεξία Αβαγιανού για την παροχή του ερωτηματολογίου PBI.

Στη συνάδελφο κ. Δανάη-Ευαγγελία Μαυραγάνη για την κοινή συλλογή του δείγματος και την πολύτιμη συνεργασία.

Στους εφήβους και τους γονείς τους που με καλή διάθεση και υπομονή συμμετείχαν στην έρευνα.

Αφιερώνω την έρευνα μου στον άνθρωπο που μαζί του έμαθα να ζω συνειδητά...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η προσκόλληση και ο επαγόμενος συναισθηματικός δεσμός βρέφους και βασικού προσώπου φροντίδας αναδεικνύεται ως μέσο κατανόησης των διεργασιών σωματοποίησης. Οι Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ) έχουν συσχετιστεί με συναισθηματικές δυσκολίες και τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης. Οι Λειτουργικές Γαστρεντερικές Διαταραχές (ΛΓΔ), η συνηθέστερη διάγνωση στην γαστρεντερολογία, έχουν επίσης συνδεθεί με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σκοπός: Να διερευνηθεί η συσχέτιση του ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης με τις ΙΦΝΕ σε εφήβους σε σύγκριση με υγιείς συνομηλίκους και να αξιολογηθούν τα επίπεδα ψυχικής υγείας, ειδικά των συναισθηματικών δυσκολιών. Επίσης, εξετάζεται η διαφοροποίηση μεταξύ ΙΦΝΕ και ΛΓΔ ως προς τα ανωτέρω.

Μέθοδος: Δείγμα 142 εφήβων (40 με ΙΦΝΕ, 31 με ΛΓΔ και 71 μάρτυρες) ηλικίας 11-17 ετών και ένα γονέας συμπλήρωσαν, πέραν ενός ερωτηματολογίου δημογραφικών στοιχείων, το Όργανο Μέτρησης του Γονεϊκού Δεσμού (PBI), το ερωτηματολόγιο απογραφής λειτουργικής ανικανότητας (FDI), το ερωτηματολόγιο αντίληψης κοιλιακού άλγους (API), η κλίμακα καταστροφопоποίησης του πόνου (PCS) και το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ).

Αποτελέσματα: Οι έφηβοι με ΙΦΝΕ δεν ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανασφαλούς προσκόλλησης στην μητέρα και τον πατέρα ($p=0,629$ και $p=0,983$ αντίστοιχα) σε σύγκριση με τους υγιείς. Οι έφηβοι με ΛΓΔ κατέγραψαν σημαντικά περισσότερα συναισθηματικά συμπτώματα συγκριτικά τόσο με εκείνους με ΙΦΝΕ όσο και με τους υγιείς ($p=0,010$ και $p=0,001$ αντίστοιχα). Ωστόσο, οι αυτοαναφορές των γονέων κατέδειξαν ότι σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ, οι μάρτυρες παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερα προβλήματα σε σύγκριση με τις κλινικές ομάδες. Οι έφηβοι με ΛΓΔ βρέθηκε ότι

βιώνουν εντονότερες δυσκολίες, οξύτερο πόνο και μειωμένη λειτουργική ικανότητα συγκριτικά με εκείνους με ΙΦΝΕ.

Συμπεράσματα: Σχετικά με τη συσχέτιση της ανασφαλούς προσκόλλησης με τις ΙΦΝΕ σε εφήβους, απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων μελετών με παράλληλη εξασφάλιση κατάλληλων εργαλείων μέτρησης της. Αναδεικνύεται η ανάγκη προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων εστιασμένων στις συναισθηματικές δυσκολίες των εφήβων με ΙΦΝΕ και ΛΓΔ και ευαισθητοποιημένων στις διαταραχές του συναισθηματικού δεσμού.

Λέξεις κλειδιά: ΙΦΝΕ, ΛΓΔ, Ανασφαλής Προσκόλληση, Συναισθηματικές Δυσκολίες

ABSTRACT

Introduction: Attachment and induced emotional bond between the infant and the primary caregiver is emerging as a means of understanding of the somatization process. Inflammatory bowel diseases (IBD) have been associated with emotional difficulties and insecure attachment. Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs), the most common diagnosis in gastroenterology, have also been linked to mental health problems.

Aim: To investigate the correlation of the insecure attachment type with IBD in adolescents compared to healthy peers and to assess mental health levels, especially emotional difficulties. Also, the differentiation between IBD and the FGIDs is examined in relation to the above.

Method: A sample of 142 adolescents (40 with IBD, 31 with FGIDs and 71 healthy subjects) aged 11-17 years and one parent filled out, in addition to measures of demographics, the questionnaire Parental Bonding Instrument (PBI), the Functional Disability Inventory (FDI), the Abdominal Pain Index (API), the Pain Catastrophizing Scale (PCS) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Results: Adolescents with IBD did not report significantly higher rates of insecure attachment to mother and father ($p=0.629$ and $p=0.983$ respectively) when compared to healthy subjects. Adolescents with FGIDs registered more substantial emotional symptoms compared to those with both IBD and healthy subjects ($p=0.010$ and $p=0.001$ respectively). However, parents' self-reports showed that in almost all dimensions of the SDQ, control group showed significantly fewer problems than clinical groups. Adolescents with FGIDs were found to experience severe difficulties, acute pain and reduced functional capacity compared to those with IBD.

Discussion: When it comes to the association of insecure attachment with IBD in adolescence, more studies are required while ensuring appropriate measurement tools. The

need for preventive and therapeutic interventions focused on the emotional difficulties of adolescents with IBD and FGIDs and sensitive to attachment disturbances is highlighted.

Key Words: IBD, FGIDs, Insecure Attachment, Emotional Difficulties

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεωρία της προσκόλλησης διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο στη σύγχρονη κατανόηση της ανθρώπινης ανάπτυξης, επικεντρώνοντας στη σημασία των πρώιμων εμπειριών σχετίζεσθαι και στην παροχή της κατάλληλης βρεφικής φροντίδας. Η ποιότητα και το είδος του συναισθηματικού δεσμού έχει αναγνωριστεί ότι συμβάλλει στην εμφάνιση στοιχείων ψυχοπαθολογίας αλλά και ψυχοσωματικών διαταραχών. Δεδομένου ότι η σωματική και η ψυχική υγεία είναι αλληλένδετες, η ψυχική ζωή συμβάλλει στη διαλεύκανση του παθογόνου μηχανισμού της σωματικής νόσου πέραν του οργανικού αιτίου. Η παραπάνω πρόταση θα μπορούσε να ιδωθεί ως η θεμελιώδης διατύπωση αλλά και διαπίστωση της ψυχοσωματικής θεώρησης.

Ασθενείς με ανασφαλή (αποφευκτική ή αμφιθυμική) προσκόλληση αναφέρουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα συγκρινόμενοι με τους έχοντες ασφαλή προσκόλληση (Ciechanowski, Walker, Katon & Russo, 2002), στοιχείο που αυξάνει το ενδιαφέρον των ερευνητών και κλινικών επαγγελματιών για την επίδραση του τύπου προσκόλλησης στην εκδήλωση σωματικών ασθενειών καθώς και των δυναμικών που τη διαμορφώνουν. Ανασκόπηση των Maunder και Hunter (2001) παρουσιάζει ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζοντα τη συμβολή της ανασφαλούς προσκόλλησης στην ανάπτυξη σωματικής ασθένειας. Καταλήγει σε ένα μοντέλο τριών πιθανών ψυχοσωματικών μηχανισμών που διαμεσολαβούν την εν λόγω συσχέτιση: α) διαταραχές ρύθμισης του στρες, β) συμπεριφορικές στρατηγικές μείωσης της ψυχικής δυσφορίας όπως η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και γ) μη χρήση προστατευτικών συμπεριφορών όπως η μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Επιπλέον, η θεωρία της προσκόλλησης αξιοποιήθηκε στην κατανόηση του βιώματος του πόνου με αποκορύφωμα την ανάδειξη της ανασφαλούς προσκόλλησης ως προδιαθεσικού

παράγοντα εκδήλωσης χρόνιου πόνου (Meredith, Ownsworth & Strong, 2008). Συνοπτικά, προτείνεται σύνδεση του τύπου προσκόλλησης και των γνωστικών εκτιμήσεων οι οποίες προκύπτουν ως αντίδραση στον πόνο. Οι τελευταίες, βάσει της γνωστικής θεωρίας (Lazarus, 1993), επιδρούν στην επιλογή στρατηγικών διαχείρισης του, στην αναζήτηση υποστήριξης, στη συναισθηματική κατάσταση και εν τέλει, στην προσαρμογή στον πόνο. Συνάμα, η προσκόλληση θεωρείται ότι συνεισφέρει στον αντίκτυπο αυτών των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην προσαρμογή στον πόνο.

Καθώς σύγχρονα νευροεπιστημονικά και νευροβιολογικά δεδομένα αναβαπτίζουν την αμφίδρομη σχέση του γαστρεντερικού σωλήνα και του νευρικού συστήματος ή του «μικρού εγκεφάλου» και του «μεγάλου εγκεφάλου», ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ψυχικά περιεχόμενα που μπορεί να εκφράζονται μέσω των γαστρεντερικών διαταραχών καθώς και η ψυχική επιβάρυνση των ασθενών. Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην επαλήθευση των διαταραχών της προσκόλλησης, όπως αυτές έχουν καταδειχθεί σε μελέτες ενηλίκων, και των συναισθηματικών δυσκολιών σε εφήβους ασθενείς με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Επίσης, διερευνά κατά πόσο τα ως άνω διαφοροποιούνται ποιοτικά μεταξύ της συνήθως πρόσκαιρης, ψυχοσωματικής γαστρεντερικής συμπτωματολογίας δίχως οργανικό υπόστρωμα, των Λειτουργικών Γαστρεντερικών Διαταραχών (ΛΓΔ) και των ΙΦΝΕ, των οποίων, ωστόσο, η αυτοάνοση εντερική φλεγμονή παραμένει μη σαφώς προσδιορισμένης αιτιολογίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Η θεωρία της προσκόλλησης

Η προσκόλληση, όρος που εισήγαγε ο Βρετανός ψυχίατρος John Bowlby, συνίσταται στην έντονη συναισθηματική σχέση (θετικός συναισθηματικός δεσμός) ανάμεσα στο βρέφος και στο βασικό πρόσωπο φροντίδας του. Τοποθετεί την προσκόλληση εντός μιας ευρύτερης κατηγορίας σχέσεων, τις οποίες μαζί με την Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) ονόμασαν συναισθηματικούς δεσμούς (Δασκάλου, 2006). Σύμφωνα με την Ainsworth (1989), χαρακτηριστικό στοιχείο το οποίο λειτουργεί ως κριτήριο για την ύπαρξη σχέσης προσκόλλησης είναι η αναζήτηση ανακούφισης και ασφάλειας στο πλαίσιο αυτής.

Οι «συμπεριφορές προσκόλλησης», κατά συνέπεια, όπως αποκαλούνται τα εσωτερικευμένα και αυτοματοποιημένα συστήματα συμπεριφορών των παιδιών, στοχεύουν στην εξασφάλιση στενής και συνεχούς επαφής και τάσης για εγγύτητα. Μέσω αυτής επιτυγχάνεται η συναισθηματική ευημερία των παιδιών και θέτονται τα θεμέλια της ψυχικής τους απαρτίωσης. Οικουμενικές και θεμελιώδεις συμπεριφορές προσκόλλησης είναι η αναζήτηση της σωματικής επαφής, τα παιχνίδια κατά το θηλασμό, το χαμόγελο και το κλάμα καθώς και το άγχος αποχωρισμού (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 2012).

Ο συναισθηματικός δεσμός του βρέφους με τη μητέρα ή άλλο βασικό πρόσωπο φροντίδας, μέσω ενός πολύπλοκου συστήματος επικοινωνιών και συμπεριφορών, εμπεριέχει βιολογικό χαρακτήρα καθώς αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης (Maunder & Hunter, 2001). Καθώς το παιδί εξερευνά επικίνδυνα ή απειλητικά περιβάλλοντα, η προσκόλληση διασφαλίζει την αίσθηση ασφάλειας, διατηρώντας τη δυνατότητα επαφής και την αίσθηση εγγύτητας με τον φροντιστή (Crowell & Treboux, 1995). Το βρέφος συνεπώς εξασφαλίζει ένα προστατευτικό από τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος πλαίσιο, χάρη στους στενούς και

ισχυρούς δεσμούς που αναπτύσσει μαζί του, οι οποίοι του απαλύνουν κάθε μορφή εσωτερικής δυσφορίας.

Άλλωστε, η εγκαθίδρυση του τύπου προσκόλλησης είναι μια πολυσύνθετη διαδικασία αρμονικής ή μη αλληλεπίδρασης μεταξύ της μητέρας-φροντιστή, του παιδιού και του περιβάλλοντος. Η ποιότητα σύνδεσης ορίζεται τόσο από τη φροντίδα που το βρέφος λαμβάνει, όσο και από το επίπεδο της διαθεσιμότητας του φροντιστή στις ανάγκες του πρώτου (Guttman-Steinmetz, 2006). Αν και η ευαισθησία και η ποιότητα της ανταπόκρισης της μητέρας στα βρεφικά σήματα είναι βασικός προγνωστικός δείκτης του τύπου της προσκόλλησης που αναπτύσσεται (Tarabulsy et al., 2009), αναγνωρίζεται επίσης, ότι οι πρακτικές ανταπόκρισης συνδιαμορφώνονται από τις ιδιοσυγκρασιακές ιδιαιτερότητες (ανάγκες και ικανότητες) του βρέφους και από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες στρες και υποστήριξης (Belsky, Rosenberger & Crnic, 1995).

Μέσω των επαναλαμβανόμενων αλληλεπιδράσεων μεταξύ βρέφους και φροντιστή σε καταστάσεις άγχους, αναπτύσσονται και σταθεροποιούνται πρότυπα προσκόλλησης. Η Ainsworth μέσω της πειραματικής «συνθήκης του ξένου», μιας σειράς σκηνοθετημένων επεισοδίων που αξιολογούν τα εν λόγω πρότυπα σε μωρά ενός έτους, κατέγραψε και ταξινόμησε τα είδη προσκόλλησης (Ainsworth & Bell, 1970). Προέκυψαν τρία είδη βάσει της συμπεριφοράς του βρέφους κατά την επανένωση με τη μητέρα: η ασφαλής, η ανασφαλής/αποφευχτική και η ανασφαλής/αμφιθυμική προσκόλληση (Ainsworth, 1979).

Σε γενικές γραμμές, η παρουσία της μητέρας φάνηκε να ενθαρρύνει την εξερευνητική συμπεριφορά, ενώ η απουσία της να ενεργοποιεί συμπεριφορές όπως το κλάμα και η αναζήτηση της. Όταν η επιστροφή της επέφερε αυξημένη αναζήτηση εγγύτητας από πλευράς βρέφους, ο τύπος προσκόλλησης θεωρήθηκε ασφαλής. Όταν κατά την επανένωση με τη μητέρα το βρέφος παρουσίασε αντίσταση στην επαφή και στη διατήρηση της, η προσκόλληση ονομάστηκε ανασφαλής/αμφιθυμική. Σε περιπτώσεις αποφυγής της εγγύτητας

από το βρέφος, η προσκόλληση θεωρήθηκε ανασφαλής/αποφευκτική. Ο αποδιοργανωμένος/αποπροσανατολισμένος τύπος προ-σκόλλησης προτάθηκε αργότερα από τους Main και Solomon (Guttman-Steinmetz, 2006).

Ο συναισθηματικός δεσμός μητέρας-βρέφους επιδρά αποφασιστικά στις διαπροσωπικές σχέσεις και της ενήλικης ζωής (Cohen, 2017). Η γονική ανταπόκριση στο βρέφος εντυπώνει πρότυπα δεσμού τα οποία προοδευτικά μετασχηματίζονται σε εσωτερικευμένα λειτουργικά μοντέλα όπως τα αποκαλεί ο Bowlby (1969). Αυτά διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην ικανότητα και τις διαδικασίες σχετίζεσθαι του ενήλικα (Waters, 2002) αλλά και στη διαμόρφωση στοιχείων προσωπικότητας.

Σε πρόσφατη έρευνα των Young, Simpson, Griskevicius, Huelsnitz και Fleck (2017) βρέθηκε ότι η ασφαλής προσκόλληση στην πρώιμη παιδική ηλικία προβλέπει τρεις από τους πέντε παράγοντες χαρακτηριστικών του μοντέλου των πέντε παραγόντων (five-factor model) της προσωπικότητας. Ενδεικτικά, οι συμμετέχοντες που ταξινομήθηκαν στον ασφαλή τύπο προσκόλλησης εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσήνειας και ευσυνειδησίας και χαμηλότερα επίπεδα νευρωτισμού κατά την ενήλικη ζωή. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που ταξινομήθηκαν στον ανασφαλή τύπο εμφάνισαν χαμηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση της προσήνειας και της ευσυνειδησίας και υψηλότερες στη διάσταση του νευρωτισμού.

1.2. Συναισθηματικός δεσμός και χρόνιες σωματικές παθήσεις: ψυχοσωματική

οπτική

Οι απαρχές της ψυχοσωματικής ιατρικής ταυτίζονται με εκείνες της ίδιας της ιατρικής άσκησης (Nash, Kent & Muskin, 2009), ενώ εξέχουσα μορφή έκφρασής της συνιστά ο Ιπποκράτης, ο οποίος ανέδειξε τη συνάφεια μεταξύ σωματικών και ψυχικών καταστάσεων (Δαφέρμος, 2010). Η έλευση της ψυχανάλυσης ευόδωσε την ανάδυση της ψυχοσωματικής ως οργανωμένου πλέον επιστημονικού κλάδου. Ο όρος «ψυχοσωματικό» σήμερα χρησιμοποιείται από διάφορους επαγγελματίες με διαφορετικούς σκοπούς.

Ο Freud δε χρησιμοποίησε ποτέ στα γραπτά του τον όρο «ψυχοσωματικό» καθώς εστίασε στις ψυχικές διεργασίες που λειτουργούν ως υπόστρωμα των υστερικών και υποχονδριακών συμπτωμάτων και όχι τόσο των οργανικών. Ωστόσο, μετέπειτα ψυχαναλυτές πειραματίστηκαν με την αντιμετώπιση σωματικών νοσημάτων. Ιδιαίτερως οι ψυχαναλυτές που μετανάστευσαν στις Η.Π.Α. προέβησαν σε ψυχαναλυτικές παρατηρήσεις σε ασθενείς με ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα (Taylor, 1987). Χαρακτηριστικές ήταν οι έρευνες των Dunbar και Alexander.

Η Dunbar (1955) υποστήριζε πως τα περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα είχαν τις ρίζες τους στην εκφόρτιση ενστικτικής ενέργειας στο νευροφυτικό σύστημα του σώματος. Διατύπωσε τη θεωρία της ειδικής προσωπικότητας (Dunbar, 1948), υποστηρίζοντας ότι ορισμένα ειδικά νοσήματα αντιστοιχίζονται με συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας.

Ο Alexander, ο σημαντικότερος ψυχοσωματικός θεωρητικός των δεκαετιών 1930-40, θεώρησε πως τα ψυχοσωματικά συμπτώματα δεν έχουν συμβολικό περιεχόμενο και δεν επιδιώκουν την έκφραση απαγορευμένων ερωτικών παραστάσεων σε σωματική γλώσσα (Νικολαΐδης & Benedetti, 1990). Υποστήριξε την υπόθεση ότι οι ψυχικοί αιτιολογικοί παράγοντες της σωματικής διαταραχής είναι ειδικής φύσεως, διατυπώνοντας τη θεωρία της ειδικής σύγκρουσης (Alexander & French, 1948). Αυτό που επιβαρύνει το νευροφυτικό

σύστημα είναι μια νευρωτική ενστικτώδης σύγκρουση που ενώ δεν αντικατοπτρίζεται συμβολικά στο σύμπτωμα εντούτοις ταιριάζει ειδικά σε αυτό (Νικολαΐδης & Benedetti, 1990). Κάθε σύμπτωμα που επιβαρύνει το νευροφυτικό σύστημα είχε ως υπόβαθρο μια διαφορετική ασυνείδητη σύγκρουση η οποία προδιαθέτει το άτομο να νοσήσει.

Όταν καταστάσεις ζωής ενεργοποιήσουν τη σύγκρουση, προκαλούνται συναισθήματα όπως θυμός, φόβος και ενοχή. Αυτά επιφέρουν δραστηριοποίηση του αυτόνομου, συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος, αλλά και ορμονικές αλλαγές, οδηγώντας σε φυσιολογικές αλλαγές χαρακτηριστικές της εκάστοτε νόσου. Ο ίδιος και οι συνεργάτες του (Alexander, French & Pollack, 1968) ταυτοποίησαν ειδικές ασυνείδητες ψυχολογικές συγκρούσεις με επτά χρόνια νοσήματα: το πεπτικό έλκος, την ιδιοπαθή υπέρταση, το βρογχικό άσθμα, τον υπερθυρεοειδισμό, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τη νευροδερματίτιδα καθώς και την εξεταζόμενη από την παρούσα μελέτη, ελκώδη κολίτιδα. Σήμερα, τα νοσήματα αυτά συνηθίζεται να αναφέρονται ως η Ιερή Επτάδα του Alexander (Νικολαΐδης & Benedetti, 1990).

Η ψυχαναλυτική σκέψη γύρω από τον ψυχοσωματικό ασθενή διατύπωσε σειρά άλλων θεωριών οι οποίες επέδρασαν στην κατανόηση του. Ορισμένες εξ αυτών υποστήριζαν πως μαζί με την απώθηση των συγκινήσεων στον ψυχοσωματικό ασθενή συνυπάρχει και μια φυσιολογική παλινδρόμηση σε αρχαιότερους τρόπους λειτουργικότητας (Taylor, 1987). Οι παθοφυσιολογικές λειτουργίες της ψυχοσωματικής νόσου θυμίζουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του βρέφους. Οι διάφορες διαταραχές στη σχέση μητέρας-βρέφους προξενούν στο τελευταίο ιδιαίτερους τρόπους σωματικής λειτουργίας, δοκιμάζοντας την αντοχή των ιστών. Αργότερα, στην ενήλικη ζωή, όταν το Εγώ δε μπορεί να ανταπεξέλθει στο στρες, παλινδρομεί σε μια αδιαφοροποίητη κατάσταση ψυχοσώματος, χαρακτηριστική της πρώιμης παιδικής ηλικίας (Taylor, 1987).

Επίσης, ενώ κατά τη σταδιακή ωρίμανση του ανθρώπου, οι φυσιολογικές απαντήσεις της παιδικής ηλικίας «αποσωματοποιούνται» με παράλληλη ανάπτυξη της διεργασίας της σκέψης, σε καταστάσεις στρες ο πρωτόγονος τρόπος σκέψης (μη αφηρημένος και μη συμβολικός) επανέρχεται και το άγχος «επανασωματοποιείται» (Schur, 1955 όπως αναφέρεται στο Νικολαΐδης & Benedetti, 1990). Οι ως άνω κατανοήσεις του ψυχοσωματικού ασθενή παραπέμπουν ευθέως στο ερώτημα: κατά πόσο ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ βρέφους και μητέρας επιδρά στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και χρόνιων σωματικών παθήσεων;

1.3. Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου: συσχετιζόμενοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Οι ΙΦΝΕ αναφέρονται στη νόσο Crohn και την ελκώδη κολίτιδα και συνιστούν ανίατες χρόνιες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Χαρακτηρίζονται από αυτοάνοση εντερική φλεγμονή μη σαφώς προσδιορισμένης αιτιολογίας. Η πρώτη μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, συχνά με ασυνέχειες, ενώ η δεύτερη περιορίζεται στο εσωτερικό τοίχωμα του παχέως έντερου (Reid & Carey, 2011). Οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλη γαστρεντερική συμπτωματολογία διαβαθμισμένης σοβαρότητας, όπως κοιλιακό άλγος, διάρροια, γαστρεντερική αιμορραγία, εντερικό συρίγγιο, ενδοκοιλιακό απόστημα και περιπρωκτική δυσφορία (Mărginean, Meliț, Mocanu, & Mărginean, 2017).

Η διάγνωση και η διαχείριση των ΙΦΝΕ απαιτεί μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση κλινικών, ενδοσκοπικών, ακτινολογικών και παθολογικών ευρημάτων (Lee, Westerhoff, Shen & Liu, 2016). Η ιστοπαθολογική διάγνωση κρίνεται ύψιστης σημασίας, αν και θα πρέπει να αξιολογείται συνδυασμένη με την ενδοσκοπική απεικόνιση, προκειμένου να καθοριστεί ο θεραπευτικός σχεδιασμός (φαρμακευτικός ή χειρουργικός) και η πρόγνωση (Cornaggia, Leutner, Mescoli, Sturniolo, & Gullotta, 2011). Περίπου το 20% του συνόλου των ασθενών με ΙΦΝΕ διαγιγνώσκεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας (Cuffari, 2009).

Ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ στις ΗΠΑ το 2009 ανήλθε σε 92 ανά 100.000 σε νεαρούς έως 20 ετών (Kappelman, Moore, Allen & Cook, 2013), αναδεικνύοντας την ανάγκη για ανάπτυξη προληπτικών και ερευνητικών στρατηγικών σε συνδυασμό με την πολύπλευρη στήριξη τους. Οι επιπτώσεις των ΙΦΝΕ ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα δυσμενείς για την ευαίσθητη αυτή ηλικιακή ομάδα λόγω των πιθανών αρνητικών επιπτώσεων στις αναπτυξιακές διεργασίες και την ψυχοκοινωνική ευημερία (Oliveira & Monteiro, 2017). Τα παιδιά και οι έφηβοι ασθενείς με ΙΦΝΕ έρχονται αντιμέτωποι με δυσκολίες και προκλήσεις που μπορεί να επάγουν σημαντική ψυχοκοινωνική επιβάρυνση, με τη μορφή απώλειας

αυτοεκτίμησης, έκπτωσης της ποιότητας ζωής και αυξημένης ψυχικής δυσφορίας (Karwowski, Keljo, & Szigethy, 2009).

Χαρακτηριστική είναι η πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση των Stapersma, van den Brink, Szigethy, Escher και Utens (2018) αναφορικά με την εκδήλωση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους με ΙΦΝΕ. Αναλύθηκαν 28 μελέτες με 8107 συνολικό αριθμό συμμετεχόντων, δημοσιευμένες μεταξύ 1994-2017. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο επιπολασμός των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης κυμαίνεται στο 16,4% και 15,0% αντίστοιχα, ενώ αυτός των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών στο 4,2% και 3,4% αντίστοιχα. Πέραν εκείνων σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές, παρατηρήθηκε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των ευρημάτων των μελετών. Ανάλυση παλινδρόμησης δεν έδειξε καμία επίδραση του τύπου της νόσου ή του φύλου στο επιπολασμό των συμπτωμάτων ή των διαταραχών, ωστόσο, φάνηκε ότι μελέτες που περιελάμβαναν υψηλότερο ποσοστό ενεργών γαστρεντερικών διαταραχών κατέγραψαν υψηλότερο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η εφηβεία αναδεικνύεται ως μια εξόχως ευαίσθητη περίοδο ζωής. Στο μεταίχμιο μεταξύ παιδικής και ενήλικης ζωής, γεμάτη προκλήσεις και με πλήθος σωματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών αλλαγών να την κατακλύζουν, η εκδήλωση ΙΦΝΕ κατά τη διάρκεια της μπορεί να αποτελέσει ουσιαστική απειλή της υγιούς ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης (Stapersma et al., 2018). Αν και η έναρξη της νόσου σε μικρότερη ηλικία έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά υποτροπής (Coughlan et al., 2017), βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στη συνέχεια, καθιστά παράγοντα κινδύνου για την ψυχολογική νοσηρότητα των νέων που νοσούν από ΙΦΝΕ την μεγαλύτερη ηλικία κατά τη διάγνωση (Brooks et al., 2016). Έφηβοι ασθενείς με ΙΦΝΕ εκτιμάται ότι διατρέχουν 4,6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κλινικά σημαντικών αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με υγιείς συνομηλίκους (Mackner & Crandall, 2006). Η ίδια

έρευνα καταγράφει αυξημένες κοινωνικές δυσκολίες των πρώτων σε σχέση με τους δεύτερους. Επισημαίνει δε ότι οι περισσότερες εξ αυτών αποκτούν κλινική σημασία.

Αναλυτικότερα, η έναρξη της νόσου κατά την εφηβεία συνδέεται με σημαντικά μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και αίσθηση κοινωνικής επάρκειας, με το 22% των πασχόντων να αναφέρουν κλινικά σημαντική επιβάρυνση. Μάλιστα, οι εν λόγω δυσκολίες μπορεί να εμμένουν εν απουσία έντονης γαστρεντερικής συμπτωματολογίας και να λάβουν μακροχρόνιο χαρακτήρα (πέραν του ενός έτους μετά τη διάγνωση). Η οικογενειακή λειτουργικότητα δε βρέθηκε να σχετίζεται με την εκδήλωση ΙΦΝΕ σε εφήβους αν και καταγράφεται μειωμένη η επικοινωνία στις οικογένειες αυτών (Mackner & Crandall, 2006). Εντούτοις, είναι γνωστή η συνεισφορά οικογενειακών προτύπων και δυναμικών όπως η τριγωνοποίηση, των δυσλειτουργιών στη συζυγική ζωή αλλά και γονικών πρακτικών όπως η ακαμψία, στην κατανόηση της πορείας και εξέλιξης νόσων όπως οι ΙΦΝΕ (Wood et al., 1989).

Έρευνα των Giannakopoulos et al. (2016) διαφωτίζει μια εξίσου ενδιαφέρουσα έκφραση της γονικής εμπλοκής στην εκδήλωση των ΙΦΝΕ σε παιδιατρικούς ασθενείς. Βρέθηκε ότι τα αναφερόμενα από γονείς γεγονότα ζωής κατά το τελευταίο ένα έτος όπως και η επιβαρυνμένη ψυχική υγεία των γονέων, σχετίζονται με αυξημένη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ. Μάλιστα, η εν λόγω συνεχίζει να διατηρεί ισχυρή συσχέτιση με την ψυχική επιβάρυνση των γονέων, έπειτα από ταυτόχρονη ανάλυση όλων των συσχετιζόμενων με αυτή μεταβλητών. Παρομοίως, έχειδειχθεί ότι το γονεϊκό στρες προβλέπει την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε εφήβους με ΙΦΝΕ (Guilfoyle, Gray, Herzer-Maddux & Hommel, 2014), όπως και ότι η συσχέτιση της τελευταίας με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής εντείνεται από την παρουσία γονικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Loreaux, Gray, Denson & Hommel, 2015).

Επιπλέον, οι Mackner, Crandall και Szigethy (2006) διαπίστωσαν ότι οι κατά την εφηβεία διαγνωσθέντες ασθενείς με ΙΦΝΕ αναφέρουν αυξημένο αριθμό σωματικών ενοχλημάτων σε

σύγκριση με τους κατά την παιδική ηλικία διαγνωσθέντες. Δεδομένου ότι κατά την εφηβεία παρατηρείται ραγδαία αύξηση της έναρξης των ΙΦΝΕ (Benchimol et al., 2011), γίνεται επιτακτική η ανάγκη, η οποία συνάδει με τα ερευνητικά δεδομένα και την κλινική εμπειρία, ευαισθητοποίησης, εν τω βάθει κατανόησης και πολυεπίπεδης στήριξης των ως άνω ασθενών.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των Brooks et al. (2016) επιχείρησε να αποτυπώσει την ψυχολογική νοσηρότητα των νέων που νοσούν από ΙΦΝΕ, διερευνώντας τους παράγοντες κινδύνου και τις επιπτώσεις αυτής. Η ψυχολογική νοσηρότητα, κυρίως συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους αλλά και εξωτερικευμένες διαταραχές, βρέθηκε να συνδέεται με σειρά παραγόντων κινδύνου όπως η αυξημένη σοβαρότητα της νόσου, η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η λήψη κορτικοστεροειδών (ως φαρμακευτικής αγωγής), το γονεϊκό στρες και η μεγαλύτερη ηλικία κατά τη διάγνωση. Το κοιλιακό άλγος, οι διαταραχές του ύπνου, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και οι αρνητικές αντιλήψεις για τη νόσο προβάλλουν ως οι κύριες επιπτώσεις της ψυχολογικής επιβάρυνσης των νέων με ΙΦΝΕ. Οι συγγραφείς επισημαίνουν την αρνητική επίδραση της ψυχολογικής νοσηρότητας στη διαχείριση της νόσου και στο βίωμα του πόνου.

Σε σχέση με τη συννοσηρότητα αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, για την οποία, όμως, ασαφές παραμένει ποιο προηγείται και συμβάλλει στην ανάπτυξη του άλλου, υψηλής αξίας αναδεικνύεται η σημασία της αλληλεπίδρασης του άξονα εγκεφάλου-εντέρου. Η σύγχρονη βιβλιογραφία και έρευνα στρέφεται στην μελέτη της αμφίδρομης μεταξύ τους σχέσης (αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα συμβάλλουν στην εξέλιξη και επιδείνωση των ΙΦΝΕ, με τα τελευταία να επηρεάζουν την ψυχική υγεία) βάσει της αλληλεπίδρασης του εν λόγω άξονα. Πρόσφατα δημοσιευμένη προοπτική μελέτη, διετούς διάρκειας, ασθενών σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης κατέδειξε τη σύνδεση των ΙΦΝΕ με σχεδόν έξι φορές αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αγχώδους συμπτωματολογίας ενώ παράλληλα, η παρουσία αυξημένων επιπέδων άγχους σε ασθενείς εν απουσία

γαστρεντερικών συμπτωμάτων φαίνεται να επιφέρουν αύξηση της φλεγμονώδους δραστηριότητας και της ανάγκης λήψης κορτικοστεροειδών (Gracie, Guthrie, Hamlin & Ford, 2018).

Δεδομένης της αλληλεπίδρασης του άξονα εγκεφάλου-εντέρου, κατά την οποία η εντερική φλεγμονή, μέσω αυξημένης παραγωγής προφλεγμονωδών κυτοκινών, επηρεάζει άμεσα και έμμεσα την εγκεφαλική λειτουργία, η δραστηριότητα των ΙΦΝΕ φαίνεται να διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ανάπτυξη και επιδείνωση ψυχολογικών δυσκολιών. Συμπτώματα κατάθλιψης όπως ανηδονία, κόπωση και μειωμένη όρεξη, έχουν συσχετιστεί με έξαρση της δραστηριότητας των ΙΦΝΕ μέτριας/σοβαρής βαρύτητας (Szigethy et al., 2004), ενώ έχει αναφερθεί αρνητική συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της νόσου και της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανόμενης της κοινωνικής και συναισθηματικής ευεξίας (Herzer, Denson, Baldassano & Hommel, 2011). Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα ποικίλουν καθώς έρευνες όπως των Mackner και Crandall (2006), δεν συνδέουν τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ με την ψυχολογική νοσηρότητα.

Η αμφίδρομη σχέση του γαστρεντερικού σωλήνα και του νευρικού συστήματος ή του «μικρού εγκεφάλου» και του «μεγάλου εγκεφάλου» όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Kountouras, Polyzos & Deretzi (2018), περιλαμβάνει τόσο νευρωνικά δίκτυα, όσο και ανοσοποιητικούς αλλά και ενδοκρινικούς μηχανισμούς. Μέσω αυτών, το χρόνιο ψυχολογικό στρες επιδρά στη ρύθμιση του γαστρεντερικού ανοσοποιητικού συστήματος επάγοντας την εντερική φλεγμονή διαμέσω ενεργοποίησης μηχανισμών εξαρτώμενων από τα σιτευτικά κύτταρα (mucosal mast cells, MMCs), σε κυτταρικό επίπεδο, και δράσης του εκλυτικού παράγοντα της κορτικοτροπίνης (Corticotropin Releasing Factor, CRF), σε μοριακό επίπεδο¹ (Kountouras et al., 2018).

¹ Ο άξονας Υποθάλαμος-Υπόφυση-Επινεφρίδια, βασικού ενδογενούς συστήματος προσαρμογής στο στρες, ρυθμίζεται κυρίως από τη δράση του εκλυτικού παράγοντα απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης (CRF).

Επιπλέον, πρόσφατη ανασκόπηση των Abautret-Daly, Dempsey, Parra-Blanco, Medina και Harkin (2018) υπογραμμίζει, μεταξύ άλλων, την εμπλοκή των διαταραχών της διαπερατότητας του αιματοεγκεφαλικού φραγμού στην αύξηση της ευαλωτότητας του ΚΝΣ σε φλεγμονώδεις μεσολαβητές. Στην περίπτωση των ΙΦΝΕ μάλιστα, οι ως άνω μεσολαβητές είναι πιθανό να είναι σε υψηλότερες συγκεντρώσεις στην αιματική κυκλοφορία λόγω της αυξημένης διαπερατότητας του εντερικού φραγμού.

Οι κυτοκίνες, από την άλλη, ως ρυθμιστικές πρωτεΐνες, μεσολαβούν την διακυτταρική επικοινωνία. Έχουν την ικανότητα να αλληλεπιδρούν με το ΚΝΣ μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου ή άμεσα δια του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, λειτουργώντας ως διάυλος επικοινωνίας μεταξύ του ανοσοποιητικού συστήματος και του εγκεφάλου (Abautret-Daly et al., 2018). Ως γνωστόν, οι κυτοκίνες εμπλέκονται στην παθογένεση των ΙΦΝΕ, με καθοριστικό ρόλο στη ρύθμιση της εντερικής φλεγμονής και κατ' επέκταση, των εντερικών συμπτωμάτων (Neurath, 2014).

Επιπλέον, το στρες μπορεί να προκαλέσει τροποποιήσεις της κινητικότητας, αυξημένη σπλαχνική ευαισθησία και εντερική διαπερατότητα καθώς και τοπικές φλεγμονώδεις αποκρίσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα (Taché & Bonaz, 2007). Παράλληλα, έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να επηρεάσει την εντερική μικροχλωρίδα και σχετίζεται με διαταραγμένη αλληλεπίδραση αυτής με το εντερικό ανοσοποιητικό σύστημα (Bosch et al., 2003).

Το χρόνιο και παρατεταμένο ψυχολογικό στρες, όπως αυτό προκύπτει από αντίξοα γεγονότα ζωής, προκαλεί παρατεταμένη αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης τα οποία επάγουν ανοσοκαταστολή (Mawdsley & Rampton, 2005). Εντύπωση, ωστόσο, προκαλεί το εύρημα που θέλει το αντιλαμβανόμενο στρες ασθενών με ΙΦΝΕ να μην σχετίζεται με ταυτόχρονη επιδείνωση της εντερικής φλεγμονής παρά την ισχυρή σχέση μεταξύ του πρώτου και των γαστρεντερικών συμπτωμάτων (Targownik et al., 2015). Προς υποστήριξη των ανωτέρω, ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και οι γνωσίες γύρω από τη

νόσο, και όχι η καθεαυτὸν δραστηριότητα της, φάνηκε να συσχετίζονται σημαντικά με τα συμπτώματα της νόσου Crohn σε παιδιατρικούς ασθενείς (van Tilburg et al., 2017).

Νευροεπιστημονικά ευρήματα ενισχύουν τα ως άνω δεδομένα. Έρευνα των Agostini et al. (2011) εξετάζει τη συναισθηματική επεξεργασία ασθενών με ελκώδη κολίτιδα σε σύγκριση με υγιή άτομα. Το νευρωνικό κύκλωμα της συναισθηματικής επεξεργασίας περιλαμβάνει φλοιικές και υποφλοιικές δομές του εγκεφάλου, με εξέχουσα αυτήν της αμυγδαλής. Η τελευταία παίζει κεντρικό ρόλο στη επεξεργασία των συναισθηματικών ερεθισμάτων και συνιστά βασική δομή του άξονα εγκεφάλου-εντέρου.

Δέκα ασθενείς σε ύφεση και ισάριθμοι υγιείς μάρτυρες υποβλήθηκαν σε λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (functional Magnetic Resonance Imaging–fMRI) ενώ εκτελούσαν έργο με συναισθηματικά οπτικά ερεθίσματα. Χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο αρνητικών, θετικών και ουδέτερων εικόνων για τη μελέτη συναισθηματικών αποκρίσεων. Ένα σημαντικά μειωμένο σήμα BOLD (εξαρτώμενο από το επίπεδο οξυγόνου του αίματος) ανιχνεύθηκε στην αμυγδαλή, τις θαλαμικές και τις παρεγκεφαλιδικές περιοχές των εγκεφάλων των ασθενών. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων εντοπίστηκαν σε απόκριση θετικών συναισθηματικών διεγέρσεων.

Η ελκώδης κολίτιδα βρέθηκε να συσχετίζεται με συναισθηματική δυσλειτουργία που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ευαισθησία σε συναισθήματα με θετικό περιεχόμενο. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν την αμφίδρομη πορεία διαμόρφωσης της: είτε η εντερική φλεγμονή συνέβαλε στη δυσλειτουργία της αμυγδαλής, είτε η δυσλειτουργία της αμυγδαλής επηρέασε την πορεία της νόσου.

Πέραν της ψυχικής επιβάρυνσης των νεαρών ασθενών και σε συνάρτηση με την αμφίπλευρη σχέση του άξονα εγκεφάλου-εντέρου, στη διαλεύκανση της αιτιοπαθογένειας των ΙΦΝΕ ενδέχεται να συμβάλλουν τα ψυχικά περιεχόμενα που μπορεί να εκφράζονται μέσω της νόσου. Η προσκόλληση και ο επαγόμενος συναισθηματικός δεσμός βρέφους και

βασικού πρόσωπου φροντίδας αναδεικνύεται ως μέσο κατανόησης των διεργασιών σωματοποίησης. Υπό το πρίσμα της ψυχοσωματικής θεώρησης, έρευνες καταδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του τύπου προσκόλλησης και της σωματικής νόσου διευρύνοντας το νόημα της οργανικής παθολογίας (βλ. Maunder & Hunter, 2001 για μια ανασκόπηση).

Έρευνες σε ενήλικο πληθυσμό αναδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ συναισθηματικού δεσμού και ΙΦΝΕ. Μελέτη 102 ασθενών και 306 υγιών ατόμων (ομάδα ελέγχου) έδειξε ότι οι ασθενείς με νόσο Crohn παρουσιάζουν κυρίως ανασφαλή προσκόλληση, ενώ η αντιλαμβανόμενη από τους ίδιους συμπεριφορά των γονέων τους χαρακτηρίζονταν από χαμηλή μητρική φροντίδα και υψηλή πατρική υπερπροστασία (Agostini et al., 2010). Παρουσίασαν, επίσης, στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε κλίμακα άγχους αποχωρισμού που αξιολογούσε τόσο την αμφιθυμία στις σχέσεις όσο και την ανάγκη επιβεβαίωσης.

Παρόμοια είναι τα ευρήματα έρευνας 307 ασθενών (174 με νόσο του Crohn και 133 με ελκώδη κολίτιδα) και αντίστοιχης ομάδας υγιούς πληθυσμού (Agostini et al., 2010). Τα αποτελέσματα της παραπέμπουν σε ανεπαρκή συναισθηματικό δεσμό των ασθενών με τους γονείς τους. Σε αυτό ακριβώς το σημείο, εστιάζει επίσης πρόσφατη έρευνα των Ben-Israel et al. (2016). Σύμφωνα με τα πορίσματα της, άτομα που υποφέρουν από σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά σωματοποίησης, ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης και ανάκλησης επαναλαμβανόμενου κοιλιακού πόνου κατά την παιδική ηλικία σε σύγκριση με υγιή άτομα.

Το αντιλαμβανόμενο άγχος των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, σύμφωνα με έρευνα των Agostini, Spuri Fornarini, Ercolani και Campieri (2016), φαίνεται επίσης να σχετίζεται με τον τύπο προσκόλλησης. Συμμετείχαν 101 ασθενείς και 105 υγιή άτομα. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι νοσούντες από ελκώδη κολίτιδα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά ανάγκης επιβεβαίωσης, αποφυγής της κοντινότητας και ανασφάλειας στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η

ανασφαλής προσκόλληση βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του αντιλαμβανόμενου άγχους στους εν λόγω ασθενείς. Η αναγνώριση του ανασφαλούς συναισθηματικού δεσμού και του αντίκτυπου αυτού στην ψυχική ζωή των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να συνδράμει τους επαγγελματίες υγείας στη διαχείριση των δυσλειτουργικών μορφών εκδήλωσης ψυχικής δυσφορίας των πρώτων.

Οι ΛΓΔ, η συχνότερη διάγνωση στην γαστρεντερολογία, χαρακτηρίζονται από μορφολογικές και φυσιολογικές ανωμαλίες συνήθως συνδυασμένες με διαταραχή της γαστρεντερικής κινητικότητας, της σπλαχνικής υπερευαισθησίας, της ανοσολογικής λειτουργίας, όπως επίσης και του εντερικού μικροβιώματος και της λειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (Drossman, 2016). Κατατάσσονται σε τρεις βασικές κατηγορίες στην παιδική και εφηβική ηλικία: α) τους εμέτους και την αεροφαγία, β) το κοιλιακό άλγος (περιλαμβάνει την λειτουργική δυσπεψία, το ευερέθιστο έντερο, την κοιλιακή ημικρανία και το σύνδρομο των λειτουργικών κοιλιακών αλγών) και γ) τη δυσκοιλιότητα και την ακράτεια (Drossman, 2006).

Οι ΛΓΔ έχουν συνδεθεί με συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες καθώς και διαταραχές σωματοποίησης (Levy et al., 2006). Ο δια βίου και ο τρέχων κίνδυνος εκδήλωσης αγχωδών διαταραχών βρέθηκαν υψηλότεροι σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες, ενώ μόνον ο δια βίου κίνδυνος καταγράφηκε σημαντικά υψηλότερος για εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής (Shelby et al., 2013). Πέραν, όμως, των εσωτερικευμένων διαταραχών, οι ΛΓΔ έχουν σχετισθεί με μειωμένη ψυχολογική ευεξία στα μέλη της οικογένειας, με μείζονα γεγονότα ζωής και στρες στην καθημερινή ζωή των παιδιών (Schulte, Petermann, & Noeker, 2010). Το τελευταίο δε, φαίνεται να σχετίζεται με αναφορά πολυάριθμων σωματικών ενοχλημάτων σε παιδιά με κοιλιακό άλγος (Walker, Garber, Smith, Van Slyke & Claar, 2001).

Σε σύνδεση με τον εν γένει κλάδο της ψυχονευροανοσολογίας και στην περίπτωση των ΛΓΔ διερευνάται η αμφίπλευρη σχέση του άξονα εγκεφάλου-εντέρου ο οποίος αντιπροσωπεύει το ανατομολειτουργικό υπόστρωμα των αμφίδρομων επιρροών μεταξύ συναισθηματικής ζωής και γαστρεντερικών λειτουργιών. Προοπτική μελέτη 1002 ατόμων έδειξε, μεταξύ άλλων, ότι μεταξύ των ατόμων που δεν παρουσίαζαν ΛΓΔ κατά την έναρξη της μελέτης, τα υψηλά επίπεδα άγχους, αλλά όχι κατάθλιψης, αποτέλεσαν σημαντικό ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης ΛΓΔ δώδεκα χρόνια μετά. Επιπλέον, μεταξύ εκείνων που δεν είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά την έναρξη της μελέτης, αυτοί που παρουσίαζαν ΛΓΔ ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά τον επανέλεγχο (follow-up) (Koloski et al., 2012).

Βάσει των ανωτέρω, στόχος της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η συσχέτιση του ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης με τις ΙΦΝΕ σε εφηβικό πληθυσμό. Παρόμοιου τύπου έρευνα φαίνεται να μην έχει πραγματοποιηθεί στον ως άνω πληθυσμό, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Επίσης, θα αξιολογηθούν τα επίπεδα των συναισθηματικών δυσκολιών.

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις συνοψίζονται στα εξής: 1) οι έφηβοι με ΙΦΝΕ θα αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικών δυσκολιών και ανασφαλούς προσκόλλησης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου και 2) η ανασφαλής προσκόλληση θα συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κοιλιακού άλγους, λειτουργικής ανικανότητας, καταστροφопоίησης σχετικά με τον πόνο και συναισθηματικών δυσκολιών σε εφήβους με ΙΦΝΕ και ΛΓΔ (ανεξαρτήτου, δηλαδή, συμπτωματολογίας: με και χωρίς οργανικό υπόστρωμα) ενώ το βασικό ερευνητικό ερώτημα έχει ως εξής: η ανασφαλής προσκόλληση και οι συναισθηματικές δυσκολίες διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των εφήβων με ΙΦΝΕ και αυτών με ΛΓΔ;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μία μη παρεμβατική συγχρονική μελέτη ασθενών-μαρτύρων, η οποία διεξήχθη από τον Οκτώβριο του 2018 έως τον Απρίλιο του 2019. Αποτελεί μέρος της μελέτης «Ποιότητα ζωής, συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες σε παιδιατρικούς ασθενείς με γαστρεντερικές διαταραχές: σύγκριση με κοινοτικό δείγμα» η οποία διεξήχθη στα πλαίσια του ΠΜΣ «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ από την κα Δανάη-Ευαγγελία Μαυραγάνη (ψυχολόγο-φοιτήτρια του ΠΜΣ) και τον συγγραφέα της παρούσας εργασίας. Απευθύνθηκε σε παιδιά και εφήβους και τους γονείς αυτών.

2.1. Δείγμα

Συμμετείχαν έφηβοι, ηλικίας 11-17 ετών, καθώς και ένας γονέας/κηδεμόνας αυτών. Σχηματίστηκαν τρεις ομάδες εφήβων: α) Έφηβοι με ΙΦΝΕ, β) έφηβοι με ΛΓΔ, (συνιστούν το κλινικό δείγμα της μελέτης) και γ) έφηβοι μαθητές γυμνασίου και λυκείου (συνιστά την ομάδα ελέγχου). Το κλινικό δείγμα προήλθε από την Μονάδα Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και τον σύλλογο ατόμων με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα Ελλάδας. Κριτήρια ένταξης ήταν η ηλικία και η ύπαρξη διάγνωσης από παιδογαστρεντερολόγο βασισμένης σε παρακλινικό έλεγχο. Ως προς τις ΛΓΔ, πραγματοποιήθηκε επιβεβαίωση των διαγνώσεων κατά το πέρας της έρευνας καθώς ενδέχεται αυτές να είχαν μεταβληθεί. Έφηβοι με άλλη χρόνια ή οξεία γαστρεντερική διαταραχή αποκλείστηκαν από τη μελέτη ενώ η ύπαρξη δεύτερης γαστρεντερικής διαταραχής τέθηκε επίσης ως κριτήριο αποκλεισμού.

Το δείγμα των υγιών εφήβων προήλθε από μαθητές σχολείων της Αθήνας. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσε η ύπαρξη αναπηρίας. Έπειτα από τη συλλογή του κοινοτικού δείγματος, αποκλείστηκαν δύο έφηβοι με αναφερόμενο κοιλιακό άλγος.

2.2. Εργαλεία μέτρησης

Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει δημιουργηθεί για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και χορηγήθηκε στους γονείς. Περιλαμβάνει πληροφορίες για τον τόπο διαμονής της οικογένειας, την ύπαρξη αδελφών, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση των γονέων. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας εκτιμήθηκε βάσει του μορφωτικού επίπεδου των γονέων. Επίσης, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την προτεινόμενη φαρμακοθεραπεία (φαρμακευτικό σχήμα και δοσολογία) καθώς και στοιχεία για την εμφάνιση επιπλοκών των ΙΦΝΕ (αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομείο και χειρουργικές επεμβάσεις).

Όργανο Μέτρησης του Γονεϊκού Δεσμού (Parental Bonding Instrument, PBI). Το PBI κατασκευάστηκε από τους Parker, Tupling & Brown (1979) (Προσαρμογή: Π. Αβαγιανού, Μ. Ζαφειροπούλου, Εργαστήριο Εξελικτικής Ψυχολογίας και Ψυχοπαθολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Χορηγείται σε εφήβους από 15 ετών και άνω και καταγράφει το συναισθηματικό δεσμό που είχαν αναπτύξει με τους γονείς τους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Αποτελείται από 25 λήμματα και αξιολογεί δύο διαστάσεις της γονεϊκής συμπεριφοράς: τη φροντίδα (care) και την προστασία (protection). Η υψηλή ή χαμηλή βαθμολογία στις εν λόγω διαστάσεις οδηγεί σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους προσκόλλησης. Η βέλτιστη ανατροφή από πλευράς της μητέρας ή του πατέρα χαρακτηρίζεται από υψηλή φροντίδα, χωρίς όμως να είναι υπερπροστατευτική (optimal parenting). Αντιθέτως, η υψηλή προστασία και η χαμηλή φροντίδα αποδίδεται ως αυταρχικός έλεγχος (affectionless control) ενώ η υπερπροστασία σε συνδυασμό με την υψηλή φροντίδα

ως στοργική οριοθέτηση (affectionate constraint). Η περίπτωση χαμηλής βαθμολογίας και των δύο διαστάσεων χαρακτηρίζεται ως πλημμελής ανατροφή (neglectful parenting).

Ερωτηματολόγιο απογραφής λειτουργικής ανικανότητας (Functional Disability Inventory, FDI). Το FDI είναι εργαλείο αυτοαναφοράς που αξιολογεί τους περιορισμούς στη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργία των παιδιών, λόγω της σωματικής τους υγείας, κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Είναι κατάλληλο για παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-17 ετών. Υπάρχει αντίστοιχο εργαλείο αυτοαναφοράς του γονέα. Αποτελείται από 15 λήμματα και έχει αποδεδειγμένη εγκυρότητα (Claar & Walker, 2006).

Ερωτηματολόγιο αντίληψης κοιλιακού άλγους (Abdominal Pain Index, API). Το API αποτελεί εργαλείο αυτοαναφοράς που αξιολογεί την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια του κοιλιακού άλγους των ασθενών κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Είναι κατάλληλο για παιδιά και εφήβους ηλικίας 8-18 ετών. Αποτελείται από 4 λήμματα και η εγκυρότητά του έχει αποδειχθεί (Laird, Sherman, Smith & Walker, 2015). Διαθέτει αντίστοιχο εργαλείο αυτοαναφοράς του γονέα.

Κλίμακα καταστροφопоίησης του πόνου, τόσο η εκδοχή για παιδιά και εφήβους (Pain Catastrophizing Scale for Children, PCS-C), όσο και εκείνη για γονείς (Pain Catastrophizing Scale for Parent, PCS-P). Αξιολογεί τρεις διαστάσεις: τον μηρυκασμό, τη μεγέθυνση και το αίσθημα του αβοήθητου. Η PCS-C βρέθηκε ότι προβλέπει την ένταση του πόνου και την λειτουργική ανικανότητα (Crombez et al., 2003) ενώ η PCS-P ότι εξηγεί το σχετιζόμενο με την παιδική ασθένεια γονικό άγχος και κατάθλιψη (Goubert, Eccleston, Vervoort, Jordan & Crombez, 2006). Έκαστη περιλαμβάνει 13 λήμματα και έχει αποδεδειγμένη εγκυρότητα.

Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). Πρόκειται για εργαλείο αυτοαναφοράς με στόχο την εκτίμηση συμπτωμάτων ψυχικής υγείας όπως συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, καθώς επίσης και θετικών στάσεων σε παιδιά και εφήβους (Giannakopoulos et al., 2009; Goodman, 1997).

Συμπληρώνεται από εφήβους 11-17 ετών καθώς και γονείς παιδιών και εφήβων ηλικίας 4-16 ετών. Αποτελείται από 25 λήμματα τα οποία εστιάζουν στις ακόλουθες πέντε διαστάσεις (πέντε λήμματα για κάθε διάσταση): συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα διαγωγής, απροσεξία-υπερκινητικότητα, προβλήματα με συνομηλίκους και θετική κοινωνική συμπεριφορά.

Στο κλινικό δείγμα χορηγήθηκαν όλα τα ως άνω εργαλεία. Στο σχολικό δείγμα δόθηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς στους εφήβους καθώς και στους γονείς/κηδεμόνες, πλην εκείνων της αντίληψης του κοιλιακού άλγους (API), της καταστροφопоποίησης του πόνου (PCS-C, PCS-P) και της απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας (FDI).

Για το API όσο και τα PCS-C, PCS-P, για τα οποία δεν ανευρέθηκε ελληνική εκδοχή, ακολουθήθηκε η μέθοδος της μετάφρασης-επαναμετάφρασης (backward translation) από δύο διαφορετικούς μεταφραστές, για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης.

2.3. Διαδικασία

Ως προς το κλινικό δείγμα, υπήρξε αρχικά έγκρισης της έρευνας από το επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία». Έπειτα, κατόπιν συνεννόησης με τη υπεύθυνη της Μονάδας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ηπατολογίας και Διατροφής, αποφασίστηκε η εβδομαδιαία επίσκεψη μας τόσο στο Ιατρείο Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Παθήσεων του Εντέρου όσο και στο Γενικό Γαστρεντερολογικό Ιατρείο. Στόχος ήταν η εύρεση του δείγματος κατά τη διεξαγωγή προγραμματισμένων πρωινών και απογευματινών ραντεβού.

Κατόπιν άδειας του εκάστοτε παιδογαστρεντερολόγου και εν αναμονή των ραντεβού, πραγματοποιούταν ενημέρωση των γονέων και των εφήβων για τη διεξαγωγή της έρευνας, τους σκοπούς της και τη διαδικασία συγκατάθεσης. Εξηγήθηκε ο προαιρετικός χαρακτήρας της συμμετοχής τους στην έρευνα, η δυνατότητα απόσυρσης της συμμετοχής σε οποιοδήποτε

στάδιο της διεξαγωγής της καθώς και η διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Όσοι αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ενημερώθηκαν για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους, καθώς και για το ότι η συμμετοχή τους είναι προαιρετική και μπορούν να τη διακόψουν σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της. Υπέγραψαν τα αντίστοιχα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης και συμπλήρωσαν επί τόπου τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Υπήρξαν 24 αρνήσεις συμμετοχής στην έρευνα τόσο από γονείς όσο και από εφήβους.

Επιπλέον, υπήρξε πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα του συλλόγου ατόμων με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα Ελλάδας. Για το σκοπό αυτό, δημιουργήθηκε ηλεκτρονική έκδοση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς των εφήβων και των γονέων/κηδεμόνων αυτών. Έπειτα, από έγκριση του διοικητικού συμβουλίου του συλλόγου, κοινοποιήθηκε η πρόσκληση στα μέλη του καθώς και η ηλεκτρονική διεύθυνση των αντίστοιχων ερωτηματολογίων. Η πρόσκληση ενημέρωνε για τους σκοπούς της έρευνας και τις προϋποθέσεις συμμετοχής σε αυτήν ενώ διευκρίνιζε τη μη οικονομική επιβάρυνση των συμμετεχόντων και την τήρηση της πλήρους ανωνυμίας σχετικά με τα προσωπικά στοιχεία και την κατάσταση της υγείας αυτών.

Συνολικά, 18 ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια, 7 εφήβων και 11 γονέων/κηδεμόνων αυτών, δεν εισήχθησαν στη βάση ανάλυσης καθώς δεν πληρούσαν το ηλικιακό κριτήριο, δεν προέρχονταν, δηλαδή, τα μεν από εφήβους ηλικίας 11-18 ετών και τα δε από γονείς/κηδεμόνες αυτών. Ένα εκ των ερωτηματολογίων των γονέων/κηδεμόνων απερρίφθη λόγω ύπαρξης δεύτερης γαστρεντερικής διαταραχής στην έφηβη κόρη.

Αναφορικά με το σχολικό δείγμα, κατόπιν έγκρισης της έρευνας από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων και ενημέρωσης των διευθυντών και του συλλόγου διδασκόντων των σχολικών μονάδων, πραγματοποιήθηκε μη τυχαία διαδοχική δειγματοληψία σε Δημοτικά, Γυμνάσια και Λύκεια της Αθήνας. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν μαθητές, ηλικίας 11-18 ετών, του 10^{ου} και 11^{ου} Δημοτικού Σχολείου Βύρωνα (Ε' και ΣΤ' τάξης), του

1^{ου} και 3^{ου} Γυμνασίου Βύρωνα και του 1^{ου} και 3^{ου} ΓΕ.Λ. Βύρωνα. Η προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε στα σχολεία όπου φοιτούν και οι μαθητές ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και τη διαδικασία συγκατάθεσης κατά τη διάρκεια πέντε λεπτών της διδακτικής ώρας. Εξηγήθηκε, όπως και στο κλινικό δείγμα, ο προαιρετικός χαρακτήρας της συμμετοχής τους στην έρευνα, η δυνατότητα απόσυρσης της συμμετοχής σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της καθώς και η διασφάλιση της ανωνυμίας τους.

Όσοι ενδιαφέρθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, έλαβαν και προσκόμισαν, έπειτα από προκαθορισμένο αριθμό ημερών, υπογεγραμμένα τα έντυπα ενημερωμένης συγκατάθεσης τόσο των ιδίων όσο και ενός γονέα/κηδεμόνα τους. Εν συνεχεία, δόθηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια εφήβου και γονέα/κηδεμόνα, η συμπλήρωση των οποίων πραγματοποιήθηκε εκτός του σχολικού προγράμματος. Η συλλογή τους πραγματοποιήθηκε έπειτα από προκαθορισμένο αριθμό ημερών και παρουσία των ερευνητών. Η όλη διαδικασία έλαβε χώρα ξεχωριστά σε κάθε τάξη, παρουσία του διευθυντή/τριας του σχολείου και του εκάστοτε διδάσκοντα και διήρκησε μία εβδομάδα για έκαστο σχολείο.

2.4. Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμο-ποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσο-τέρων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA) ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για

τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Προκειμένου να ληφθεί υπόψη η ηλικία και το φύλο των εφήβων, έγιναν αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες τους στις διάφορες κλίμακες και ως ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και την ομάδα αυτών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1. Δημογραφικά στοιχεία και κατάσταση υγείας

Το δείγμα αποτελείται από 142 εφήβους, οι 40 (28,2%) εκ των οποίων νοσούν από ΙΦΝΕ, οι 31 (21,8%) από ΛΓΔ και οι υπόλοιποι 71 (50,0%) ήταν υγιείς. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των εφήβων και των γονέων τους, ξεχωριστά σε κάθε ομάδα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία

		Ομάδα						P Pearson's x ² test
		Ελέγχου (N=71)		ΙΦΝΕ (N=40)		ΛΓΔ (N=31)		
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Αγόρι	29	40,8	18	45,0	15	48,4	0,764
	Κορίτσι	42	59,2	22	55,0	16	51,6	
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		13,1 (1,6)		14,4 (1,8)		13,3 (1,4)		<0,001++
Σχολική βαθμίδα	Δημοτικό	29	40,8	5	12,5	9	31,0	0,001
	Γυμνάσιο	36	50,7	20	50,0	14	48,3	
	Λύκειο	6	8,5	15	37,5	6	20,7	
Τόπος κατοικίας	Αθήνα	71	100,0	20	50,0	24	80,0	<0,001+
	Μεγάλο αστικό κέντρο	0	0,0	3	7,5	1	3,3	
	Πόλη	0	0,0	10	25,0	1	3,3	
	Χωριό	0	0,0	7	17,5	4	13,3	
Φύλο γονέα	Μητέρα	0	0,0	27	67,5	26	86,7	0,064
	Πατέρας	0	0,0	13	32,5	4	13,3	
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένοι	61	85,9	31	77,5	26	89,7	0,376+
	Χωρισμένοι	6	8,5	7	17,5	2	6,9	
	Άγαμοι	1	1,4	2	5,0	1	3,4	
	Χήρος/α	3	4,2	0	0,0	0	0,0	
Ηλικία πατέρα, μέση τιμή (SD)		47,2 (4,2)		47,9 (4,6)		46,3 (4,4)		0,321++
Ηλικία Μητέρας, μέση τιμή (SD)		43,7 (4,4)		44,4 (4,5)		44,2 (4,9)		0,733++
Αδέρφια	Όχι	8	11,4	4	10,0	5	16,7	0,702+
	Ναι	62	88,6	36	90,0	25	83,3	
Εκπαίδευση πατέρα	Δημοτικό	2	2,9	1	2,5	1	3,4	0,755+
	Γυμνάσιο	3	4,3	4	10,0	3	10,3	
	Λύκειο	32	46,4	22	55,0	13	44,8	
	Μεταλυκειακές σπουδές	10	14,5	3	7,5	2	6,9	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	15	21,7	8	20,0	5	17,2	
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	7	10,1	2	5,0	5	17,2	

Εκπαίδευση μητέρας	Δημοτικό	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,563+
	Γυμνάσιο	6	8,7	4	10,0	1	3,3	
	Λύκειο	25	36,2	16	40,0	12	40,0	
	Μεταλυκειακές σπουδές	13	18,8	6	15,0	4	13,3	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	18	26,1	12	30,0	6	20,0	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	7	10,1	2	5,0	7	23,3	

*Fisher's exact test **ANOVA

Οι ομάδες των εφήβων διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία, τη σχολική βαθμίδα και τον τόπο κατοικίας. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι με ΙΦΝΕ ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τους εφήβους με ΛΓΔ ($p=0,027$) και με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου ($p<0,001$). Επίσης, οι έφηβοι με ΙΦΝΕ ήταν μαθητές δημοτικού σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου ($p<0,001$). Ακόμα, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου έμεναν στην Αθήνα σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με την ομάδα με ΙΦΝΕ ($p<0,001$).

Στοιχεία σχετικά με τη νόσο των εφήβων του κλινικού δείγματος δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 2. Στοιχεία σχετικά με τη νόσο

		Ομάδα			
		ΙΦΝΕ (N=40)		ΛΓΔ (N=31)	
		N	%	N	%
Δραστηριότητα ΙΦΝΕ	Υφεση	23	76,7	-	-
	Έξαρση	7	23,3	-	-
Βαρύτητα έξαρσης ΙΦΝΕ	Ήπια	4	57,1	-	-
	Μέτρια	3	42,9	-	-
	Σοβαρή	0	0,0	-	-
Ονομασία νοσήματος ΙΦΝΕ	Crohn	24	60,0	-	-
	Ελκώδης Κολίτιδα	14	35,0	-	-
	Αταξινόμητη Κολίτιδα	2	5,0	-	-
	Κοιλιοκάκη	0	0,0	-	-
	Δυσανεξία Λακτόζης	0	0,0	-	-
	Δυσανεξία Γλουτένης	0	0,0	-	-

Ονομασία Λειτουργικού Νοσήματος	Κοιλιακό Άλγος	-	-	22	75,9
	Δυσκοιλιότητα	-	-	3	10,3
	Δυσπεψία	-	-	4	13,8
	Δυσκαταποσία	-	-	0	0,0
	Άρνηση τουαλέτας	-	-	0	0,0
	Παλινδρόμηση	-	-	0	0,0
Διάρκεια νόσου (έτη) , μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,7 (3,1)	3 (1 - 5)	3,2 (3,7)	1 (1 - 4)

Το 23,3% των εφήβων με ΙΦΝΕ ήταν σε έξαρση και μάλιστα το 42,9% αυτών σε μέτριας βαρύτητας. Η συχνότερη νόσος των εφήβων με ΙΦΝΕ είχαν νόσο του Crohn (60,0%) και το 75,9% των εφήβων με ΛΓΔ είχαν κοιλιακό άλγος. Παρόμοια ήταν η διάρκεια νόσου των εφήβων με ΙΦΝΕ και με ΛΓΔ ($p=0,179$).

Στοιχεία των εφήβων του κλινικού δείγματος σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 3. Κατάσταση υγείας κλινικού δείγματος

		Ομάδα				P Fisher's exact test
		ΙΦΝΕ (N=40)		ΛΓΔ (N=31)		
		N	%	N	%	
Εισαγωγή σε νοσοκομείο	Ποτέ	4	10,0	18	64,3	<0,001
	1 φορά	15	37,5	7	25,0	
	2 φορές	10	25,0	1	3,6	
	3 - 5 φορές	2	5,0	2	7,1	
	>5 φορές	9	22,5	0	0,0	
Χειρουργική επέμβαση	Ποτέ	35	87,5	27	96,4	0,494
	1 φορά	4	10,0	1	3,6	
	2 φορές	1	2,5	0	0,0	
	3-5 φορές	0	0,0	0	0,0	
	>5 φορές	0	0,0	0	0,0	
Φαρμακευτική αγωγή	Όχι	2	5,0	24	85,7	<0,001+
	Ναι	38	95,0	4	14,3	
Άλλη ασθένεια παιδιού/εφήβου	Όχι	36	92,3	24	92,3	1,000
	Ναι	3	7,7	2	7,7	
Ονομασία δεύτερης πάθησης	Υποθυρεοειδισμός	1	100,0	0	0,0	-
	Θρόμβωση	0	0,0	1	50,0	
	Θυρεοειδής	0	0,0	1	50,0	
	Επιληψία	0	0,0	0	0,0	
	Διαβήτης I	0	0,0	0	0,0	
	Λύκος	0	0,0	0	0,0	

+Pearson's χ^2 test

Ο αριθμός εισαγωγών στο νοσοκομείο και το ποσοστό των εφήβων που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι με ΙΦΝΕ είχαν εισαχθεί σημαντικά περισσότερες φορές σε νοσοκομείο σε σύγκριση με τους εφήβους με ΛΓΔ. Επίσης, οι έφηβοι με ΙΦΝΕ λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους εφήβους με ΛΓΔ.

Το οικογενειακό ιστορικό των εφήβων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 4. Οικογενειακό ιστορικό

		Ομάδα					
		Ελέγχου (N=71)		ΙΦΝΕ (N=40)		ΛΓΔ (N=31)	
		N	%	N	%	N	%
Έχει νοσήσει άλλο οικογενειακό μέλος	Όχι	67	94,4	27	67,5	26	83,9
	Ναι	4	5,6	13	32,5	5	16,1
Ονομασία ασθένειας οικογενειακού μέλους	Crohn	0	0,0	4	30,8	2	40,0
	Ελκώδης Κολίτιδα	2	50,0	4	30,8	2	40,0
	ΓΟΠ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Γαστρίτιδα	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ευερέθιστο Έντερο	0	0,0	0	0,0	2	40,0
	Καρκίνος Εντέρου	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Άλλος καρκίνος	0	0,0	2	15,4	0	0,0
	Δυσανεξία Λακτόζης	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Έλκος	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Κοιλιοκάκη	0	0,0	1	7,7	0	0,0
	ΣΚΠ	0	0,0	1	7,7	0	0,0
	Εκκολπώματα	1	25,0	0	0,0	0	0,0
	Θυρεοειδίτιδα	0	0,0	1	7,7	0	0,0
	Ψωρίαση	0	0,0	1	7,7	0	0,0
	Χρόνια Δυσκοιλιότητα	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Οικογενειακό μέλος που νοσεί/νοσούσε	Μητέρα	3	75,0	3	23,1	2	40,0
	Πατέρας	0	0,0	4	30,8	1	20,0
	Αδερφός/ή	1	25,0	2	15,4	0	0,0
	Παππούς	0	0,0	2	15,4	0	0,0
	Γιαγιά	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Θείος/α	0	0,0	3	23,1	3	60,0
	Ξάδερφος/η	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Το ποσοστό των εφήβων με ΙΦΝΕ που είχαν οικογενειακό ιστορικό ήταν σημαντικά υψηλότερο από αυτό της ομάδας ελέγχου ($p < 0,001$) ενώ δεν διέφερε σημαντικά με αυτό των εφήβων με ΛΓΔ ($p > 0,05$).

3.2. Βαθμολογίες κλίμακας SDQ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις της κλίμακας SDQ, όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους και από τους γονείς τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες δυσκολίες, με εξαίρεση τη διάσταση «Θετική κοινωνική συμπεριφορά» όπου υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν λιγότερα προβλήματα.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες κλίμακας SDQ

	Ομάδα						P+ ελέγχου vs ΙΦΝΕ	P+ ελέγχου vs ΛΓΔ	P+ ΙΦΝΕ vs ΛΓΔ
	Ελέγχου		ΙΦΝΕ		ΛΓΔ				
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)			
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	2,17 (1,92)	2 (1 - 3)	2,42 (2,46)	2 (0 - 4)	4,04 (2,44)	4 (2 - 6)	0,973	0,001	0,010
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,59 (1,53)	3 (2 - 3)	2,61 (1,05)	2 (2 - 3)	3,12 (1,83)	3 (2 - 4)	0,943	0,240	0,348
Απροσεξία- υπερκινητικότητα (παιδιά)	2,65 (2,17)	2 (1 - 4)	2,77 (2,11)	3 (1 - 3)	3,88 (2,38)	4 (2 - 6)	0,743	0,021	0,059
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,37 (1,47)	1 (0 - 2)	1,23 (1,23)	1 (0 - 2)	1,8 (1,41)	2 (1 - 2)	0,842	0,115	0,093
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8,8 (1,47)	9 (8 - 10)	8,13 (1,52)	8 (7 - 9)	7,92 (1,8)	8 (7 - 9)	0,022	0,016	0,775
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	8,77 (4,88)	8 (5 - 12)	9,03 (4,92)	7 (6 - 12)	12,88 (6,4)	11 (8 - 17,5)	0,865	0,006	0,023
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	2,22 (1,92)	2 (1 - 4)	3,68 (2,92)	3 (1 - 6)	3,96 (2,44)	4 (3 - 5)	0,019	0,003	0,483
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	1,61 (1,4)	1 (0 - 3)	2,46 (1,8)	2 (1 - 3)	2,72 (1,67)	3 (1 - 3)	0,011	0,004	0,475
Απροσεξία- υπερκινητικότητα (γονείς)	2,18 (1,81)	2 (0 - 4)	3,33 (2,66)	3 (1 - 5)	3,17 (1,9)	3 (2 - 4,5)	0,040	0,033	0,977
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	1,03 (1,24)	1 (0 - 2)	1,67 (1,87)	1 (0 - 2)	2,16 (2,23)	1 (0 - 4)	0,110	0,039	0,511
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	8,91 (1,55)	9 (9 - 10)	7,79 (2,1)	8 (6 - 10)	7,84 (1,93)	8 (6 - 9)	0,006	0,006	0,950
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	7,04 (4,43)	6 (4 - 10)	11,24 (7,24)	9 (7 - 14)	11,96 (6,44)	11 (7 - 15)	0,002	0,000	0,464

+Mann-Whitney test

Σύμφωνα με τους ίδιους τους εφήβους, σημαντικά περισσότερα προβλήματα στη διάσταση «Συναισθηματικά συμπτώματα» είχαν εκείνοι με ΛΓΔ σε σύγκριση τόσο με εκείνους της ομάδας ελέγχου όσο και με εκείνους με ΙΦΝΕ. Επίσης, οι έφηβοι με ΛΓΔ είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα» καθώς και συνολικά σε σύγκριση με τους εφήβους της ομάδας ελέγχου. Ακόμα, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Θετική κοινωνική συμπεριφορά» σε σύγκριση με τους εφήβους με ΙΦΝΕ και με τους εφήβους με ΛΓΔ.

Σύμφωνα με τους γονείς των εφήβων, σημαντικά λιγότερα προβλήματα σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις είχαν οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου σε σύγκριση τόσο με τους εφήβους με ΙΦΝΕ όσο και με τους εφήβους με ΛΓΔ.

Προκειμένου να ληφθεί υπόψη η ηλικία και το φύλο των εφήβων, έγιναν αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες τους στην κλίμακα SDQ, όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους και από τους γονείς τους, και ως ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και την ομάδα αυτών. Βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του ως άνω πίνακα. Συνεπώς, η ηλικία και το φύλο δεν αποτελούν συγχυτικό παράγοντα στη σχέση μεταξύ των βαθμολογιών αυτών και των τριών ομάδων. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα», όπως εκτιμήθηκε από τους γονείς, όπου, λαμβάνοντας υπόψη το φύλο και την ηλικία των παιδιών, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($p>0.05$).

3.3. Βαθμολογίες κλινικών κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων του κλινικού δείγματος στις κλίμακες πόνου, λειτουργικής ικανότητας και καταστροφοποίησης, όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους και από τους γονείς τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 6. Βαθμολογίες κλιμάκων API, PCS & FDI

	Ομάδα				P+
	ΙΦΝΕ		ΛΓΔ		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	0,48 (0,56)	0,41 (0 - 0,78)	1,42 (1,03)	1,61 (0,25 - 2,05)	<0,001
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	0,57 (0,65)	0,33 (0 - 1,03)	1,42 (1,22)	1,46 (0 - 2,4)	0,004
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	3,61 (6,32)	1 (0 - 4)	7,23 (6,6)	6 (4 - 9)	0,002
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	5,11 (10,01)	1 (0 - 6)	5,09 (7,84)	2 (1 - 7)	0,338
Μηρυκασμός (παιδιά)	5,48 (3,74)	5 (3 - 8)	8,31 (5,15)	8 (4 - 13)	0,030
Μεγέθυνση (παιδιά)	2,33 (2,41)	2 (0 - 3)	3,97 (3,58)	3 (1 - 6)	0,091
Αβοηθησία (παιδιά)	3,93 (3,62)	3 (1 - 5)	8,79 (6,87)	8 (2 - 13)	0,005
Συνολική καταστροφοποίηση (παιδιά)	11,97 (8,94)	11 (6 - 15)	21,07 (14,7)	20 (10 - 32)	0,011
Μηρυκασμός (γονείς)	12,32 (4,05)	13,5 (11 - 16)	12,58 (3,79)	13 (11,5 - 16)	0,924
Μεγέθυνση (γονείς)	5,92 (2,85)	6 (4 - 8)	5,29 (3,25)	5,5 (2,5 - 7)	0,309
Αβοηθησία (γονείς)	11,86 (5,94)	12 (7 - 15)	13,5 (6,28)	13 (9 - 18,5)	0,351
Συνολική καταστροφοποίηση (γονείς)	30,59 (10,14)	29 (24 - 38)	31,38 (11,98)	31,5 (23,5 - 39)	0,756

+Mann-Whitney test

Οι έφηβοι με ΛΓΔ είχαν σημαντικά περισσότερο κοιλιακό πόνο σε σύγκριση με τους εφήβους με ΙΦΝΕ, τόσο σύμφωνα με τους ίδιους όσο και με τους γονείς τους. Οι έφηβοι με ΛΓΔ θεωρούσαν ότι είχαν σημαντικά λιγότερη λειτουργική ικανότητα σε σύγκριση με τους εφήβους με ΙΦΝΕ. Επίσης, η καταστροφopoποίηση του πόνου των εφήβων με ΛΓΔ ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με των εφήβων με ΙΦΝΕ, σε όλους σχεδόν τους τομείς αλλά και συνολικά.

Προκειμένου να ληφθεί υπόψη η ηλικία και το φύλο των εφήβων έγιναν αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης. Ως εξαρτημένες μεταβλητές τέθηκαν οι βαθμολογίες των εφήβων του κλινικού δείγματος στις κλίμακες αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφopoποίησης του πόνου, όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους και από τους γονείς τους, και ως ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία και την κατηγορία του νοσήματος. Βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά του ως

άνω πίνακα. Συνεπώς, η ηλικία και το φύλο δεν αποτελούν συγχυτικό παράγοντα στη σχέση μεταξύ των βαθμολογιών αυτών και της κατηγορίας του νοσήματος.

3.4. Όργανο Μέτρησης του Γονεϊκού Δεσμού (PBI)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων στις διαστάσεις γονεϊκής προσκόλλησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 7. Βαθμολογίες κλίμακας PBI

	Ομάδα						P+ ελέγχου vs ΙΦΝΕ	P+ ελέγχου vs ΛΓΔ	P+ ΙΦΝΕ vs ΛΓΔ
	Ελέγχου		ΙΦΝΕ		ΛΓΔ				
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)			
Φροντίδα (μητέρα)	30,83 (5,94)	33 (29 - 35)	31,47 (4,78)	32,5 (29 - 35)	29,97 (4,39)	31,5 (29 - 33)	0,900	0,072	0,091
Προστασία (μητέρα)	13,89 (6,1)	13 (10 - 18)	14,61 (6,63)	13 (10 - 18)	14,59 (4,56)	14 (12 - 16)	0,658	0,284	0,514
Φροντίδα (πατέρας)	28,84 (7,67)	31 (25 - 35)	29,65 (5,5)	31 (27 - 33)	27,1 (8,17)	30,5 (24 - 33)	0,884	0,218	0,343
Προστασία (πατέρας)	11,34 (5,87)	11 (6 - 15)	13,39 (8,24)	11 (8 - 18)	12,96 (5,46)	12 (8 - 16,5)	0,347	0,188	0,714

⁺Mann-Whitney test

Παρόμοιες ήταν οι τιμές των εφήβων των τριών ομάδων, αναφορικά με τις κλίμακες γονεϊκής προσκόλλησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο τύπος προσκόλλησης είχαν οι έφηβοι από τους γονείς τους βάσει του PBI ερωτηματολογίου, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πίνακας 8. Τύποι προσκόλλησης από γονείς βάσει κλίμακας PBI

		Ομάδα						P++ ελέγχου vs ΙΦΝΕ	P++ ελέγχου vs ΑΓΔ	P++ ΙΦΝΕ vs ΑΓΔ
		Ελέγχου		ΙΦΝΕ		ΑΓΔ				
		N	%	N	%	N	%			
Μητέρα	στοργική οριοθέτηση	21	30,0	11	35,5	15	51,7	0,629	0,227	0,355
	αυταρχικός έλεγχος	9	12,9	2	6,5	3	10,3			
	βέλτιστη ανατροφή	38	54,3	16	51,6	11	37,9			
	πλημμελής ανατροφή	2	2,9	2	6,5	0	0,0			
Πατέρας	στοργική οριοθέτηση	18	26,9	7	22,6	8	28,6	0,983	0,683	0,656
	αυταρχικός έλεγχος	9	13,4	4	12,9	2	7,1			
	βέλτιστη ανατροφή	35	52,2	18	58,1	14	50,0			
	πλημμελής ανατροφή	5	7,5	2	6,5	4	14,3			

⁺⁺Fisher's exact test

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τύποι προσκόλλησης των εφήβων από τους γονείς τους μεταξύ των τριών ομάδων.

Συσχέτιση των τύπων προσκόλλησης των εφήβων του κλινικού δείγματος με το φύλο, την ηλικία και τη διάρκεια νόσου

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι τύποι προσκόλλησης αγοριών και κοριτσιών του κλινικού δείγματος.

Πίνακας 9. Τύποι προσκόλλησης κλινικού δείγματος ανά φύλο

		Φύλο				P Fisher's exact test
		Αγόρι		Κορίτσι		
		N	%	N	%	
Μητέρα	στοργική οριοθέτηση	14	51,9	12	36,4	0,089
	αυταρχικός έλεγχος	3	11,1	2	6,1	
	βέλτιστη ανατροφή	8	29,6	19	57,6	
	πλημμελής ανατροφή	2	7,4	0	0,0	
Πατέρας	στοργική οριοθέτηση	4	15,4	11	33,3	0,350

	αυταρχικός έλεγχος	3	11,5	3	9,1	
	βέλτιστη ανατροφή	15	57,7	17	51,5	
	πλημμελής ανατροφή	4	15,4	2	6,1	

Παρόμοιοι ήταν οι τύποι προσκόλλησης αγοριών και κοριτσιών του κλινικού δείγματος.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η ηλικία των εφήβων του κλινικού δείγματος ανάλογα με το τύπο προσκόλλησής τους.

Πίνακας 10. Ηλικία και τύπος προσκόλλησης

		Ηλικία	P ANOVA
		Μέση τιμή (SD)	
Μητέρα	στοργική οριοθέτηση	13,7 (1,5)	0,619
	αυταρχικός έλεγχος	13 (1,7)	
	βέλτιστη ανατροφή	14 (1,7)	
	πλημμελής ανατροφή	13,5 (2,1)	
Πατέρας	στοργική οριοθέτηση	13,4 (1,7)	0,841
	αυταρχικός έλεγχος	14 (1,6)	
	βέλτιστη ανατροφή	13,9 (1,7)	
	πλημμελής ανατροφή	13,8 (1,2)	

Δεν διέφερε σημαντικά η ηλικία των εφήβων ανάλογα με το τύπο προσκόλλησής τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η διάρκεια νόσου των εφήβων του κλινικού δείγματος ανάλογα με το τύπο προσκόλλησής τους.

Πίνακας 11. Διάρκεια νόσου και τύπος προσκόλλησης

		Διάρκεια νόσου (έτη)		P Kruskal-Wallis test
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Μητέρα	στοργική οριοθέτηση	3,6 (3,6)	3 (1 - 5)	0,913
	αυταρχικός έλεγχος	2,8 (2,1)	2,5 (1 - 4,5)	
Μητέρα	βέλτιστη ανατροφή	3,8 (3,7)	2 (1 - 8)	0,913

	πλημμελής ανατροφή	1,5 (0,7)	1,5 (1 - 2)	
Πατέρας	στοργική οριοθέτηση	4,3 (4,5)	3 (1 - 5)	0,197
	αυταρχικός έλεγχος	2 (1,7)	1 (1 - 3)	
	βέλτιστη ανατροφή	2,8 (2,8)	1 (1 - 4)	
	πλημμελής ανατροφή	6 (3,6)	7 (2 - 9)	

Δεν διέφερε σημαντικά η διάρκεια νόσου των εφήβων ανάλογα με το τύπο προσκόλλησής τους.

Συσχέτιση των τύπων προσκόλλησης, της κλίμακας SDQ και των κλινικών κλιμάκων με τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι τύποι προσκόλλησης ανάλογα με τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ

Πίνακας 12. Δραστηριότητα ΙΦΝΕ και τύπος προσκόλλησης

		Δραστηριότητα ΙΦΝΕ				P Fisher's exact test
		Ύφεση		Έξαρση		
		N	%	N	%	
Μητέρα	στοργική οριοθέτηση	7	33,3	2	28,6	1,000
	αυταρχικός έλεγχος	1	4,8	0	0,0	
	βέλτιστη ανατροφή	11	52,4	5	71,4	
	πλημμελής ανατροφή	2	9,5	0	0,0	
Πατέρας	στοργική οριοθέτηση	5	22,7	0	0,0	0,185
	αυταρχικός έλεγχος	1	4,5	2	33,3	
	βέλτιστη ανατροφή	14	63,6	4	66,7	
	πλημμελής ανατροφή	2	9,1	0	0,0	

Δεν διέφεραν σημαντικά οι τύποι προσκόλλησης ανάλογα με τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των κλιμάκων SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφопоίησης του πόνου της μελέτης ανάλογα με τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ.

Πίνακας 13. Δραστηριότητα ΙΦΝΕ και βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS

	Δραστηριότητα ΙΦΝΕ				P Mann-Whitney test
	Υφεση		Έξαρση		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	2,1 (2,32)	1 (0 – 3)	3,57 (3,05)	3 (1 – 7)	0,245
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,71 (0,9)	3 (2 – 3)	2,14 (1,07)	2 (1 – 3)	0,170
Απροσεξία-υπερκινητικότητα (παιδιά)	2,76 (1,97)	3 (2 – 3)	2 (1,41)	2 (1 – 3)	0,432
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,1 (1)	1 (0 – 2)	1,14 (1,46)	1 (0 – 2)	0,758
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8,14 (1,53)	8 (7 – 9)	8,86 (1,07)	9 (8 – 10)	0,301
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	8,67 (4,45)	7 (6 – 11)	8,86 (5,37)	10 (3 – 13)	0,957
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	3,36 (3,02)	3 (1 – 4)	2,71 (2,21)	3 (1 – 3)	0,832
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	2,78 (2,07)	2 (2 – 3)	2 (1,15)	2 (1 – 3)	0,790
Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)	3,43 (2,71)	3 (1 – 5)	2,29 (1,6)	2 (1 – 3)	0,708
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	1,57 (2,04)	1 (0 – 2)	1,43 (1,13)	2 (0 – 2)	0,400
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	7,91 (2,07)	8 (7 – 10)	7,43 (2,23)	7 (5 – 10)	0,275
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	11,32 (8,1)	9 (7 – 14)	8,43 (4,39)	7 (6 – 10)	0,863
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	0,39 (0,37)	0,41 (0 – 0,73)	0,78 (0,86)	0,43 (0 – 1,55)	0,226
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	0,41 (0,47)	0,23 (0 – 0,93)	0,73 (0,73)	0,73 (0 – 1,35)	0,122
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	2,48 (3,88)	1 (0 – 3)	6,14 (10,84)	2 (0 – 7)	0,725
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	2,59 (5,34)	1 (0 – 2)	4,29 (3,86)	4 (0 – 6)	0,087
Μηρυκασμός (παιδιά)	5,38 (2,94)	5 (4 – 8)	5,43 (5,47)	4 (0 – 10)	0,919
Μεγέθυνση (παιδιά)	2,24 (2,3)	2 (1 – 3)	2,86 (3,18)	2 (0 – 5)	0,446
Αβοηθησία (παιδιά)	3,55 (2,5)	3 (1,5 – 5)	5,67 (6,5)	4 (0 – 9)	0,476

Συνολική καταστροφопоίηση (παιδιά)	11,5 (6,73)	11 (7 – 15)	14 (15,24)	9,5 (0 – 28)	0,715
Μηρυκασμός (γονείς)	12,95 (3,58)	14 (11 – 16)	9,43 (5,44)	11 (4 – 13)	0,067
Μεγέθυνση (γονείς)	6,09 (2,93)	7 (3 – 8)	4,86 (2,79)	5 (4 – 7)	0,455
Αβοηθησία (γονείς)	11,59 (5,87)	12,5 (6 – 15)	10 (4,73)	9 (6 – 15)	0,756
Συνολική καταστροφопоίηση (γονείς)	30,64 (9,8)	32 (25 – 38)	26,67 (9,42)	25,5 (20 – 37)	0,409

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στις διάφορες κλίμακες ανάλογα με τη δραστηριότητα της ΙΦΝΕ.

3.5. Συσχέτιση τύπων προσκόλλησης, κλίμακας SDQ και κλινικών κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων του κλινικού δείγματος στις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφопоίησης του πόνου ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στην μητέρα τους.

Πίνακας 14. Βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS του κλινικού δείγματος σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στη μητέρα

	Μητέρα								P Kruskal- Wallis test
	στοργική οριοθέτηση		αυταρχικός έλεγχος		βέλτιστη ανατροφή		πλημμελής ανατροφή		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	3,55 (2,63)	3 (1 - 6)	3,25 (0,96)	3,5 (2,5 - 4)	3 (2,74)	3 (1 - 4)	2 (2,83)	2 (0 - 4)	0,783
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,68 (1,36)	3 (2 - 4)	4,75 (0,96)	4,5 (4 - 5,5)	2,62 (1,5)	2 (2 - 3)	3,5 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,033
Απροσεξία- υπερκινητικό- τητα (παιδιά)	3,57 (2,13)	3 (2 - 4)	5,75 (2,87)	6 (4 - 7,5)	2,46 (2,06)	2 (1 - 4)	3,5 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,062
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,59 (1,1)	2 (1 - 2)	3,5 (1,73)	4 (2,5 - 4,5)	1 (1,17)	1 (0 - 1)	3 (1,41)	3 (2 - 4)	0,007
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8,18 (1,33)	8,5 (7 - 9)	6,75 (2,63)	7 (4,5 - 9)	8,38 (1,58)	9 (7 - 10)	7 (1,41)	7 (6 - 8)	0,326
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	11,38 (4,97)	10 (7 - 14)	17,25 (5,68)	19,5 (13,5 - 21)	9,08 (6,2)	7 (5 - 11)	12 (4,24)	12 (9 - 15)	0,050
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	4 (2,39)	4 (3 - 5)	5,4 (3,51)	6 (3 - 7)	2,96 (2,62)	3 (1 - 4)	2,5 (0,71)	2,5 (2 - 3)	0,204

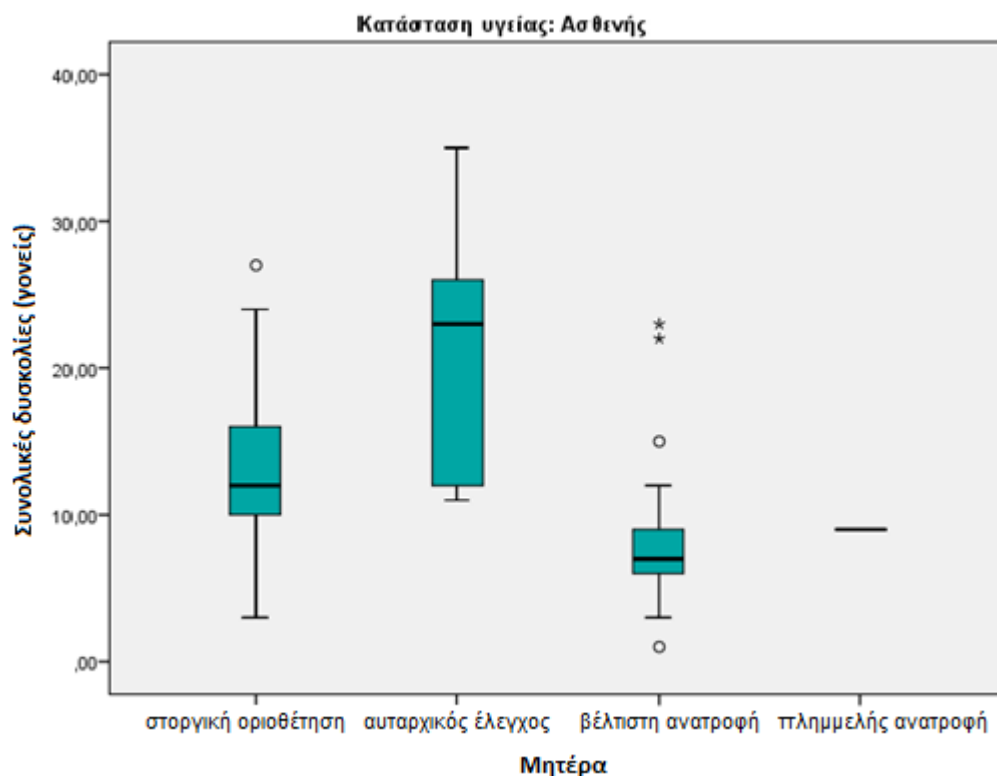
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	2,64 (1,84)	3 (1 - 3)	5,4 (2,51)	6 (3 - 6)	2,2 (1,19)	2 (1 - 3)	1,5 (0,71)	1,5 (1 - 2)	0,025
Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)	4,19 (1,91)	5 (2 - 6)	6,6 (2,19)	6 (6 - 7)	1,8 (1,58)	2 (1 - 2)	5 (0)	5 (5 - 5)	<0,001
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	2,09 (1,9)	2 (1 - 4)	4 (2,83)	5 (1 - 6)	1,44 (1,76)	1 (0 - 2)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,047
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	8 (1,66)	8 (7 - 9)	5 (2,12)	5 (3 - 6)	8 (2,18)	8 (6 - 10)	9 (1,41)	9 (8 - 10)	0,054
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	12,86 (5,64)	12 (10 - 16)	21,4 (10,06)	23 (12 - 26)	8,4 (5,19)	7 (6 - 9)	9 (0)	9 (9 - 9)	0,001
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	1,03 (1,1)	0,63 (0 - 1,83)	0,68 (0,71)	0,55 (0 - 1,38)	0,94 (0,85)	0,83 (0 - 1,78)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,381
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	0,94 (1,05)	0,43 (0 - 2,2)	0,39 (0,65)	0 (0 - 0,43)	0,97 (1,13)	0,73 (0 - 1,43)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,345
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	4,96 (6,23)	4 (1 - 6)	7,8 (6,18)	7 (4 - 14)	5,67 (7,57)	2 (0 - 9)	2 (1,41)	2 (1 - 3)	0,620
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	2,5 (2,86)	2 (0 - 4)	8,2 (10,11)	2 (1 - 16)	4,52 (7,76)	1 (0 - 7)	0,5 (0,71)	0,5 (0 - 1)	0,592
Μηρυκασμός (παιδιά)	7,32 (5,2)	7 (3 - 12)	5,5 (4,51)	5,5 (2,5 - 8,5)	6,96 (4,46)	6 (4 - 9)	3 (2,83)	3 (1 - 5)	0,654
Μεγέθυνση (παιδιά)	3,4 (3,47)	2,1 (1 - 5)	2,5 (2,08)	2,5 (1 - 4)	3,11 (3,07)	2 (1 - 5)	1,5 (2,12)	1,5 (0 - 3)	0,917
Αβοηθησία (παιδιά)	6,96 (6,67)	5 (2 - 9)	4,75 (4,86)	4 (1 - 8,5)	6,54 (5,71)	5,5 (3 - 9)	3 ()	3 (3 - 3)	0,908
Συνολική καταστροφопоίηση (παιδιά)	17,68 (14,52)	13 (6 - 25)	12,75 (10,24)	14,5 (4,5 - 21)	16,69 (12,45)	15 (8 - 24)	11 ()	11 (11 - 11)	0,926
Μηρυκασμός (γονείς)	13,05 (3,44)	13,5 (13 - 16)	9,5 (6,03)	11 (5,5 - 13,5)	12 (4,26)	13 (10 - 15,5)	16 (0)	16 (16 - 16)	0,123
Μεγέθυνση (γονείς)	5,86 (2,88)	5,5 (4 - 8)	5,5 (3,32)	4,5 (3 - 8)	5,21 (3,09)	6 (2,5 - 7,5)	7,5 (2,12)	7,5 (6 - 9)	0,744
Αβοηθησία (γονείς)	13,09 (6,26)	11,5 (8 - 18)	10,75 (6,18)	10 (7 - 14,5)	12,91 (6,29)	14 (7 - 17)	9,5 (6,36)	9,5 (5 - 14)	0,739
Συνολική καταστροφопоίηση (γονείς)	32 (10,77)	32 (25 - 38)	25,75 (14,71)	25,5 (16,5 - 35)	30,87 (10,87)	32 (22 - 38)	33 (8,49)	33 (27 - 39)	0,798

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις «Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)», «Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)», «Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)» και «Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)» ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στην μητέρα τους. Αντίθετα, βρέθηκε ότι σημαντικά λιγότερα προβλήματα στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)» αλλά και συνολικά σύμφωνα με τους γονείς, είχαν οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης «βέλτιστη ανατροφή» στη μητέρα τους σε

σύγκριση με τους εφήβους με τύπο προσκόλλησης «στοργική οριοθέτηση» ($p<0,001$ και $p=0,002$ αντίστοιχα) καθώς και με τύπο προσκόλλησης «αυταρχικός έλεγχος» ($p=0,001$ και $p=0,002$ αντίστοιχα). Όμοια, σημαντικά λιγότερα προβλήματα στη διάσταση «Προβλήματα διαγωγής (γονείς)» είχαν οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης «βέλτιστη ανατροφή» στη μητέρα τους σε σύγκριση με τους εφήβους με τύπο προσκόλλησης «αυταρχικός έλεγχος» ($p=0,003$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία SDQ των γονέων ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης των εφήβων του κλινικού δείγματος.

Γράφημα 1. Βαθμολογία SDQ γονέων ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης του κλινικού δείγματος



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων του κλινικού δείγματος στις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής

ανικανότητας και καταστροφопоίησης του πόνου ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους.

Πίνακας 15. Βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στον πατέρα

	Πατέρας								P Kruskal- Wallis test
	στοργική οριοθέτηση		ανταρχικός έλεγχος		βέλτιστη ανατροφή		πλημμελής ανατροφή		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	3,77 (2,35)	3 (2 - 6)	3,33 (2,25)	3,5 (1 - 4)	2,77 (2,53)	2,5 (1 - 4)	4,2 (3,83)	4 (1 - 7)	0,495
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,92 (1,38)	3 (2 - 4)	3,67 (1,63)	3,5 (2 - 5)	2,53 (1,41)	2 (2 - 3)	3,4 (1,82)	3 (3 - 4)	0,304
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (παιδιά)	3,46 (2,22)	3 (2 - 4)	4,33 (3,39)	5 (1 - 6)	2,76 (2,01)	2 (1 - 4)	4,2 (1,3)	4 (3 - 5)	0,237
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,92 (1,32)	2 (1 - 3)	2,33 (2,25)	2,5 (0 - 4)	1,1 (1,03)	1 (0 - 2)	1,8 (1,48)	2 (1 - 2)	0,201
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8,15 (1,41)	8 (7 - 9)	7,33 (2,42)	8 (5 - 9)	8,23 (1,48)	8,5 (7 - 9)	7,8 (2,05)	7 (6 - 10)	0,859
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	12,08 (6,03)	12 (9 - 14)	13,67 (7,69)	15,5 (5 - 21)	9,1 (5,06)	7 (6 - 10)	13,6 (6,02)	15 (10 - 15)	0,192
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	5,75 (3,14)	4,5 (3,5 - 9)	3,83 (2,32)	3,5 (2 - 6)	2,93 (2,1)	3 (1 - 4)	2,6 (2,61)	3 (0 - 4)	0,049
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	2,83 (2,52)	3 (1 - 3)	3,67 (2,07)	3,5 (2 - 6)	2,53 (1,5)	2 (2 - 3)	2 (1,41)	1 (1 - 3)	0,458
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (γονείς)	4,08 (2,68)	4 (2 - 6)	4,17 (2,48)	4,5 (2 - 6)	2,79 (2,29)	2 (1 - 5)	3,4 (1,52)	3 (2 - 5)	0,369
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	2,92 (2,68)	2 (0,5 - 5,5)	2,5 (2,88)	1,5 (0 - 5)	1,33 (1,49)	1 (0 - 2)	1,6 (1,52)	1 (1 - 2)	0,319
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	8,25 (1,86)	8,5 (6,5 - 10)	5,83 (2,99)	5 (3 - 9)	7,93 (1,98)	8 (7 - 10)	7,4 (1,34)	8 (6 - 8)	0,226
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	15,58 (8,84)	13 (10,5 - 22,5)	14,17 (8,23)	10,5 (8 - 23)	9,57 (5,65)	8,5 (6 - 13)	9,6 (2,41)	9 (8 - 11)	0,105
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	1,04 (1,03)	0,55 (0 - 2)	0,88 (0,72)	1,15 (0 - 1,45)	0,89 (0,9)	0,73 (0 - 1,61)	1,17 (1,32)	0,91 (0 - 2,48)	0,967
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	1,28 (1,15)	1,39 (0,11 - 2,21)	0,45 (0,58)	0,21 (0 - 0,95)	0,86 (1,02)	0,68 (0 - 1,33)	0,82 (1,27)	0 (0 - 2,4)	0,420
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	5,53 (7,04)	4 (2 - 6)	11 (11,1)	10,5 (1 - 14)	4,13 (5,41)	2 (0 - 6)	7,33 (5,39)	8 (3 - 12)	0,207
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	8,45 (10,88)	2 (1 - 13)	4 (6,32)	1 (0 - 6)	2,63 (3,64)	1 (0 - 4)	1,2 (1,64)	1 (0 - 1)	0,239

Μηρυκασμός (παιδιά)	7,14 (5,68)	5,5 (3 - 13)	7,6 (5,68)	6 (6 - 11)	6,63 (4,29)	6,5 (4 - 9)	8,33 (4,18)	6,5 (5 - 12)	0,846
Μεγέθυνση (παιδιά)	3,79 (3,7)	2,05 (1 - 7)	3,2 (2,05)	3 (3 - 5)	2,91 (3,1)	2 (0,5 - 4,5)	3,33 (3,14)	3 (1 - 4)	0,802
Αβοηθησία (παιδιά)	7,21 (7,95)	3 (1 - 15)	8 (6,36)	6 (6 - 11)	5,93 (5,35)	5 (2 - 9)	7 (5,06)	5 (3 - 11)	0,806
Συνολική καταστροφοποίηση (παιδιά)	18,15 (16,73)	12,05 (4 - 34)	18,8 (13,33)	20 (15 - 22)	15,8 (11,87)	14 (8 - 24)	18,67 (11,18)	16,5 (11 - 21)	0,922
Μηρυκασμός (γονείς)	13,25 (3,47)	14 (12,5 - 16)	9,17 (7,03)	11,5 (1 - 15)	12,71 (3,45)	13 (11 - 16)	12,2 (4,15)	12 (11 - 16)	0,603
Μεγέθυνση (γονείς)	5,58 (3,26)	6 (2,5 - 8)	5,5 (3,73)	5,5 (3 - 9)	5,89 (3,15)	6 (4 - 8)	5,2 (1,64)	6 (4 - 6)	0,944
Αβοηθησία (γονείς)	13,75 (6,15)	13 (9,5 - 17,5)	12 (7,18)	10 (7 - 19)	12,96 (6,09)	13,5 (9 - 16,5)	10 (6,16)	9 (5 - 11)	0,653
Συνολική καταστροφοποίηση (γονείς)	32,58 (11,22)	33 (26 - 38)	29,6 (15,37)	26 (25 - 44)	31,57 (10,45)	32,5 (26 - 38)	27,4 (10,45)	27 (24 - 29)	0,759

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)» είχαν οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης «στοργική οριοθέτηση» στον πατέρα τους σε σύγκριση με τους εφήβους με τύπο προσκόλλησης «βέλτιστη ανατροφή» ($p=0,008$).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων με *ΙΦΝΕ* στις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφοποίησης του πόνου ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στην μητέρα τους.

Πίνακας 16. Βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS των ΙΦΝΕ σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στη μητέρα

	Μητέρα								P Kruskal -Wallis test
	στοργική οριοθέτηση		αυταρχικός έλεγχος		βέλτιστη ανατροφή		πλημμελής ανατροφή		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσο ς (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	3,5 (2,72)	2,5 (1 - 6)	2,5 (0,71)	2,5 (2 - 3)	1,94 (2,38)	1 (0 - 3)	2 (2,83)	2 (0 - 4)	0,452
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,6 (1,07)	2 (2 - 4)	4,5 (0,71)	4,5 (4 - 5)	2,31 (0,87)	2 (2 - 3)	3,5 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,062
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (παιδιά)	3,3 (1,89)	3 (2 - 4)	5,5 (4,95)	5,5 (2 - 9)	2 (1,79)	2 (1 - 3)	3,5 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,093
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,4 (1,35)	1 (0 - 2)	2,5 (2,12)	2,5 (1 - 4)	0,75 (0,77)	1 (0 - 1)	3 (1,41)	3 (2 - 4)	0,087

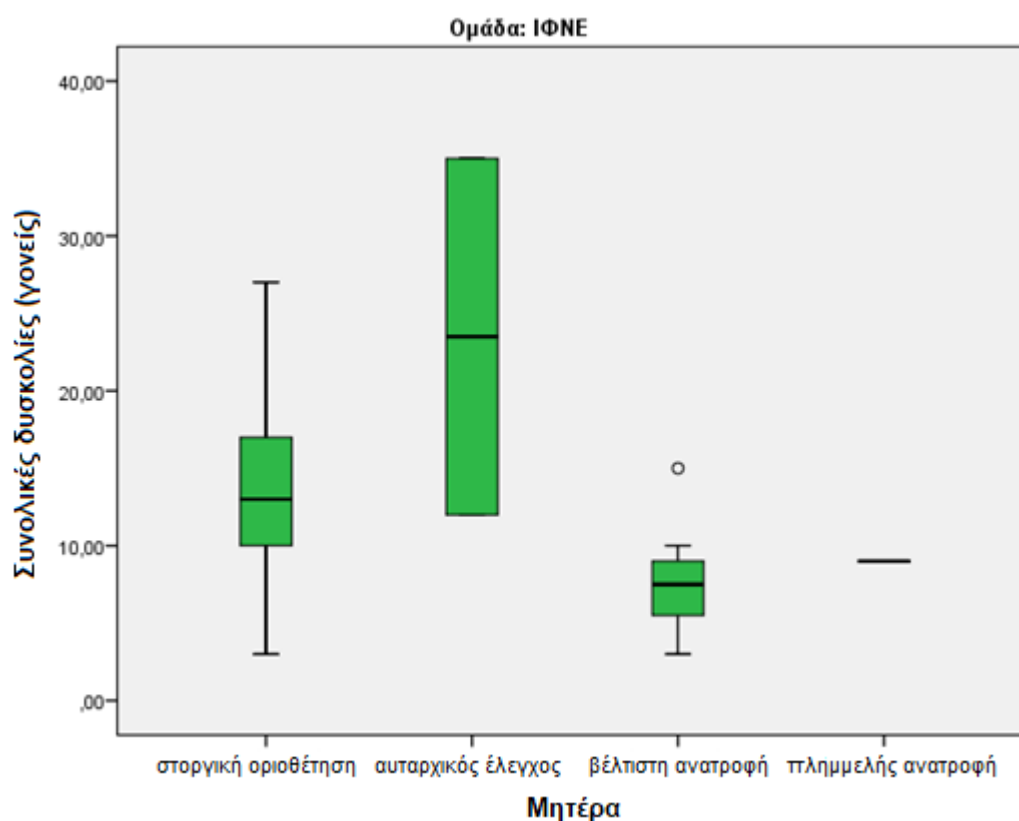
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8,5 (1,18)	9 (7 - 9)	7 (2,83)	7 (5 - 9)	8,31 (1,54)	8,5 (7 - 10)	7 (1,41)	7 (6 - 8)	0,471
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	10,8 (4,54)	10,5 (6 - 16)	15 (8,49)	15 (9 - 21)	7 (4,12)	6 (3,5 - 10)	12 (4,24)	12 (9 - 15)	0,072
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	4,8 (2,57)	4 (3 - 7)	5,5 (6,36)	5,5 (1 - 10)	2,13 (2,03)	2 (0 - 3,5)	2,5 (0,71)	2,5 (2 - 3)	0,061
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	2,5 (2,42)	1,5 (1 - 3)	6 (4,24)	6 (3 - 9)	2,25 (0,93)	2 (2 - 3)	1,5 (0,71)	1,5 (1 - 2)	0,224
Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)	4,7 (2,06)	5 (3 - 6)	8,5 (2,12)	8,5 (7 - 10)	1,88 (1,78)	2 (0,5 - 3)	5 (0)	5 (5 - 5)	0,003
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	2,2 (2,3)	2 (0 - 3)	3,5 (3,54)	3,5 (1 - 6)	1,25 (1,06)	1 (0 - 2)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,224
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	7,8 (1,81)	8 (7 - 9)	4,5 (2,12)	4,5 (3 - 6)	7,81 (2,4)	8 (6 - 10)	9 (1,41)	9 (8 - 10)	0,259
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	14,2 (7,35)	13 (10 - 17)	23,5 (16,26)	23,5 (12 - 35)	7,5 (3,03)	7,5 (5,5 - 9)	9 (0)	9 (9 - 9)	0,013
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	0,46 (0,58)	0,33 (0 - 0,73)	1 (0,64)	1 (0,55 - 1,45)	0,48 (0,56)	0,41 (0 - 0,83)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,272
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	0,44 (0,57)	0,11 (0 - 1,03)	0,75 (1,06)	0,75 (0 - 1,5)	0,42 (0,51)	0,16 (0 - 0,83)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,604
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	4,8 (9,14)	2 (0 - 4)	9 (7,07)	9 (4 - 14)	2,56 (4,43)	1 (0 - 3)	2 (1,41)	2 (1 - 3)	0,308
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	1,67 (2,12)	1 (0 - 2)	11 (15,56)	11 (0 - 22)	3 (4,27)	1 (0 - 4,5)	0,5 (0,71)	0,5 (0 - 1)	0,853
Μηρυκασμός (παιδιά)	5,9 (5,24)	5 (1 - 10)	8 (4,24)	8 (5 - 11)	5,25 (2,82)	5 (4 - 8)	3 (2,83)	3 (1 - 5)	0,643
Μεγέθυνση (παιδιά)	2,11 (1,79)	2 (1 - 3)	2,5 (0,71)	2,5 (2 - 3)	2,69 (2,96)	2 (0,5 - 4)	1,5 (2,12)	1,5 (0 - 3)	0,915
Αβοηθησία (παιδιά)	4,4 (5,25)	3 (1 - 5)	4 (2,83)	4 (2 - 6)	3,87 (2,67)	3 (2 - 6)	3 ()	3 (3 - 3)	0,964
Συνολική καταστροφopoiήση (παιδιά)	12,41 (11,75)	11,5 (3 - 20)	14,5 (7,78)	14,5 (9 - 20)	11,8 (7,94)	11 (8 - 15)	11 ()	11 (11 - 11)	0,977
Μηρυκασμός (γονείς)	12 (4,47)	13,5 (11 - 15)	11 (1,41)	11 (10 - 12)	11,87 (4,72)	13 (9 - 16)	16 (0)	16 (16 - 16)	0,249
Μεγέθυνση (γονείς)	5,5 (2,42)	6 (4 - 8)	4,5 (2,12)	4,5 (3 - 6)	5,8 (3,17)	7 (3 - 9)	7,5 (2,12)	7,5 (6 - 9)	0,665
Αβοηθησία (γονείς)	11,1 (6,01)	9 (7 - 15)	10 (0)	10 (10 - 10)	12,86 (6,62)	14 (5 - 19)	9,5 (6,36)	9,5 (5 - 14)	0,775
Συνολική καταστροφopoiήση (γονείς)	28,6 (10,52)	30,5 (25 - 34)	25,5 (0,71)	25,5 (25 - 26)	31,79 (10,93)	34,5 (22 - 41)	33 (8,49)	33 (27 - 39)	0,600

Η βαθμολογία στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα» καθώς και η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα SDQ των γονέων βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των τύπων προσκόλλησης στη μητέρα. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni

βρέθηκε ότι στους εφήβους με τύπο προσκόλλησης «βέλτιστη ανατροφή» στη μητέρα τους η βαθμολογία στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα» καθώς και η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα SDQ των γονέων ήταν σημαντικά χαμηλότερες από αυτές των εφήβων με τύπο προσκόλλησης «στοργική οριοθέτηση» στη μητέρα τους ($p=0,004$ και $p=0,008$ αντίστοιχα).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συνολική βαθμολογία SDQ των γονέων ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης των εφήβων με ΙΦΝΕ.

Γράφημα 2. Βαθμολογία κλίμακας SDQ γονέων ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης των ΙΦΝΕ



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων με ΙΦΝΕ στις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφопоποίησης του πόνου ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους.

**Πίνακας 17. Βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS των ΙΦΝΕ
σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στον πατέρα**

	Πατέρας								P Kruskal- Wallis test
	στοργική οριοθέτηση		ανταρχικός έλεγχος		βέλτιστη ανατροφή		πλημμελής ανατροφή		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	3,33 (2,66)	2,5 (2 - 6)	3 (2,83)	2 (1 - 5)	2,17 (2,43)	1 (0 - 3)	2 (2,83)	2 (0 - 4)	0,689
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,67 (1,21)	2,5 (2 - 4)	3 (1,41)	2,5 (2 - 4)	2,44 (0,98)	2 (2 - 3)	3,5 (0,71)	3,5 (3 - 4)	0,523
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (παιδιά)	2,33 (0,82)	2,5 (2 - 3)	3,5 (4,04)	2,5 (0,5 - 6,5)	2,89 (2,03)	2,5 (2 - 4)	3 (0)	3 (3 - 3)	0,915
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,33 (1,03)	1 (1 - 2)	1,25 (1,89)	0,5 (0 - 2,5)	1,11 (1,08)	1 (0 - 2)	2 (2,83)	2 (0 - 4)	0,923
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8 (1,26)	7,5 (7 - 9)	7,75 (2,22)	8 (6 - 9,5)	8,44 (1,42)	9 (8 - 10)	6 (0)	6 (6 - 6)	0,212
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	9,67 (3,83)	9 (6 - 12)	10,75 (7,93)	9 (4,5 - 17)	8,61 (4,63)	7 (6 - 11)	10,5 (6,36)	10,5 (6 - 15)	0,933
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	5,5 (3,73)	4,5 (3 - 10)	2,5 (1,29)	2,5 (1,5 - 3,5)	2,88 (2,47)	3 (1 - 4)	1,5 (2,12)	1,5 (0 - 3)	0,253
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	2,5 (3,33)	1 (1 - 3)	2,5 (1,29)	2,5 (1,5 - 3,5)	2,61 (1,69)	2 (2 - 3)	2 (1,41)	2 (1 - 3)	0,632
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (γονείς)	5 (3,22)	5,5 (2 - 6)	3,25 (2,63)	2,5 (1,5 - 5)	2,94 (2,51)	2,5 (1 - 5)	4 (1,41)	4 (3 - 5)	0,533
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	3,33 (2,66)	2,5 (2 - 6)	0,75 (0,96)	0,5 (0 - 1,5)	1,22 (1,35)	1 (0 - 2)	0,5 (0,71)	0,5 (0 - 1)	0,128
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	7,33 (1,75)	7,5 (6 - 8)	6,75 (3,3)	7 (4 - 9,5)	7,94 (2,24)	8 (7 - 10)	7 (1,41)	7 (6 - 8)	0,690
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	16,33 (11,4)	13 (10 - 24)	9 (2,16)	8,5 (7,5 - 10,5)	9,82 (6,19)	9 (6 - 11)	8 (1,41)	8 (7 - 9)	0,403
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	0,26 (0,25)	0,33 (0 - 0,53)	0,98 (0,71)	1,19 (0,46 - 1,5)	0,54 (0,57)	0,48 (0 - 0,83)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,137
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	0,36 (0,58)	0,11 (0 - 0,43)	0,58 (0,68)	0,48 (0 - 1,15)	0,5 (0,54)	0,43 (0 - 0,93)	0 (0)	0 (0 - 0)	0,554
Κλίμακα λειτουργικής ικανότητας (FDI) (παιδιά)	1,57 (1,62)	2 (0 - 3)	11,25 (14,03)	7,5 (0,5 - 22)	3,12 (4,33)	1 (0 - 4)	1,5 (2,12)	1,5 (0 - 3)	0,749
Κλίμακα λειτουργικής ικανότητας (FDI) (γονείς)	4,5 (8,62)	1,5 (0 - 2)	1,5 (3)	0 (0 - 3)	3,06 (4,15)	1 (0 - 4)	0,5 (0,71)	0,5 (0 - 1)	0,668
Μηρυκασμός (παιδιά)	3,33 (3,44)	3 (0 - 6)	8 (6,48)	8,5 (3 - 13)	6 (2,93)	5 (4 - 8)	5 (0)	5 (5 - 5)	0,421
Μεγέθυνση (παιδιά)	1,18 (1)	1,5 (0 - 2)	2,75 (2,06)	3 (1,5 - 4)	2,83 (2,79)	2 (1 - 5)	1,5 (2,12)	1,5 (0 - 3)	0,566
Αβοηθησία (παιδιά)	1,67 (1,37)	1,5 (1 - 2)	7,25 (7,09)	6 (3 - 11,5)	4,31 (2,75)	4,5 (2,5 - 5,5)	3 (0)	3 (3 - 3)	0,125

Συνολική καταστροφολογία (παιδιά)	6,18 (5,51)	6 (1 - 12)	18 (15,25)	17,5 (7,5 - 28,5)	13,69 (7,45)	11 (8 - 20,5)	9,5 (2,12)	9,5 (8 - 11)	0,258
Μηρυκασμός (γονείς)	12,83 (4,58)	14,5 (12 - 16)	9,75 (6,95)	11,5 (5 - 14,5)	12,53 (3,47)	13 (11 - 15)	11 (7,07)	11 (6 - 16)	0,833
Μεγέθυνση (γονείς)	5,33 (2,66)	5,5 (3 - 8)	5 (3,74)	5,5 (2,5 - 7,5)	6,41 (2,98)	7 (4 - 9)	4,5 (2,12)	4,5 (3 - 6)	0,636
Αβοηθησία (γονείς)	11,33 (6,68)	10 (7 - 12)	12,33 (6,81)	10 (7 - 20)	12,47 (5,8)	14 (8 - 15)	5 (0)	5 (5 - 5)	0,256
Συνολική καταστροφολογία (γονείς)	29,5 (12,14)	29,5 (25 - 34)	32 (11,27)	26 (25 - 45)	31,41 (9,49)	32 (26 - 38)	20,5 (9,19)	20,5 (14 - 27)	0,558

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των εφήβων με ΙΦΝΕ στις κλίμακες SDQ, πόνου, λειτουργικής ικανότητας και καταστροφολογίας ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων με ΛΓΔ στις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφολογίας του πόνου ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στην μητέρα τους.

Πίνακας 18. Βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS των ΛΓΔ σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στη μητέρα

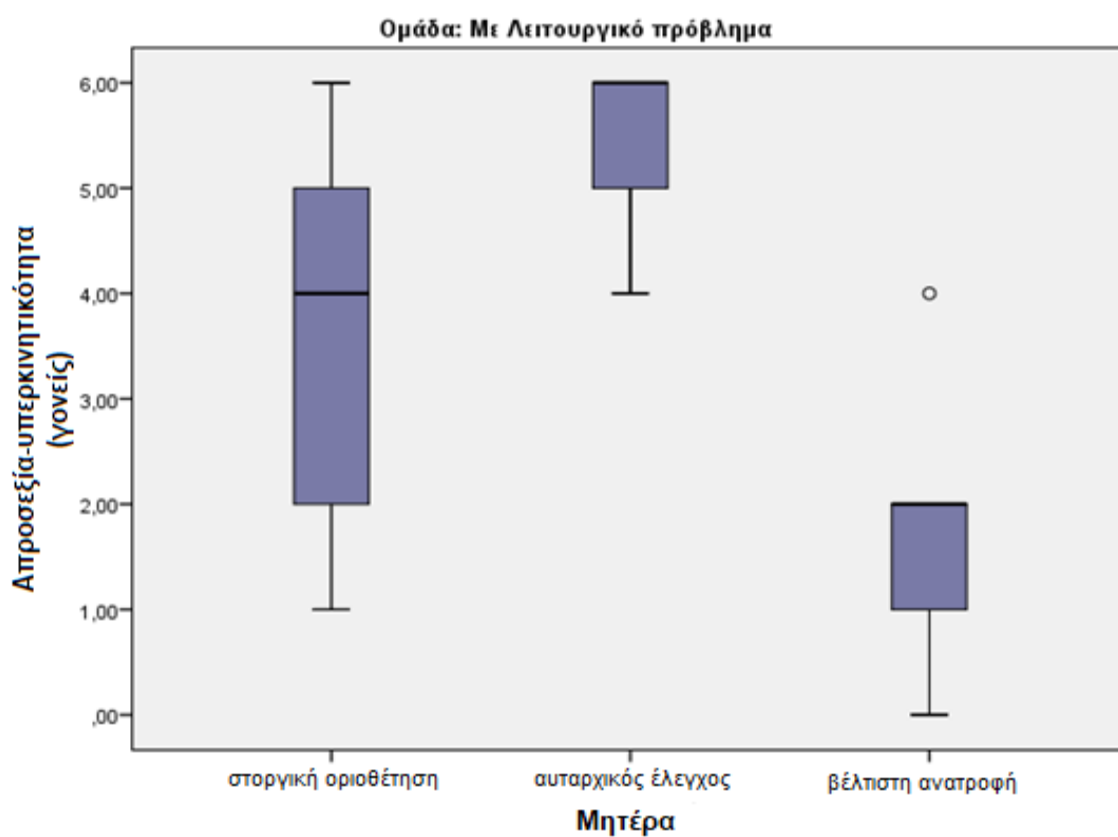
	Μητέρα						P Kruskal- Wallis test
	στοργική οριοθέτηση		ανταρχικός έλεγχος		βέλτιστη ανατροφή		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	3,58 (2,68)	3 (1,5 - 6)	4 (0)	4 (4 - 4)	4,7 (2,5)	4 (3 - 7)	0,524
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	2,75 (1,6)	3 (1,5 - 3,5)	5 (1,41)	5 (4 - 6)	3,1 (2,13)	2,5 (1 - 6)	0,275
Απροσεξία- υπερκινητικό- τητα (παιδιά)	3,82 (2,4)	4 (2 - 5)	6 (0)	6 (6 - 6)	3,2 (2,35)	3,5 (1 - 5)	0,196
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	1,75 (0,87)	2 (1 - 2)	4,5 (0,71)	4,5 (4 - 5)	1,4 (1,58)	1 (0 - 2)	0,048
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	7,92 (1,44)	8 (7 - 9)	6,5 (3,54)	6,5 (4 - 9)	8,5 (1,72)	9 (7 - 10)	0,390
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	11,91 (5,5)	10 (9 - 14)	19,5 (2,12)	19,5 (18 - 21)	12,4 (7,66)	10,5 (6 - 17)	0,360
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	3,33 (2,1)	3,5 (1,5 - 4,5)	5,33 (2,08)	6 (3 - 7)	4,44 (3)	4 (3 - 5)	0,405

Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	2,75 (1,29)	3 (1,5 - 3,5)	5 (1,73)	6 (3 - 6)	2,11 (1,62)	2 (1 - 2)	0,048
Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)	3,73 (1,74)	4 (2 - 5)	5,33 (1,15)	6 (4 - 6)	1,67 (1,22)	2 (1 - 2)	0,008
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	2 (1,6)	1,5 (1 - 4)	4,33 (3,06)	5 (1 - 7)	1,78 (2,64)	0 (0 - 3)	0,192
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	8,17 (1,59)	8,5 (6,5 - 9,5)	5,33 (2,52)	5 (3 - 8)	8,33 (1,8)	9 (8 - 10)	0,119
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	11,64 (3,41)	12 (7 - 14)	20 (7,94)	23 (11 - 26)	10 (7,68)	7 (6 - 12)	0,104
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	1,45 (1,21)	1,38 (0 - 2,48)	0,46 (0,79)	0 (0 - 1,38)	1,6 (0,78)	1,78 (0,85 - 2)	0,228
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	1,33 (1,17)	1,57 (0 - 2,23)	0,14 (0,25)	0 (0 - 0,43)	1,96 (1,26)	1,5 (1,28 - 2,58)	0,103
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	5,07 (3,58)	5 (3 - 6)	7 (7)	7 (0 - 14)	10,18 (9,04)	8 (6 - 12)	0,186
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	3,18 (3,28)	2 (0 - 6)	6,33 (8,39)	2 (1 - 16)	8 (12,44)	1 (0 - 13)	0,837
Μηρυκασμός (παιδιά)	8,27 (5,13)	7 (4 - 13)	3 (4,24)	3 (0 - 6)	9,45 (5,32)	9 (6 - 15)	0,256
Μεγέθυνση (παιδιά)	4,27 (4,08)	3 (0 - 9)	2,5 (3,54)	2,5 (0 - 5)	3,73 (3,26)	3 (2 - 6)	0,881
Αβοηθησία (παιδιά)	8,67 (7,13)	7 (2 - 15)	5,5 (7,78)	5,5 (0 - 11)	10,18 (6,79)	11 (6 - 17)	0,608
Συνολική καταστροφопоίηση (παιδιά)	21,2 (15,48)	16 (9 - 34)	11 (15,56)	11 (0 - 22)	23,36 (14,64)	24 (17 - 39)	0,484
Μηρυκασμός (γονείς)	13,92 (2,11)	13,5 (13 - 16)	8 (9,9)	8 (1 - 15)	12,22 (3,63)	13 (12 - 14)	0,388
Μεγέθυνση (γονείς)	6,17 (3,3)	5,5 (4 - 7,5)	6,5 (4,95)	6,5 (3 - 10)	4,22 (2,86)	6 (1 - 6)	0,502
Αβοηθησία (γονείς)	14,75 (6,21)	13 (9,5 - 20)	11,5 (10,61)	11,5 (4 - 19)	13 (6,12)	14 (10 - 16)	0,787
Συνολική καταστροφопоίηση (γονείς)	34,83 (10,56)	34 (26 - 41,5)	26 (25,46)	26 (8 - 44)	29,44 (11,27)	30 (26 - 34)	0,688

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις «Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)» και «Προβλήματα διαγωγής (γονείς)» ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στην μητέρα τους. Αντίθετα, βρέθηκε ότι σημαντικά λιγότερα προβλήματα στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)» είχαν οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης «βέλτιστη ανατροφή» στη μητέρα τους σε σύγκριση με τους εφήβους με τύπο προσκόλλησης «στοργική οριοθέτηση» ($p=0,014$) καθώς και με τύπο προσκόλλησης «αυταρχικός έλεγχος» ($p=0,012$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των εφήβων με ΛΓΔ στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)» ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης στη μητέρα τους.

Γράφημα 3. Βαθμολογία διάστασης «Απροσεξία-υπερκινητικότητα (γονείς)» των ΛΓΔ σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στη μητέρα



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των εφήβων με ΛΓΔ στις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφοποίησης του πόνου ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους.

Πίνακας 19. Βαθμολογίες κλιμάκων SDQ, API, FDI & PCS των ΛΓΔ σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στον πατέρα

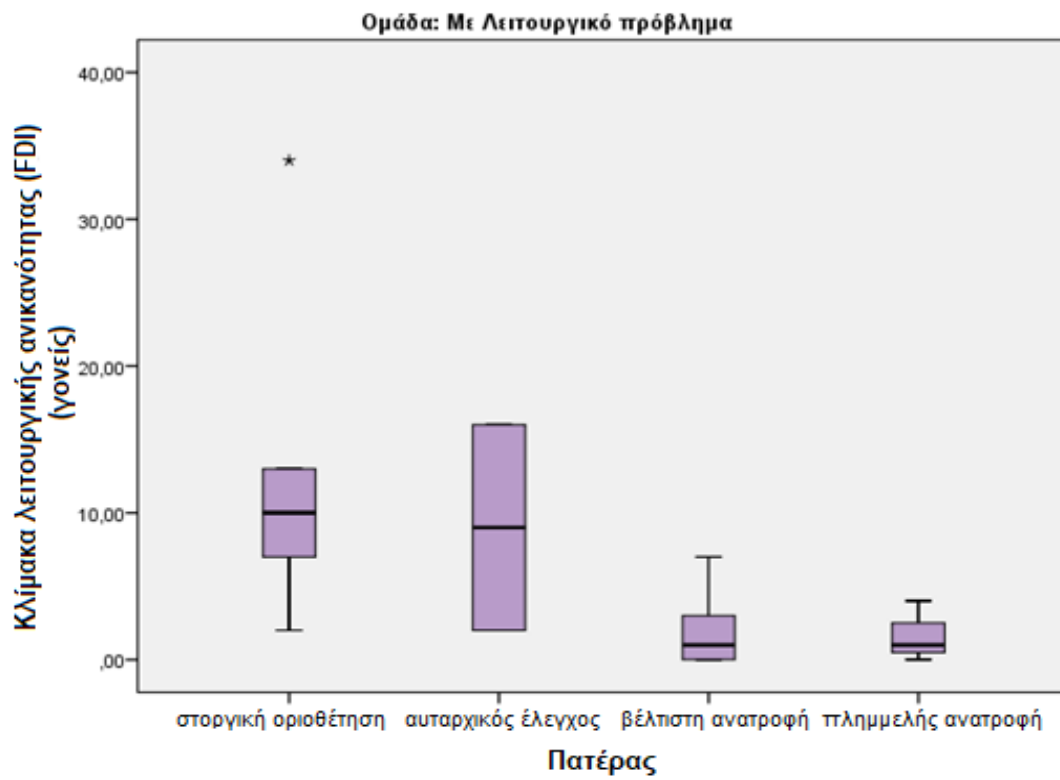
	Πατέρας								P Kruskal- Wallis test
	στοργική οριοθέτηση		ανταρχικός έλεγχος		βέλτιστη ανατροφή		πλημμελής ανατροφή		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά συμπτώματα (παιδιά)	4,14 (2,19)	4 (2 - 6)	4 (0)	4 (4 - 4)	3,67 (2,5)	3 (2 - 5,5)	5,67 (4,16)	7 (1 - 9)	0,783
Προβλήματα διαγωγής (παιδιά)	3,14 (1,57)	3 (2 - 4)	5 (1,41)	5 (4 - 6)	2,67 (1,92)	2,5 (1 - 3,5)	3,33 (2,52)	3 (1 - 6)	0,375
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (παιδιά)	4,43 (2,64)	4 (2 - 6)	6 (0)	6 (6 - 6)	2,55 (2,07)	2 (1 - 5)	5 (1)	5 (4 - 6)	0,076
Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)	2,43 (1,4)	2 (1 - 3)	4,5 (0,71)	4,5 (4 - 5)	1,08 (1)	1 (0 - 2)	1,67 (0,58)	2 (1 - 2)	0,027
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (παιδιά)	8,29 (1,6)	9 (8 - 9)	6,5 (3,54)	6,5 (4 - 9)	7,92 (1,56)	8 (7 - 9)	9 (1,73)	10 (7 - 10)	0,539
Συνολικές δυσκολίες (παιδιά)	14,14 (7,06)	12 (9 - 22)	19,5 (2,12)	19,5 (18 - 21)	9,91 (5,84)	9 (6 - 10)	15,67 (6,03)	15 (10 - 22)	0,130
Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)	6 (2,76)	5,5 (4 - 8)	6,5 (0,71)	6,5 (6 - 7)	3 (1,54)	3 (2 - 4)	3,33 (3,06)	4 (0 - 6)	0,050
Προβλήματα διαγωγής (γονείς)	3,17 (1,6)	3 (3 - 3)	6 (0)	6 (6 - 6)	2,42 (1,24)	2 (1,5 - 3)	2 (1,73)	1 (1 - 4)	0,091
Απροσεξία- υπερκινητι- κότητα (γονείς)	3,17 (1,83)	3 (2 - 4)	6 (0)	6 (6 - 6)	2,55 (1,97)	2 (1 - 4)	3 (1,73)	2 (2 - 5)	0,178
Προβλήματα με συνομηλίκους (γονείς)	2,5 (2,88)	1,5 (0 - 5)	6 (1,41)	6 (5 - 7)	1,5 (1,73)	1 (0 - 3,5)	2,33 (1,53)	2 (1 - 4)	0,130
Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)	9,17 (1,6)	10 (9 - 10)	4 (1,41)	4 (3 - 5)	7,92 (1,62)	8 (6,5 - 9)	7,67 (1,53)	8 (6 - 9)	0,037
Συνολικές δυσκολίες (γονείς)	14,83 (6,37)	13 (11 - 22)	24,5 (2,12)	24,5 (23 - 26)	9,18 (4,96)	7 (6 - 14)	10,67 (2,52)	11 (8 - 13)	0,058
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (παιδιά)	1,71 (0,97)	1,74 (1,23 - 2,29)	0,69 (0,97)	0,69 (0 - 1,38)	1,33 (1,06)	1,49 (0,25 - 1,98)	1,76 (1,23)	2,15 (0,91 - 2,6)	0,445
Δείκτης κοιλιακού πόνου (API) (γονείς)	2,2 (0,75)	2,21 (1,57 - 2,53)	0,21 (0,3)	0,21 (0 - 0,43)	1,41 (1,33)	1,33 (0 - 2,4)	1,23 (1,42)	1,2 (0 - 2,46)	0,275

Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (παιδιά)	9 (8,21)	6 (5,5 - 8)	10,5 (4,95)	10,5 (7 - 14)	5,36 (6,45)	4,5 (0 - 6)	10,25 (3,59)	11,5 (8 - 12,5)	0,081
Κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας (FDI) (γονείς)	13,2 (12,32)	10 (7 - 13)	9 (9,9)	9 (2 - 16)	1,9 (2,6)	1 (0 - 3)	1,67 (2,08)	1 (0 - 4)	0,031
Μηρυκασμός (παιδιά)	10 (5,45)	12 (4 - 15)	6 ()	6 (6 - 6)	7,43 (5,61)	8,5 (1 - 10)	10 (4,24)	9,5 (6,5 - 13,5)	0,701
Μεγέθυνση (παιδιά)	5,75 (3,81)	6,5 (2,5 - 9)	5 ()	5 (5 - 5)	3 (3,57)	2 (0 - 4)	4,25 (3,4)	3,5 (2 - 6,5)	0,327
Αβοηθησία (παιδιά)	11,38 (8,37)	12 (3,5 - 17,5)	11 ()	11 (11 - 11)	7,79 (6,94)	7 (1 - 11)	9 (5,16)	9 (5 - 13)	0,682
Συνολική καταστροφολογία (παιδιά)	27,13 (16,84)	33 (10 - 39)	22 ()	22 (22 - 22)	18,21 (15,44)	17 (2 - 25)	23,25 (11,09)	20,5 (16,5 - 30)	0,636
Μηρυκασμός (γονείς)	13,67 (2,25)	13,5 (13 - 16)	8 (9,9)	8 (1 - 15)	13 (3,58)	13 (12 - 16)	13 (2,65)	12 (11 - 16)	0,814
Μεγέθυνση (γονείς)	5,83 (4,02)	6 (2 - 8)	6,5 (4,95)	6,5 (3 - 10)	5,09 (3,39)	5 (2 - 7)	5,67 (1,53)	6 (4 - 7)	0,936
Αβοηθησία (γονείς)	16,17 (4,96)	16 (14 - 18)	11,5 (10,61)	11,5 (4 - 19)	13,73 (6,74)	12 (10 - 20)	13,33 (5,86)	11 (9 - 20)	0,828
Συνολική καταστροφολογία (γονείς)	35,67 (10,33)	35,5 (30 - 40)	26 (25,46)	26 (8 - 44)	31,82 (12,28)	33 (26 - 38)	32 (9,85)	29 (24 - 43)	0,851

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις «Προβλήματα με συνομηλίκους (παιδιά)», «Θετική κοινωνική συμπεριφορά (γονείς)» και «Συναισθηματικά συμπτώματα (γονείς)» ανάλογα με το τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους. Αντίθετα, βρέθηκε ότι σημαντικά λιγότερη λειτουργική ικανότητα, σύμφωνα με τους γονείς τους, είχαν οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης «στοργική οριοθέτηση» στον πατέρα τους, σε σύγκριση με τους εφήβους με τύπο προσκόλλησης «βέλτιστη ανατροφή» ($p=0,008$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των εφήβων με ΛΓΔ στην κλίμακα απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας των γονέων ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους.

Γράφημα 4. Βαθμολογία στην κλίμακα της λειτουργικής ανικανότητας των γονέων των ΛΓΔ σε σχέση με τον τύπο προσκόλλησης στον πατέρα



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν μερικώς. Η ανασφαλής προσκόλληση δε φάνηκε να διαφέρει σε εφήβους με ΙΦΝΕ σε σύγκριση με υγιείς, ενώ ανιχνεύθηκαν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες στις κλινικές ομάδες. Επίσης, αναδείχθηκε αυξημένη επιβάρυνση των εφήβων με ΛΓΔ συγκριτικά με εκείνους με ΙΦΝΕ.

Συγκεκριμένα, δε βρέθηκε ότι έφηβοι με ΙΦΝΕ αναφέρουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανασφαλούς προσκόλλησης στην μητέρα και τον πατέρα σε σύγκριση με υγιείς συνομηλίκους. Οι τιμές των εφήβων των τριών ομάδων τόσο στις δύο διαστάσεις της κλίμακας PBI, τη φροντίδα και την προστασία, όσο και στους τέσσερις διαφορετικούς τύπους γονεϊκής προσκόλλησης που προκύπτουν από αυτές, δε διέφεραν στατιστικώς σημαντικά. Επιπλέον, το φύλο, η ηλικία και η διάρκεια νόσου των εφήβων δε διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με τον τύπο προσκόλλησης.

Τα ως άνω ευρήματα πιθανώς δε συμφωνούν με τα αντίστοιχα των ενηλίκων για σειρά από λόγους. Όπως αναφέρουν οι Tsaousis, Mascha και Giovazolias (2012), η κλίμακα PBI δύναται να χρησιμοποιηθεί σε δείγματα εφήβων, φαίνεται, ωστόσο, ότι οι λανθάνουσες μεταβλητές της μπορούν να γίνουν διαφορετικά αντιληπτές σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, όπως αυτές των ενηλίκων και των εφήβων, ειδικά ηλικίας 11-14 ετών. Συμπερασματικά, οι συγγραφείς καταλήγουν στην ανάγκη περαιτέρω έρευνας ώστε να διαπιστωθεί αν οι εν λόγω διαφορές αφορούν εννοιολογικές δυσκολίες συνδεδεμένες με την ικανότητα των εφήβων να συλλάβουν τις θεωρητικές κατασκευές της κλίμακας PBI ή οφείλονται σε πραγματικές αναπτυξιακές αλλαγές στις αντιλήψεις των εφήβων σχετικά με τη σχέση γονέα-παιδιού. Επεκτείνοντας το ζήτημα του αναπτυξιακού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου των εφήβων, το τελευταίο ενδέχεται να συμπλέκεται με τον μετασχηματισμό των προτύπων δεσμού γονέα-παιδιού στα εσωτερικευμένα λειτουργικά μοντέλα του ενήλικα όπως ο Bowlby (1969) τον περιγράφει.

Επίσης, αν και έχει αποδειχθεί η μακροπρόθεσμη αξιοπιστία της κλίμακας PBI (Parker, 1989), εντούτοις είναι ένα εργαλείο σχεδιασμένο για την αναδρομική μέτρηση των γονικών συμπεριφορών. Συνεπώς, υπάρχει η πιθανότητα η τρέχουσα διάθεση να επηρεάζει την ανάκληση ή και να υπεισέρχεται ο παράγοντας της προκατάληψης κατά τη διαδικασία αυτής (McCrae & Costa, 1988).

Αξίζει να επισημανθεί το ζήτημα των διαπολιτισμικών διαφορών στην προσκόλληση. Θεωρείται παγκόσμιο φαινόμενο, ωστόσο έρευνες καταδεικνύουν ότι δεν είναι διαπολιτισμικά καθολική όσο ο Bowlby υποστήριξε (Feldman, 2009), καθώς τα βασικά αναπτυξιακά κριτήρια που περιγράφονται από την κλασική θεωρία και οι διαφορετικοί τύποι προσκόλλησης θεωρούνται επίσης πολιτιστικά καθορισμένα σύμφωνα με τις Márta και Ένα (2017). Οι τελευταίες υπογραμμίζουν σε πρόσφατη ανασκόπηση της διαπολιτισμικής επίδρασης στην κατανόηση της προσκόλλησης, ότι η λειτουργία της είναι η πιο αποτελεσματική προσαρμογή στο βιολογικό και κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον του παιδιού και αν αυτό είναι ποιοτικά διαφορετικό, τότε και οι διεργασίες προσκόλλησης θα είναι διαφορετικές.

Ως προς τις συναισθηματικές δυσκολίες, οι έφηβοι με ΙΦΝΕ δε φάνηκε να παρουσιάζουν, σύμφωνα με τους ίδιους, υψηλότερα ποσοστά αυτών σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, στοιχείο που συμφωνεί με ανασκόπηση και μετανάλυση των Greenley et al. (2010). Η τελευταία δεν αμφισβητεί την ύπαρξη υψηλότερων ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών σε εφήβους με ΙΦΝΕ σε σύγκριση με συνομηλίκους με άλλες χρόνιες νόσους. Ωστόσο, καταγράφει, μεταξύ άλλων, ότι η συχνότητα των εσωτερικευμένων, αγχώδων και των καταθλιπτικών, συμπτωμάτων σε αυτούς δε διαφέρει στατιστικώς σημαντικά από εκείνη των υγιών ή με άλλες χρόνιες νόσους εφήβων.

Εντούτοις, αξίζει να συνυπολογιστεί το πρόσφατο εύρημα των van den Brink et al. (2018) που θέλει την ύπαρξη αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας να συνδέεται με την

κλινική δραστηριότητα των ΙΦΝΕ σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Αντίστοιχο εύρημα αποτύπωσε έρευνα των Giannakopoulos et al. (2016) σε παιδιατρικούς ασθενείς με ΙΦΝΕ, καταδεικνύοντας ότι οι συναισθηματικές δυσκολίες (αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα) τείνουν να είναι υψηλότερες σε ασθενείς σε έξαρση συγκριτικά με εκείνους σε ύφεση. Συνεπώς, καθώς στην παρούσα έρευνα το 76,7% των εφήβων με ΙΦΝΕ ήταν σε ύφεση, η μη εύρεση στατιστικώς σημαντικά υψηλότερων ποσοστών συναισθηματικών δυσκολιών σε σύγκριση με υγιείς, μπορεί να αποδοθεί στην κλινική τους εικόνα.

Ωστόσο, οι αυτοαναφορές των γονέων κατέδειξαν ότι σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου παρουσίαζαν σημαντικά λιγότερα προβλήματα σε σύγκριση τόσο με τους εφήβους με ΙΦΝΕ όσο και με τους εφήβους με ΛΓΔ. Τα ως άνω επιβεβαιώνουν ευρήματα που υποστηρίζουν ότι παιδιά και έφηβοι με χρόνιες ασθένειες εκδηλώνουν περισσότερες συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες συγκριτικά με υγιείς συνομηλίκους (Hysing, Elgen, Gillberg & Lundervold, 2009).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το στοιχείο ότι οι έφηβοι με ΛΓΔ αναφέρουν στατιστικώς σημαντικά περισσότερα συναισθηματικά συμπτώματα σε σύγκριση τόσο με εκείνους με ΙΦΝΕ όσο και με εκείνους της ομάδας ελέγχου, ενώ σε σχέση με τους τελευταίους, καταγράφουν σημαντικά περισσότερα προβλήματα στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας SDQ. Επίσης, σημειώνουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας, κοιλιακού άλγους και καταστροφопоποίησης του πόνου συγκριτικά με εκείνους με ΙΦΝΕ. Τα εν λόγω ευρήματα, ιδωμένα ως ενιαία εικόνα, αντικατοπτρίζουν το βίωμα εντονότερων δυσκολιών, οξύτερου πόνου και μειωμένης λειτουργικής ικανότητας από πλευράς των εφήβων που εκδηλώνουν την συνήθως πρόσκαιρη, ψυχοσωματική γαστρεντερική συμπτωματολογία δίχως οργανικό υπόστρωμα σε σύγκριση με συνομήλικους με ΙΦΝΕ.

Από την άλλη, οι έφηβοι της ομάδας ελέγχου αναφέρουν σημαντικά υψηλότερη θετική κοινωνική συμπεριφορά συγκριτικά με τις κλινικές ομάδες, στοιχείο που υποδηλώνει την

ανεπτυγμένη σε αυτούς ενσυναίσθηση. Καθώς οι αναφερθείσες διαφορές μεταξύ των εφήβων με ΙΦΝΕ και εκείνων με ΛΓΔ καθώς και της ομάδας ελέγχου μπορεί να οφείλονται και στην ηλικιακή τους διαφορά, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης ώστε να ελεγχθεί η ηλικία αλλά και το φύλο των εφήβων. Στο σύνολο τους οι εν λόγω διαφορές παρέμειναν στατιστικά σημαντικές και συνεπώς, η ηλικία και το φύλο δεν συνιστούν συγχυτικό παράγοντα. Εξαίρεση αποτελούν οι διαφορές στη διάσταση «Απροσεξία-υπερκινητικότητα», όπως εκτιμήθηκε από τους γονείς, οι οποίες εξαλείφθηκαν έπειτα από τον έλεγχο του φύλου και την ηλικίας των εφήβων.

Αναφορικά με την ενσυναίσθηση, πρόκειται για την ικανότητα του ατόμου, η οποία συνδυάζει γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες με συμπεριφορικά στοιχεία και εμπλέκει τόσο τη λεκτική όσο και την μη λεκτική επικοινωνία, να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις στάσεις των άλλων, όπως επίσης, να επικοινωνεί και μοιράζεται αυτήν του την κατανόηση (Roche & Harmon, 2017). Φαίνεται πως αναδεικνύεται σε κρίσιμη δεξιότητα, η οποία πιθανώς λειτουργεί ως ποιοτικό χαρακτηριστικό διαφοροποίησης υγιών και ασθενών με γαστρεντερικές διαταραχές (με και χωρίς σαφώς καθορισμένη οργανική αιτία), και σαφώς χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Σε κάθε περίπτωση έχει αναδειχθεί η αξία της ενσυναίσθησης από πλευράς επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση ασθενών με χρόνιες νόσους, ειδικά όταν οι τελευταίοι έρχονται αντιμέτωποι με αναπόφευκτες απογοητεύσεις (Tait, 2008).

Ο τύπος προσκόλλησης δε βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με τη δραστηριότητα των ΙΦΝΕ (ύφεση/έξαρση). Επίσης, οι βαθμολογίες στην κλίμακα SDQ αλλά παραδόξως, και στις κλίμακες αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφопоίησης του πόνου δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με τη δραστηριότητα της ΙΦΝΕ. Χρειάζεται, ωστόσο, να ληφθεί υπόψη το μικρό του δείγματος και ειδικά, ο αριθμός των εφήβων σε έξαρση, στοιχεία που δεν επέτρεψαν την ανάδειξη αποτελεσμάτων με

στατιστική ισχύ. Απαιτούνται μελέτες μεγαλύτερου δείγματος ώστε να αποσαφηνιστεί η συσχέτιση της δραστηριότητας των ΙΦΝΕ με τη διακύμανση των συναισθηματικών δυσκολιών.

Η συσχέτιση των τύπων προσκόλλησης των εφήβων του κλινικού δείγματος, ως συνόλου αλλά και ανά ομάδα, με τις κλίμακες SDQ, αντίληψης του κοιλιακού άλγους, απογραφής της λειτουργικής ανικανότητας και καταστροφοποίησης του πόνου προσφέρει ποιοτικά δεδομένα στην κατανόηση των πρώτων, χωρίς, ωστόσο, να προσδιορίζει ούτε σχέσεις αιτίου-αιτιατού ούτε την κατεύθυνση αυτών. Τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται κατά κανόνα με την ερευνητική υπόθεση που θέλει την ανασφαλή προσκόλληση να συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κοιλιακού άλγους, λειτουργικής ανικανότητας, καταστροφοποίησης σχετικά με τον πόνο και συναισθηματικών δυσκολιών σε εφήβους με ΙΦΝΕ και ΛΓΔ. Σημειωτέον, όμως, ότι δεν προέκυψαν αποτελέσματα που να αφορούν όλες τις συσχετιζόμενες κλίμακες.

Βρέθηκε ότι, σύμφωνα με τους γονείς, οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης στη μητέρα που αποδίδεται ως βέλτιστη ανατροφή, χαρακτηριζόμενη από υψηλή φροντίδα, χωρίς όμως να είναι υπερπροστατευτική, και αντιστοιχεί στον ασφαλή συναισθηματικό δεσμό, παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερα προβλήματα στη διάσταση της απροσεξίας-υπερκινητικότητας αλλά και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας SDQ. Τα ως καταγράφονται σε σύγκριση με τους εφήβους με αντίστοιχους του ανασφαλούς τύπους προσκόλλησης: εκείνον που εμπεριέχει υπερπροστασία σε συνδυασμό με υψηλή φροντίδα (στοργική οριοθέτηση) καθώς και εκείνον που εμπεριέχει υψηλή προστασία και χαμηλή φροντίδα (αυταρχικός έλεγχος). Ανιχνεύονται επίσης, σχεδόν με όμοιο τρόπο, τόσο στις συσχετίσεις που αναφέρονται στο κλινικό δείγμα ως σύνολο όσο και ανά κλινική ομάδα.

Τα εν λόγω ευρήματα συμφωνούν με συγχρονική έρευνα 261 εφήβων και νεαρών ενηλίκων με παιδιατρικό ιστορικό κοιλιακού άλγους (Laird, Preacher & Walker, 2015), όπου αναδείχθηκε ότι ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης προβλέπει στατιστικώς σημαντικά

χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας. Παρόμοια δεδομένα συσχέτισης των τύπων προσκόλλησης και των επιπέδων ψυχικής υγείας σε εφήβους με ΙΦΝΕ δεν απαντώνται στην βιβλιογραφία.

Επιπλέον, οι έφηβοι με τύπο προσκόλλησης στη μητέρα που αποδίδεται ως βέλτιστη ανατροφή, εμφανίζουν, σύμφωνα με τους γονείς, σημαντικά λιγότερα προβλήματα στη διάσταση των προβλημάτων διαγωγής σε σύγκριση με εκείνους με τύπο προσκόλλησης που εμπεριέχει αυταρχικό έλεγχο. Μοναδικό μη αναμενόμενο εύρημα αποτελεί η σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση των συναισθηματικών συμπτωμάτων, σύμφωνα με τους γονείς, των εφήβων με τύπο προσκόλλησης με τον πατέρα που εμπεριέχει στοργική οριοθέτηση, σε σύγκριση με εκείνον που αποδίδεται ως βέλτιστη ανατροφή.

Διαφοροποιό στοιχείο μεταξύ εφήβων με ΙΦΝΕ και με ΛΓΔ υπήρξε μόνον το εξής: οι τελευταίοι, με τύπο προσκόλλησης στον πατέρα τους που εμπεριέχει στοργική οριοθέτηση, φάνηκε, σύμφωνα πάντα με τους γονείς, να παρουσιάζουν σημαντικά λιγότερη λειτουργική ικανότητα σε σύγκριση με τους αντίστοιχους με τύπο προσκόλλησης που αποδίδεται ως βέλτιστη ανατροφή. Ωστόσο, τα ως άνω δε βρέθηκε να ισχύουν ως προς την καταστροφопоίηση του πόνου και την αντίληψη του κοιλιακού άλγους όπως σε σχετική έρευνα των Tremblay και Sullivan (2010) σε 382 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών.

Περιορισμοί και προτάσεις

Βασικός περιορισμός της μελέτης είναι η χορήγηση της κλίμακας PBI σε εφήβους από 14 ετών και κάτω, δεδομένου ότι αυτή έχει προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό σε εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας, με ότι αυτό συνεπάγεται ως προς το αναπτυξιακό και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο κατανόησης της σχέσης τους με τους γονείς τους. Επιλέχθηκε, ωστόσο, καθώς ήταν το μοναδικό εργαλείο καταγραφής του συναισθηματικού δεσμού που

ανέπτυξαν οι έφηβοι με τους γονείς τους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, το οποίο έχει προσαρμοστεί σε ελληνικό πληθυσμό.

Επίσης, η κλίμακα SDQ αποτελεί ανιχνευτικό εργαλείο συμπτωμάτων ψυχικής υγείας ευρέος φάσματος και δεν εστιάζει στην αποτύπωση εσωτερικευμένων, αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως οι κλίμακες περιορισμένου φάσματος. Ωστόσο, η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση των εν γένει συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών και της ψυχολογικής ευεξίας των εφήβων με ΙΦΝΕ στην Ελλάδα.

Συστήνεται η διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών μεγαλύτερου δείγματος ώστε να εξασφαλιστεί η (πλήρης) εξομοίωση (matching) των ασθενών με τους μάρτυρες. Για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων αναφορικά με τη συσχέτιση της ανασφαλούς προσκόλλησης με τις ΙΦΝΕ σε εφήβους απαιτείται η διεξαγωγή περισσότερων, καλά οργανωμένων μελετών με παράλληλη εξασφάλιση των κατάλληλων οργάνων μέτρησης της προσκόλλησης σε εφήβους.

Οι κλινικές προεκτάσεις της παρούσας έρευνας είναι η ανάγκη ανάπτυξης προληπτικών και θεραπευτικών στρατηγικών που να εμπερικλείουν τις συναισθηματικές δυσκολίες των εφήβων με ΙΦΝΕ και με ΛΓΔ και να είναι ευαισθητοποιημένες στις διαταραχές του συναισθηματικού δεσμού αν και εφόσον αυτές ενδιαφέρουν.

Είναι λογικό να υποτεθεί ότι χρόνιες ασθένειες όπως οι ΙΦΝΕ, μπορεί να επιφέρουν στους ασθενείς την εκδήλωση των τυπικών χαρακτηριστικών της ανασφαλούς προσκόλλησης, συμπεριλαμβανομένων του αισθήματος φόβου και της προσωπικής ευθραυστότητας, του άγχους εγκατάλειψης και των εξαρτητικών τάσεων (Agostini et al., 2010). Όπως επισήμαναν και οι Hunter και Maunder (2001), η ασθένεια είναι η κατεξοχήν κατάσταση που ενεργοποιεί τέτοιας ποιότητας στρες, το οποίο με τη σειρά του προκαλεί συμπεριφορές προσκόλλησης. Καθώς οι τελευταίες εδράζονται στα πιο διαρκή πρότυπα προσκόλλησης ή εσωτερικευμένα

λειτουργικά μοντέλα κατά Bowlby, είναι πολύ πιθανό οι διαταραχές του συναισθηματικού δεσμού να έχουν ιδιαίτερη κλινική αξία για την πολυεπίπεδη στήριξη των ασθενών με ΙΦΝΕ.

Ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν την αξία της ψυχοθεραπείας στην θεραπεία της κατάθλιψης σε παιδιατρικούς ασθενείς με ΙΦΝΕ. Σύμφωνα με κλινική μελέτη των Szigethy et al. (2015) σε 161 παιδιά και εφήβους με νόσο του Crohn, τόσο η γνωσιακή-συμπεριφορική όσο και η μη κατευθυντική υποστηρικτική θεραπεία, βρέθηκε να συμβάλλουν, με την πάροδο του χρόνου, στην μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Μάλιστα, χάρη στην πρώτη, παρατηρήθηκε και σημαντική βελτίωση του δείκτη δραστηριότητας της νόσου στους ασθενείς που δε λάμβαναν στεροειδή. Τα ως άνω συμφωνούν με πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με στόχο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εστιασμένης στις ΙΦΝΕ γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας στη μείωση υποκλινικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (van den Brink et al., 2016). Η τελευταία κατέγραψε μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης ή/και άγχους έπειτα από διάστημα 3 μηνών καθώς και παρατεταμένη ύφεση της δραστηριότητας των ΙΦΝΕ, η οποία άγγιζε τους 12 μήνες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβαγιανού, Π. (2003). *Η σχέση του δεσμού παιδιού-γονέων με την κατάθλιψη και ο ρόλος της προσωπικότητας ως ενδιάμεσος παράγοντας*. Διδακτορική διατριβή, Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.
- Agostini, A., Rizzello, F., Ravegnani, G., Gionchetti, P., Tambasco, R., Ercolani, M., & Campieri, M. (2010). Parental bonding and inflammatory bowel disease. *Psychosomatics*, 51(1), 14-21.
- Agostini, A., Rizzello, F., Ravegnani, G., Gionchetti, P., Tambasco, R., Straforini, G., . . . Campieri, M. (2010). Adult attachment and early parental experiences in patients with Crohn's disease. *Psychosomatics*, 51(3), 208-215.
- Agostini, A., Filippini, N., Cevolani, D., Agati, R., Leoni, C., Tambasco, R., . . . Campieri, M. (2011). Brain functional changes in patients with ulcerative colitis: A functional magnetic resonance imaging study on emotional processing. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17(8), 1769-1777.
- Agostini, A., Moretti, M., Calabrese, C., Rizzello, F., Gionchetti, P., Ercolani, M., & Campieri, M. (2014). Attachment and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *International Journal of Colorectal Disease*, 29(10), 1291-1296.
- Agostini, A., Spuri Fornarini, G., Ercolani, M., & Campieri, M. (2016). Attachment and perceived stress in patients with ulcerative colitis, a case-control study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 561-567.
- Abautret-Daly, A., Dempsey, E., Parra-Blanco, A., Medina, C., & Harkin, A. (2018). Gut-brain actions underlying comorbid anxiety and depression associated with inflammatory bowel disease. *Acta Neuropsychiatrica*, 30(5), 275-296.

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Alexander, F., & French, T. M. (1948). *Studies in Psychosomatic medicine; an approach to the cause and treatment of vegetative disturbances*. Oxford: Ronald Press.
- Alexander, F., French T.M. & Pollock G.H. (1968). *Psychosomatic Specificity*. Chicago: University of Chicago Press.
- Belsky J., Rosenberger K. & Crnic K. (1995). The origins of attachment security: “Classical” and contextual determinants. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bonaz, B. L., & Bernstein, C. N. (2013). Brain-gut interactions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 144(1), 36-49.
- Bosch, J. A., Turkenburg, M., Nazmi, K., Veerman, E. C. I., De Geus, E. J. C., & Nieuw Amerongen, A. V. (2003). Stress as a determinant of saliva-mediated adherence and coadherence of oral and nonoral microorganisms. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 604-612.

- Brooks, A. J., Rowse, G., Ryder, A., Peach, E. J., Corfe, B. M., & Lobo, A. J. (2016). Systematic review: Psychological morbidity in young people with inflammatory bowel disease – risk factors and impacts. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 44(1), 3-15.
- Ciechanowski, P., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 660-667.
- Claar, R. L., & Walker, L. S. (2006). Functional assessment of pediatric pain patients: Psychometric properties of the Functional Disability Inventory. *Pain*, 121(1-2), 77- 84.
- Cohen, L. J., Ardalan, F., Tanis, T., Halmi, W., Galynker, I., Von Wyl, A., & Hengartner, M. P. (2017). Attachment anxiety and avoidance as mediators of the association between childhood maltreatment and adult personality dysfunction. *Attachment and Human Development*, 19(1), 58-75.
- Cornaggia, M., Leutner, M., Mescoli, C., Sturniolo, G. C., & Gullotta, R. (2011). Chronic idiopathic inflammatory bowel diseases: The histology report. *Digestive and Liver Disease*, 43(SUPPL. 4), S293-S303.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L., & Verstraeten, K. (2003). The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): A preliminary validation. *Pain*, 104(3), 639-646.
- Crowell, J. A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4(3), 294-327.
- Cuffari, C. (2009). Diagnostic Considerations in Pediatric Inflammatory Bowel Disease Management. *Gastroenterology & Hepatology*, 5(11), 775-783.

- Δασκάλου, Β. (2006). *Προσκόλληση εφήβων και νεαρών ενηλίκων: επιπτώσεις στην αυτο-αντίληψη και στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις*. (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα.
- Δαφέρμος, Μ. (2010). *Το ιστορικό γίνεσθαι της Ψυχολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Do, J., & Woo, J. (2018). From gut to brain: Alteration in inflammation markers in the brain of dextran sodium sulfate-induced colitis model mice. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(4), 422-433.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the rome III process. *Gastroenterology*, 130(5), 1377-1390.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279.e2.
- Dunbar, F.H. (1948). *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Paul B Hoeber.
- Dunbar, F. H. (1955). *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*. New York: Random House (Αρχική δημοσίευση 1947).
- Feldman, R. S. (2009). Εξελικτική ψυχολογία: δια βίου ανάπτυξη. Τόμος Α' (επιμ. Η. Μπεζεβέγκης). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Ford, A. C., Quigley, E. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., . . . Moayyedi, P. (2014). Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: Systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, 109(9), 1350-1365; quiz 1366.

- Giannakopoulos, G., Chouliaras, G., Margoni, D., Korlou, S., Hantzara, V., Panayotou, I., ... Anagnostopoulos, D. C. (2016). Stressful life events and psychosocial correlates of pediatric inflammatory bowel disease activity. *World Journal of Psychiatry*, 6(3), 322–328.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry*, 8, 20.
- Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 38(5), 581-586.
- Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, T., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). Parental catastrophizing about their child's pain. the parent version of the pain catastrophizing scale (PCS-P): A preliminary validation. *Pain*, 123(3), 254-263.
- Greenley, R. N., & Cunningham, C. (2009). Parent quality of life in the context of pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(2), 129-136.
- Greenley, R. N., Hommel, K. A., Nebel, J., Raboin, T., Li, S. -, Simpson, P., & MacKner, L. (2010). A meta-analytic review of the psychosocial adjustment of youth with inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(8), 857-869.
- Gracie, D.J., Guthrie, E.A., Hamlin P.J. & Ford, A.C. (2018). Bi-directionality of Brain–Gut Interactions in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*, 154 (6), 1635-1646.e3.
- Guilfoyle, S. M., Gray, W. N., Herzer-Maddux, M., & Hommel, K. A. (2014). Parenting stress predicts depressive symptoms in adolescents with inflammatory bowel disease. *Journal of Nursing Administration*, 44(7-8), 964-971.

- Guttmann-Steinmetz, S., & Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440-451.
- Herzer, M., Denson, L. A., Baldassano, R. N., & Hommel, K. A. (2011). Patient and parent psychosocial factors associated with health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52(3), 295-299.
- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23(4), 177-182.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., & Lundervold, A. J. (2009). Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: Results from a large-scale population study. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 527-533.
- Kappelman, M. D., Moore, K. R., Allen, J. K., & Cook, S. F. (2013). Recent trends in the prevalence of crohn's disease and ulcerative colitis in a commercially insured US population. *Digestive Diseases and Sciences*, 58(2), 519-525.
- Karwowski, C. A., Keljo, D., & Szigethy, E. (2009). Strategies to improve quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15(11), 1755-1764.
- Koloski, N. A., Jones, M., Kalantar, J., Weltman, M., Zaguirre, J., & Talley, N. J. (2012). The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*, 61(9), 1284–1290.

- Kountouras, J., Polyzos, S.A. & Deretzi, G. (2018). Multiple Bidirectionality Brain–Gut Interactions in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*, 155(5), 1651-1652.
- Laird, K. T., Sherman, A. L., Smith, C. A., & Walker, L. S. (2015). Validation of the Abdominal Pain Index Using a Revised Scoring Method. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(5), 517-525.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lee, H., Westerhoff, M., Shen, B., & Liu, X. (2016). Clinical aspects of idiopathic inflammatory bowel disease: A review for pathologists. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 140(5), 413-428.
- Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. A., Francisconi, C., Drossman, D. A., & Creed, F. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1447-1458.
- Loreaux, K. L., Gray, W. N., Denson, L. A., & Hommel, K. A. (2015). Health-related quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease: The relation of parent and adolescent depressive symptoms. *Children's Health Care*, 44(2), 119-135.
- Mackner, L. M., & Crandall, W. V. (2006). Brief report: Psychosocial adjustment in adolescents with inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(3), 281-285.
- Mackner, L. M., Crandall, W. V., & Szigethy, E. M. (2006). Psychosocial functioning in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 12(3), 239-244.

- Mărginean, C. O., Meliț, L. E., Mocanu, S., & Mărginean, M. O. (2017). Inflammatory bowel diseases: A burden in pediatrics. *Medicine (United States)*, 96(11).
- Márta, F., & Éva, S. Z. (2017). Cultural differences in attachment. [A kötődés kulturális különbségei] *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(1), 27-45.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 556-567.
- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: New insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, 54(10), 1481-1491.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1988). Recalled Parent-Child relations and adult personality. *Journal of Personality*, 56(2), 417-434.
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 407-429.
- Mikocka-Walus, A., & Knowles, S. R. (2018). Editorial: Anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 48(6), 686-687.
- Nash, S. S., Kent, L. K., & Muskin, P. R. (2009). Psychodynamics in medically ill patients. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(6), 389-397.
- Neurath, M. F. (2014). Cytokines in inflammatory bowel disease. *Nature Reviews Immunology*, 14(5), 329-342.
- Νικολαΐδης, Δ. & Benedetti, G. (1990). *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Θεσσαλονίκη: Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

- Oliveira, S. B., & Monteiro, I. M. (2017). Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children. *BMJ (Online)*, 357.
- Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (2012). *Ο δεσμός της αγάπης: Στοιχεία της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού μέσα από τη νεοψυχαναλυτική σκέψη*. Αθήνα: Πεδίο.
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: Psychometric properties reviewed. *Psychiatric Developments*, 7(4), 317-335.
- Parker, G, Tupling, M & Brown, L.B (1979). *A Parental Bonding Instrument*. British Journal of Medical Psychology, 52: 1-10.
- Powell, R. C. (1977). Helen Flanders Dunbar (1902-1959) and a holistic approach to psychosomatic problems. I. the rise and fall of a medical philosophy. *Psychiatric Quarterly*, 49(2), 133-152.
- Reid, G., & Carey, F. A. (2011). Pathology of idiopathic inflammatory bowel disease. *Surgery*, 29(8), 362-365.
- Roche, J., & Harmon, D. (2017). Exploring the facets of empathy and pain in clinical practice: A review. *Pain Practice*, 17(8), 1089-1096.
- Schulte, I. E., Petermann, F., & Noeker, M. (2010). Functional abdominal pain in childhood: From etiology to maladaptation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(2), 73-86.
- Shelby, G. D., Shirkey, K. C., Sherman, A. L., Beck, J. E., Haman, K., Shears, A. R., . . . Walker, L. S. (2013). Functional abdominal pain in childhood and long-term vulnerability to anxiety disorders. *Pediatrics*, 132(3), 475-482.
- Stapersma, L., van den Brink, G., Szigethy, E. M., Escher, J. C., & Utens, E. M. W. J. (2018). Systematic review with meta-analysis: Anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 48(5), 496-506.

- Szigethy, E., Youk, A. O., Gonzalez-Heydrich, J., Bujoreanu, S. I., Weisz, J., Fairclough, D., . . . Demaso, D. R. (2015). Effect of 2 psychotherapies on depression and disease activity in pediatric Crohn's disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(6), 1321-1328.
- Szigethy, E., Levy-Warren, A., Whitton, S., Bousvaros, A., Gauvreau, K., Leichtner, A. M., & Beardslee, W. R. (2004). Depressive symptoms and inflammatory bowel disease in children and adolescents: A cross-sectional study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 39(4), 395-403.
- Taché, Y., & Bonaz, B. (2007). Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function. *Journal of Clinical Investigation*, 117(1), 33-40.
- Tait, R. C. (2008). Empathy: Necessary for effective pain management? *Current Pain and Headache Reports*, 12(2), 108-112.
- Tarabulsky, G. M., Provost, M. A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D. R., . . . Pierce, T. (2009). Validation of a short version of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother-infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 132-136.
- Targownik, L. E., Sexton, K. A., Bernstein, M. T., Beatie, B., Sargent, M., Walker, J. R., & Graff, L. A. (2015). The Relationship Among Perceived Stress, Symptoms, and Inflammation in Persons With Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 110(7), 1001–1012.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and Contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.

- Tremblay, I., & Sullivan, M. J. L. (2010). Attachment and pain outcomes in adolescents: The mediating role of pain catastrophizing and anxiety. *Journal of Pain*, 11(2), 160-171.
- Tsaousis, I., Mascha, K., & Giovazolias, T. (2012). Can parental bonding be assessed in children? factor structure and factorial invariance of the parental bonding instrument (PBI) between adults and children. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 238-253.
- van den Brink, G., Stapersma, L., Marroun, H. E., Henrichs, J., Szigethy, E. M., Utens, E. M., & Escher, J. C. (2016). Effectiveness of disease-specific cognitive-behavioural therapy on depression, anxiety, quality of life and the clinical course of disease in adolescents with inflammatory bowel disease: Study protocol of a multicentre randomised controlled trial (HAPPY-IBD). *BMJ Open Gastroenterology*, 3(1).
- van den Brink, G., Stapersma, L., Vlug, L. E., Rizopolous, D., Bodelier, A. G., van Wering, H., . . . Escher, J. C. (2018). Clinical disease activity is associated with anxiety and depressive symptoms in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 48(3), 358-369.
- van Tilburg, M. A. L., Claar, R. L., Romano, J. M., Langer, S. L., Drossman, D. A., Whitehead, W. E., . . . Levy, R. L. (2017). Psychological factors may play an important role in pediatric crohn's disease symptoms and disability. *Journal of Pediatrics*, 184, 94-100.e1.
- Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Patient Populations. *Medical Care*, 39(8), 800-812.

- Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A., & Claar, R. L. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 85-91.
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D., & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachment and Human Development*, 4(2), 230-242.
- Wood, B., Watkins, J. B., Boyle, J. T., Nogueira, J., Zimand, E., & Carroll, L. (1989). The "Psychosomatic family" model: An empirical and theoretical analysis. *Family Process*, 28(4), 399-417.
- Young, E. S., Simpson, J. A., Griskevicius, V., Huelsnitz, C. O., & Fleck, C. (2017). Childhood attachment and adult personality: A life history perspective. *Self and Identity*, , 1-17. Advance online publication. Retrieved April 25, 2018.
doi:10.1080/15298868.2017.1353540

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Αγαπητέ Γονέα/ Κηδεμόνα,

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στην επιστημονική μελέτη με τίτλο: Σκέψεις και συναισθήματα παιδιών με γαστρεντερολογικά προβλήματα. Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μας εργασίας στο μεταπτυχιακό της «Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Το θέμα της μελέτης μας αφορά τις σκέψεις και τα συναισθήματα παιδιών και εφήβων με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του Εντέρου, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία και άλλα γαστρεντερολογικά προβλήματα που συχνά επηρεάζουν τα παιδιά.

Σκοπός της μελέτης, η οποία έχει εγκριθεί από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», είναι να αξιολογήσουμε τις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών και των εφήβων στην καθημερινότητά τους.

Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή προϋποθέτει τη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων από εσάς και το παιδί σας.

Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα διατηρηθούν ανώνυμες και απόρρητες.

Η συμμετοχή σας θα συνεισφέρει σημαντικά στην προσπάθεια όλων μας να βοηθήσουμε ουσιαστικά τα παιδιά μας.

Αν θέλετε να μάθετε περισσότερα για την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στα: kalavrisalex@med.uoa.gr και danaemav@med.uoa.gr.

Αλέξανδρος Καλαβρής, Δανάη Μαυραγάνη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

Δηλώνω ότι διάβασα τα παραπάνω και συμφωνώ να συμμετάσχει το παιδί μου, στην παρούσα μελέτη.

Ονοματεπώνυμο Γονέα/ Κηδεμόνα:.....

Ονοματεπώνυμο Εφήβου:.....

Ημερομηνία:...../...../...



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Αγαπητέ έφηβε,

Πολλές φορές οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν γαστρεντερολογικά προβλήματα έχουν κάποιες δυσκολίες. Θα θέλαμε να μοιραστείς μαζί μας τη δική σου άποψη ώστε να μάθουμε περισσότερα για τον τρόπο που οι έφηβοι αντιμετωπίζουν τέτοιες οργανικές δυσκολίες.

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μας εργασίας στο μεταπτυχιακό της «Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων», της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Το θέμα της μελέτης μας αφορά τις σκέψεις και τα συναισθήματα παιδιών και εφήβων με Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσους του εντέρου, δυσκοιλιότητα, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία και άλλα γαστρεντερολογικά προβλήματα που συχνά επηρεάζουν τα παιδιά.

Σκοπός της μελέτης, που έχει εγκριθεί από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία», είναι να αξιολογήσουμε τις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών και των εφήβων στην καθημερινότητα τους.

Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή προϋποθέτει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου.

Οι πληροφορίες που θα δώσεις θα διατηρηθούν ανώνυμες και απόρρητες.

Η συμβολή σου είναι πολύ σημαντική γιατί θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε πώς νιώθεις.

Αν θέλεις να μάθεις περισσότερα για την έρευνα μπορείς να επικοινωνήσεις μαζί μας στα:

kalavrisalex@med.uoa.gr και danaemav@med.uoa.gr.

Αλέξανδρος Καλαβρής, Δανάη Μαυραγάνη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΟΥ

Δηλώνω ότι διάβασα τα παραπάνω και συμφωνώ να συμμετάσχω στην παρούσα μελέτη.

Ονοματεπώνυμο Εφήβου:.....

Ημερομηνία:...../...../...

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΑΣ

Βάλτε √ ή x σε ένα από τα κουτάκια κάθε ερώτησης. Συμπληρώστε τα κενά διαστήματα όπου χρειάζεται.

1. Ονομασία ασθένειας: _____

2. Έτος και μήνας έναρξης ασθένειας: _____

3. Έχει το παιδί σας εισαχθεί στο νοσοκομείο λόγω της ασθένειάς του;

☐

Ναι

Όχι

☐

Εάν ναι, πόσες φορές;

4. Έχει το παιδί σας υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση λόγω της ασθένειάς του;

☐

Ναι

Όχι

☐

Εάν ναι, πόσες φορές;

5. Ποια φαρμακευτική αγωγή λαμβάνει το παιδί κατά το τελευταίο έτος;

Ονομασία φαρμάκου

Δοσολογία

6. Νοσεί το παιδί σας από κάποια άλλη ασθένεια;

☐

Ναι

Όχι

☐

Εάν ναι, ποια είναι η ονομασία αυτής της ασθένειας;

7. Έχει νοσήσει κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας από τις παρακάτω ασθένειες;

Νόσος Crohn

☐

Ελκώδης Κολίτιδα

☐

Άλλη ασθένεια (σημειώστε παρακάτω την ονομασία της)

Εάν ναι, για ποιο μέλος της οικογένειας πρόκειται;

Ερωτηματολόγιο μέτρησης κοιλιακού άλγους του παιδιού σας

Παρακαλώ κυκλώστε τη σωστή απάντηση

1) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πόσο συχνά είχε το παιδί σας πόνο στην κοιλιά;

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 0. Καθόλου | 3. Πέντε ή έξι ημέρες |
| 1. Μία ή δύο ημέρες | 4. Τις περισσότερες ημέρες |
| 2. Τρεις ή τέσσερις ημέρες | 5. Κάθε ημέρα |

2) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πόσες φορές την ημέρα πονούσε συνήθως το παιδί σας;

- | | |
|--------------------------------|---|
| 0. Καμία | 3. Τέσσερις ή πέντε φορές την ημέρα |
| 1. Μία φορά την ημέρα | 4. Έξι ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας |
| 2. Δύο ή τρεις φορές την ημέρα | 5. Μονίμως κατά τη διάρκεια της ημέρας |

3) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όταν πονούσε η κοιλιά του παιδιού σας, πόσο διαρκούσε ο πόνος;

- | | |
|-----------------------------|--|
| 0. Καθόλου πόνος | 5. Τρεις ή τέσσερις ώρες |
| 1. Λίγα λεπτά | 6. Πέντε ή έξι ώρες |
| 2. Περίπου μισή ώρα | 7. Το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας |
| 3. Περίπου μία ώρα | 8. Όλη την ημέρα (δε σταματάει ποτέ εντελώς) |
| 4. Μεταξύ μίας και δύο ωρών | |

4) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες,
όταν πονούσε η κοιλιά του παιδιού
σας, πόσο πονούσε συνήθως;

Ο μέγιστος δυνατός πόνος

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Καθόλου πόνος

5) Ποιο είναι το περισσότερο που
πόνεσε η κοιλιά του παιδιού σας
τις τελευταίες δύο εβδομάδες;

Ο μέγιστος δυνατός πόνος

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Καθόλου πόνος

Ερωτηματολόγιο μέτρησης κοιλιακού άλγους

Παρακαλώ κύκλωσε τη σωστή απάντηση

1) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πόσο συχνά είχες πόνο στην κοιλιά;

0. Καθόλου

1. Μία ή δύο ημέρες

2. Τρεις ή τέσσερις ημέρες

3. Πέντε ή έξι ημέρες

4. Τις περισσότερες ημέρες

5. Κάθε ημέρα

2) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, πόσες φορές την ημέρα πονούσες συνήθως;

0. Καμία

1. Μία φορά την ημέρα

2. Δύο ή τρεις φορές την ημέρα

3. Τέσσερις ή πέντε φορές την ημέρα

4. Έξι ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας

5. Μονίμως κατά τη διάρκεια της ημέρας

3) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, όταν πονούσε η κοιλιά σου, πόσο διαρκούσε ο πόνος;

0. Καθόλου πόνος

1. Λίγα λεπτά

2. Περίπου μισή ώρα

3. Περίπου μία ώρα

4. Μεταξύ μίας και δύο ωρών

5. Τρεις ή τέσσερις ώρες

6. Πέντε ή έξι ώρες

7. Το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας

8. Όλη την ημέρα (δε σταματάει ποτέ εντελώς)

4) Τις τελευταίες δύο εβδομάδες,
όταν πονούσε η κοιλιά σου,
πόσο πονούσε συνήθως;

Ο μέγιστος δυνατός πόνος

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Καθόλου πόνος

5) Ποιο είναι το περισσότερο
που πόνεσε η κοιλιά σου τις
τελευταίες δύο εβδομάδες;

Ο μέγιστος δυνατός πόνος

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Καθόλου πόνος

**Ερωτηματολόγιο σκέψεων και συναισθημάτων σχετικά με τον πόνο
του παιδιού σας**

Μας ενδιαφέρουν οι σκέψεις και τα συναισθήματα που έχετε όταν το παιδί σας πονάει. Παρακάτω υπάρχουν 13 προτάσεις διαφορετικών σκέψεων και συναισθημάτων. Παρακαλώ κυκλώστε, κάτω από κάθε πρόταση, τη λέξη που αντανακλά καλύτερα πόσο έντονα έχετε κάθε σκέψη όταν πονάει το παιδί σας.

1) Όταν πονάει το παιδί μου, ανησυχώ όλη την ώρα για το εάν θα σταματήσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

2) Όταν πονάει το παιδί μου, νιώθω ότι δεν μπορώ να συνεχίσω έτσι για πολύ ακόμα

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

3) Όταν πονάει το παιδί μου, είναι τρομερό και σκέφτομαι ότι δε θα καλυτερεύσει ποτέ

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

4) Όταν πονάει το παιδί μου, είναι απαίσιο και νιώθω πως με καταβάλλει

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

5) Όταν πονάει το παιδί μου, δεν μπορώ να το αντέξω άλλο

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

6) Όταν πονάει το παιδί μου, φοβάμαι ότι ο πόνος θα γίνει χειρότερος.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

7) Όταν πονάει το παιδί μου, σκέφτομαι συνεχώς άλλα επίπονα γεγονότα

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

8) Όταν πονάει το παιδί μου, θέλω να περάσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

9) Όταν πονάει το παιδί μου, δεν μπορώ να το βγάλω από το μυαλό μου

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

10) Όταν πονάει το παιδί μου, σκέφτομαι συνεχώς πόσο πολύ υποφέρει

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

11) Όταν πονάει το παιδί μου, σκέφτομαι συνεχώς πόσο πολύ θέλω να σταματήσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

12) Όταν πονάει το παιδί μου, δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να σταματήσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

13) Όταν πονάει το παιδί μου, αναρωτιέμαι αν ενδέχεται να συμβεί κάτι σοβαρό.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

Ερωτηματολόγιο σκέψεων και συναισθημάτων κατά τη διάρκεια του πόνου

Μας ενδιαφέρει το τι σκέφτεσαι και πόσο δυνατά είναι τα συναισθήματά σου όταν πονάς. Παρακάτω υπάρχουν 13 προτάσεις διαφορετικών σκέψεων και συναισθημάτων που μπορεί να έχεις όταν πονάς. Προσπάθησε να μας δείξεις όσο το δυνατόν πιο καθαρά αυτό που σκέφτεσαι και αισθάνεσαι, κυκλώνοντας κάτω από κάθε πρόταση, τη λέξη που αντανακλά καλύτερα πόσο έντονα έχεις κάθε σκέψη .

1) Όταν πονάω, ανησυχώ όλη την ώρα για το εάν θα σταματήσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

2) Όταν πονάω, νιώθω ότι δεν μπορώ να συνεχίσω έτσι για πολύ ακόμα

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

3) Όταν πονάω, ο πόνος είναι τρομερός και σκέφτομαι ότι δε θα καλυτερεύσει ποτέ

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

4) Όταν πονάω, είναι απαίσιο και αισθάνομαι ότι ο πόνος με ξεπερνάει/κυριεύει

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

5) Όταν πονάω, δεν μπορώ να αντέξω άλλο τον πόνο

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

6) Όταν πονάω, φοβάμαι ότι ο πόνος θα γίνει χειρότερος.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

7) Όταν πονάω, σκέφτομαι συνεχώς άλλες καταστάσεις που πονούσα πολύ

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

8) Όταν πονάω, θέλω να περάσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

9) Όταν πονάω, δεν μπορώ να βγάλω τον πόνο από το μυαλό μου

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

10) Όταν πονάω, σκέφτομαι συνεχώς πόσο πολύ πονάω.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

11) Όταν πονάω, σκέφτομαι συνεχώς πόσο πολύ θέλω να σταματήσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

12) Όταν πονάω, δεν μπορώ να κάνω τίποτα για να σταματήσει ο πόνος

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

13) Όταν πονάω, αναρωτιέμαι αν θα μου συμβεί κάτι σοβαρό.

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
---------	------	--------	------	-----------

Βιοχημικοί Δείκτες:

Αιματοκρίτης:

Αιμοπετάλια:

Φερριτίνη:

Αλβουμίνη:

Καλπροτεκτίνη:

Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών:

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Αγαπητέ Γονέα/ Κηδεμόνα,

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε στην επιστημονική μας μελέτη που αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα παιδιών και εφήβων με ή χωρίς γαστρεντερικές διαταραχές. Σκοπός της έρευνας είναι η κατανόηση της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής τους των παιδιών και εφήβων.

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μας εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Η συμμετοχή σας προϋποθέτει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου από εσάς και ενός από το παιδί σας. Η συμπλήρωσή τους θα πραγματοποιηθεί εκτός του σχολικού προγράμματος και διαρκεί περίπου δεκαπέντε λεπτά.

Η συνεισφορά σας είναι σημαντική καθώς θα συμβάλλει στην προσπάθεια όλων μας να βοηθήσουμε ουσιαστικά τα παιδιά μας.

Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα διατηρηθούν ανώνυμες και απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι προαιρετική και διατηρείτε το δικαίωμα αποχώρησης από αυτή σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Αλέξανδρος Καλαβρής, Δανάη - Ευαγγελία Μαυραγάνη

Αν θέλετε να πάρετε περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας στο: kalavrisalex@med.uoa.gr ή με τον Επιβλέποντα Καθηγητή κ. Κολαϊτή (Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ): gkolaitis@med.uoa.gr.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι την δική μου συμμετοχή και την συμμετοχή του παιδιού μου στην έρευνα. Το παιδί μου και εγώ διατηρούμε το δικαίωμα να αποσυρθούμε από τη διαδικασία της έρευνας σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Γονέα ή Κηδεμόνα

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ

Αγαπητέ μαθητή,

Σε προσκαλούμε να συμμετάσχεις στην έρευνά μας η οποία διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μας εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων», της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ. Η εργασία μας αφορά στις σκέψεις και τα συναισθήματα παιδιών και εφήβων με ή χωρίς γαστρεντερικές διαταραχές.

Η συμμετοχή σου προϋποθέτει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου, η συμπλήρωση του οποίου δε διαρκεί πάνω από 15 λεπτά. Οι πληροφορίες που θα μας δώσεις είναι ανώνυμες και απόρρητες. Αυτό σημαίνει ότι δεν θα σου ζητηθεί να γράψεις το όνομά σου στο ερωτηματολόγιο.

Η συμβολή σου είναι πολύ σημαντική καθώς θα μας βοηθήσεις να μάθουμε περισσότερα για τις σκέψεις και τα συναισθήματα των μαθητών της δικής σου ηλικίας.

Η συμμετοχή σου είναι προαιρετική και διατηρείς το δικαίωμα αποχώρησης από αυτή σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σου.

Αλέξανδρος Καλαβρής, Δανάη - Ευαγγελία Μαυραγάνη

Δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Διατηρώ το δικαίωμα να αποσυρθώ από τη διαδικασία της έρευνας σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

Ημερομηνία:

Υπογραφή Μαθητή