



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*“Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική:
Κλινική Πράξη και Έρευνα”*

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Ψυχική υγεία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά”

Μαρία Κητηλή

A.M.: 283580804137

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Ευαγγελία Χαρμανδάρη (Επιβλέπουσα)

*Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Α' Παιδιατρική Κλινική,
Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
Παίδων "Η Αγία Σοφία".*

Γεράσιμος Κολαΐτης

*Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Παιδοψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία"*

Φλώρα Μπακοπούλου

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Εφηβικής Ιατρικής, Α' Παιδιατρική
Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία".*

ΑΘΗΝΑ

Ιούνιος 2021



HELLENIC REPUBLIC

**National and Kapodistrian
University of Athens**

— EST. 1837 —

**School of Health Sciences
Department of Medicine**

MASTER PROGRAM IN

***“General Pediatrics and Pediatric Subspecialties:
Clinical Practice and Research”***

MASTER THESIS

“Mental Health in overweight and obese children”

Maria Kitili

Register Number: 283580804137

Examining Board Members

Evangelia Charmandari (Main Supervisor)

*Professor of Pediatrics – Pediatric Endocrinology, National and Kapodistrian
University of Athens Medical School*

Gerasimos Kolaitis

*Professor of Child Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens
Medical School*

Flora Bacopoulou

*Associate Professor of Pediatric and Adolescent Medicine, National and
Kapodistrian University of Athens Medical School*

**Athens
June 2021**

© 2020

Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)

Μαρία Κητηλή, παιδίατρος

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. “ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ” αποτελεί συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και της φοιτήτριας, η καθεμία από τις οποίες έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και την συγγραφέα και το ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε η Διπλωματική Εργασία καθώς και τον Επιβλέποντα και την άλλα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη Διπλωματική Εργασία με τίτλο:

“Ψυχική υγεία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά”

για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του Π.Μ.Σ. “ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ”, της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Η εργασία αυτή αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος.

Κατά τη συγγραφή, ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Σε κάθε περίπτωση, αναληθούς ή ανακριβούς δηλώσεως, υπόκειμαι στις συνέπειες που προβλέπονται στον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα, και στις διατάξεις που προβλέπει η Ελληνική και Κοινοτική Νομοθεσία περί πνευματικής ιδιοκτησίας».

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Υπογραφή:

Ονοματεπώνυμο: Μαρία Κητηλή

Αριθμός Μητρώου: 283580804137

Αφιερωμένο στο σύζυγό μου και στη μονάκριβη κόρη μας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την Καθηγήτρια κα. Ευαγγελία Χαρμανδάρη για τη συνεργασία μας, την πολύτιμη υποστήριξή της, την εξαιρετική επιστημονική της κατάρτιση και αρετή που τιμά με ήθος την ιατρική επιστήμη και έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΙΤΛΟΣ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΥΠΕΡΒΑΡΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και τα προβλήματα ψυχικής υγείας στους νέους έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό. Μελέτες δείχνουν αλληλεπιδράσεις και κοινές οδούς μεταξύ της παχυσαρκίας και των προβλημάτων ψυχικής υγείας στους νέους, υποδηλώνοντας ότι η επιτυχής θεραπεία θα πρέπει ιδανικά να στοχεύει σε κοινούς υποκείμενους μηχανισμούς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών με αυξημένο σωματικό βάρος στην Ελλάδα ένα χρόνο μετά τη χρήση ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και άσκησης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Μελετήθηκαν 111 ασθενείς, ηλικίας 6-15 ετών, με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) > 90η Ε.Θ. με τη χορήγηση ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας κατά την πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος και ένα χρόνο μετά την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Κατά την πρώτη επίσκεψη έγινε πλήρης κλινική εξέταση και εργαστηριακός έλεγχος των ασθενών, και δόθηκαν οδηγίες για σωστή διατροφή και άσκηση. Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν για τα παιδιά, το ανιχνευτικό εργαλείο για τις ανησυχίες που σχετίζονται με το άγχος του παιδιού (S.C.A.R.E.D.), το ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση της κατάθλιψης των παιδιών (C.D.I.) και η έκθεση αυτοαναφοράς των νέων (Y.S.R.), ενώ για τους γονείς χρησιμοποιήθηκε η λίστα ερωτήσεων ελέγχου συμπεριφοράς παιδιού (C.B.C.L.) και το ανιχνευτικό εργαλείο (S.C.A.R.E.D.).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης ο ΔΜΣ παρέμεινε σταθερός, ωστόσο υπήρξε βελτίωση των καρδιομεταβολικών δεικτών. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία στα ερωτηματολόγια SCARED και CDI στα παιδιά, ενώ από τη μεριά των γονέων, το ερωτηματολόγιο CBCL υπέδειξε σημαντικές μειώσεις στις βαθμολογίες των σωματικών ενοχλήσεων ($p=0.032$) και προβλημάτων ($p=0.006$). Σημαντικά χαμηλότερες ήταν οι βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο SCARED κατά τη διάρκεια των 12 μηνών της μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν τη σημασία ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και άσκησης στην μείωση των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου και στην βελτίωση της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων με αυξημένο βάρος σώματος.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ:

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: παιδική παχυσαρκία, παιδική κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή.

ABSTRACT

TITLE: MENTAL HEALTH IN OVERWEIGHT AND OBESE CHILDREN

BACKGROUND: Childhood obesity and mental health problems in young people have been recognized as important public health issues in the Greek population. Studies show interactions and commonalities between obesity and mental health problems in young people, suggesting that successful treatment should ideally target their common underlying mechanisms.

AIM: To evaluate physical and mental health problems of children and adolescents with overweight and obesity before and one year after the implementation of a personalized intervention program of healthy diet and physical exercise.

METHODOLOGY: One hundred eleven (n=111) children and adolescents, aged 6-15 years with body mass index (BMI) > 90th were studied prospectively before and one year after the implementation of a personalized intervention program of healthy diet and physical exercise. During the first visit, all patients underwent a full clinical examination and laboratory evaluation and were given advice on appropriate diet and exercise. To assess mental health, the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED), the questionnaire to detect child depression (CDI) and the report on youth self-report (YSR) were used, while for parents the Child Behavior Checklist (CBCL) and the screening tool SCARED-parent version were used.

RESULTS: During the follow-up, BMI remained constant, however there was a significant improvement in cardiometabolic risk factors. No statistically significant differences were observed in the SCARED and CDI scores in children, while the CBCL questionnaire showed significant reductions in body discomfort ($p = 0.032$) and somatic problem ($p = 0.006$) scores and significantly lower scores in the SCARED questionnaire during the 12 months of the study.

CONCLUSIONS: These findings indicate that the implementation of a personalized intervention program of diet and physical exercise for one year results in a significant improvement in cardiometabolic problems and mental health of children and adolescents with overweight and obesity.

SUBJECT AREA:

KEYWORDS: childhood obesity, childhood depression, anxiety disorders

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	(7)
ABSTRACT	(8)
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	(9)
ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ	(11)
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	(12)
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	(13)
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	(14)
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	(14)
1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	(15)
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	(16)
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	(17)
2.1. ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ	(18)
2.2. ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ	(21)
2.3. ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ	(23)
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	(24)
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ	(24)
3.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	(24)
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	(25)
4.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΈΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	(25)
4.1.1. ΑΡΧΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	(26)
4.1.1.1 Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό	
4.1.1.2 Ανθρωπομετρικά δεδομένα	
4.1.1.3 Αιματολογικός, Βιοχημικός και Ενδοκρινολογικός έλεγχος	
4.1.1.4 Ευαισθησία και αντίσταση στην ινσουλίνη	
4.1.1.5 Ψυχομετρικά εργαλεία και ερωτηματολόγια	
4.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	(29)
4.2.1. Screen for child anxiety related disorders (S.C.A.R.E.D)	(29)
4.2.2. Child behavior checklist (C.B.C.L)	(30)
4.2.3. Youth Self Report (Y.S.R.)	(31)
4.2.4. Children Depress Inventory (C.D.I.)	(32)
4.3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	(33)

4.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	(34)
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	(34)
5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	(34)
5.2. ΔΜΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ	(35)
5.3. ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	(35)
5.4. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	(35)
5.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	(36)
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	(37)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	(41)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	(48)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	(48)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	(57)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΈΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	(59)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	(61)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ελληνικοί όροι

ΔΜΣ Δείκτης Μάζας Σώματος

Ξενόγλωσσοι όροι

SCARED Child	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders -child version
SCARED Parent	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders -parent version
YSR	Youth Self Report
CDI	Children’s Depression Inventory
CBCL	Child Behavior CheckList
WHO	World Health Organism
ICD-10	International Classification of Diseases 10 th revision
DSM-IV	Diagnostic and Statistical manual of Mental diseases-4 th edition
SD	Standard Deviation
WHR	Waist Height Ratio
SEM	Standard Error of the Mean

ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ

Ελληνικός Όρος	Ξενόγλωσσος όρος
Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη	HbA1c
Ομοιοστατικό μοντέλο αξιολόγησης της αντίστασης στην ινσουλίνη	HOMA-IR
Δείκτης ελέγχου ποσοτικής ευαισθησίας στην ινσουλίνη	QUICKI
Γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση ορού	SGOT
Γλουταμινική πυροσταφυλική τρανσαμινάση ορού	SGPT
γ-Γλουταμυλ τρανσφεράση	γ-GT
Λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας	HDL
Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας	LDL
Απολιποπρωτεΐνη A1	ApoA1
Απολιποπρωτεΐνη B	ApoB
Λιποπρωτεΐνη α	Lpa
Παραθορμόνη	PTH
Ολική 25-υδροξυ Βιταμίνη D	25-OH-vitaminD
Ελεύθερη Θυροξίνη	FT4
Θυρεοειδοτρόπος Ορμόνη	TSH
αντισώματα κατά της Θυρεοσφαιρίνης	Anti-TG
αντισώματα κατά της Θυρεοειδικής Υπεροξειδάσης	Anti-TPO
Ινσουλινόμορφος Αυξητικός Παράγοντας 1	IGF1
Ινσουλινόμορφος Αυξητικός Παράγοντας -δεσμευτική πρωτεΐνη 3	IGF-BP3
θειική δεϋδροεπιανδροστερόνη	DHEA-s
Ωχρινοτρόπος Ορμόνη	LH
Ωοθυλακιοτρόπος Ορμόνη	FSH
Οιστραδιόλη	E2
Αδρενοκορτικοτρόπος Ορμόνη	ACTH
Δεσμευτική Σφαιρίνη Ορμονών Φύλου	SHBG
υψηλής ευαισθησίας C Αντιδρώσα Πρωτεΐνη	hsCRP
Αιμοσφαιρίνη	Hb
Αιματοκρίτης	Hct
Αριθμός Λευκών Αιμοσφαιρίων	WBC
Αριθμός Αιμοπεταλίων	PLT

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κλινικά Χαρακτηριστικά των ασθενών	(49)
Πίνακας 2. Βιοχημικές, Ενδοκρινολογικές και Αιματολογικές Παράμετροι	(50)
Πίνακας 3. Ερωτηματολόγια Αυτοαξιολόγησης Εφήβων (YSR), Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί - συμπληρωμένο από το παιδί (SCARED Child) και Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (CDI)	(53)
Πίνακας 4. Ερωτηματολόγια Παιδικής Συμπεριφοράς (CBCL) και Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί συμπληρωμένο από τον γονέα (SCARED Parent)	(55)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία και η κατάθλιψη, που έως πρόσφατα θεωρούνταν προβλήματα υγείας για ενήλικες, αναγνωρίζονται πλέον ως κοινό πρόβλημα στους νέους. Ήδη από το 1940, οι συγγραφείς άρχισαν να παρουσιάζουν ενδιαφέρον και να συζητούν την ψυχολογική λειτουργία των παχύσαρκων παιδιών και εφήβων και τις μακροχρόνιες επιπτώσεις τους (Bruch, 1940). Ειδικότερα, η παχυσαρκία στα παιδιά μπορεί να έχει αρνητικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες λόγω της νεαρής ηλικίας και της ιδιαίτερης ευαισθησίας του παιδιού, καθώς ο σχηματισμός ταυτότητας, η εικόνα του σώματος και η αυτοεκτίμηση αποτελούν σημαντικά ζητήματα σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Averett, 1999). Τα υπέρβαρα άτομα είναι περισσότερο πιθανό να βιώνουν αρνητικά στερεότυπα (Neumark-sztainer et al, 1999, Phillips, 1998). Τα υπέρβαρα παιδιά και οι έφηβοι με ή χωρίς συνυπάρχοντα ψυχιατρικά προβλήματα και θέματα κοινωνικοποίησης και αυτοεκτίμησης αποτελούν μια ειδική υποομάδα κινδύνου στον πληθυσμό εφήβων και χρειάζονται επομένως ειδικές παρεμβάσεις. Αν και η κύρια αιτία αυξημένου βάρους και παχυσαρκίας είναι γνωστή (δηλαδή η θερμιδική πρόσληψη που υπερβαίνει τις θερμιδικές δαπάνες), λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τις ψυχοκοινωνικές συνθήκες υπό τις οποίες είναι πιθανότερο να εμφανιστεί θερμιδική υπερκατανάλωση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Οι επιπλοκές της παχυσαρκίας είναι πολλές και ευθύνονται για ένα υψηλό ποσοστό των δαπανών της δημόσιας υγείας. Παραμένει ασαφές το εάν οι ψυχιατρικές διαταραχές και τα ψυχολογικά προβλήματα είναι μία αιτία ή η συνέπεια της παιδικής παχυσαρκίας ή εάν οι κοινές αιτίες προάγουν και τα δύο, την παχυσαρκία και τις ψυχιατρικές διαταραχές σε ευαίσθητα παιδιά και εφήβους (Ranklin et al, 2016). Η κατανόηση των κοινών βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνδέουν την καταθλιπτική διάθεση και την παχυσαρκία μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και τη θεραπεία και των δύο διαταραχών. Η ταυτοποίηση των ψυχοκοινωνικών συνηθειών της παιδικής παχυσαρκίας μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης, και μπορεί να επιτρέψει στους κλινικούς γιατρούς να

βοηθήσουν τα παιδιά και τους εφήβους. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι έφηβοι γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες. Το πρόβλημα της παχυσαρκίας απαιτεί έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση. Μια πολυδιάστατη ψυχοκοινωνική αξιολόγηση ενός παχύσαρκου εφήβου θα ενισχύσει την επιτυχία των στρατηγικών παρέμβασης στη θεραπεία της παχυσαρκίας. Για την αντιμετώπιση της νόσου είναι αναγκαίο να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και τη διαφύλαξη της ψυχικής υγείας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, ώστε να βελτιωθεί η υγεία των πολιτών της χώρας μας κατά την ενήλικη ζωή.

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία παραμένει μία από τις πιο προκλητικές παθολογικές καταστάσεις της σύγχρονης κοινωνίας μας. Ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών και των εφήβων αυξάνεται ραγδαία σε πολλές περιοχές του κόσμου. Εκτιμάται ότι περίπου 42 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών είναι υπέρβαρα παγκοσμίως, με 31 εκατομμύρια σε αναπτυσσόμενες χώρες (WHO, 2016). Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι η παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία συνεχίζει στην ενήλικη ζωή και αφορά όχι μόνο στην σωματική υγεία αλλά και την ψυχική. Η Ελλάδα κατέχει κυρίαρχη θέση όσον αφορά αυτό το ζήτημα, καθώς ο επιπολασμός της υπερβαρότητας και της παχυσαρκίας στους εφήβους αγγίζει το 41% στα αγόρια και το 24% στα κορίτσια (WHO, 2013). Πρόσφατη έρευνα στην Αμερική ανέδειξε ότι σε παιδιά με μέση ηλικία τα 5.6 έτη, το 14.9% ήταν υπέρβαρα και το 12.4% ήταν παχύσαρκα ενώ σε μέση ηλικία τα 14 έτη, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας άγγιζε το 20.8% (Solveig et al, 2014). Η παχυσαρκία μεταξύ των ηλικιών 5 και 14 ετών ήταν πιο πιθανό να εμφανιστεί σε νεαρότερες ηλικίες, κυρίως σε παιδιά που είχαν αυξήσει το βάρος τους από τη νηπιακή ηλικία (Solveig et al, 2014). Στην Ελλάδα υπολογίζεται ως επιπρόσθετο ετήσιο κόστος νοσηλείας έως 2 δισ. Ευρώ (World Obesity Federation, 2017).

1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Ο παγκόσμιος επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης στα παιδιά εκτιμάται σε 6.5% και 2.6%, αντίστοιχα και τα ποσοστά αυξάνονται (Polanczyk et al, 2015, Charlson et al, 2019). Έχει αναφερθεί ότι τα παιδιά με παχυσαρκία είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους φυσιολογικού βάρους (Quek et al, 2017, Esposito et al, 2014). Σε πρόσφατη έρευνα 11 μελετών στην Κίνα, σε δείγμα 17.894 παιδιών, ο επιπολασμός των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε υπέρβαρα παιδιά και εφήβους ήταν σημαντικά υψηλότερος από ότι σε παιδιά και εφήβους φυσιολογικού βάρους. Συγκεκριμένα τα ποσοστά για την κατάθλιψη κυμαίνονταν στο 21.7% έναντι 17.9% και για το άγχος στο 39.8% έναντι 13.9%. (Simeng et al, 2019). Σε αντίστοιχη μελέτη στην Σουηδία, σε δείγμα 12.507 παχύσαρκων νέων ηλικίας από 6 έως 17 ετών, τα κορίτσια στην ομάδα παχυσαρκίας είχαν 43% υψηλότερο κίνδυνο άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τα κορίτσια στο γενικό πληθυσμό και ο κίνδυνος σε παχύσαρκα αγόρια ήταν παρόμοιος (Lindeberg et al, 2020). Πολλές μελέτες σε κοινοτικούς και κλινικούς πληθυσμούς δείχνουν γενικά σημαντική συνέχεια των διαταραχών διάθεσης της παιδικής και κυρίως εφηβικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή (Κολαΐτης 2012). Αν κάποιος είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος σε ηλικία 8 ή 13 ετών διατρέχει τετραπλάσιο κίνδυνο μείζονος κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή (Gibson-Smith et al, 2020). Σε μελέτη ενήλικων στην Αγγλία με καταθλιπτικά συμπτώματα, η παχυσαρκία κυμαίνονταν σε ποσοστό 26-38% (Mulugeta et al, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.1. ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Το υπερβολικό βάρος και η κατάθλιψη συσχετίζονται στενά στα παιδιά, και μπορεί να εκδηλώνονται σε διαφορετικούς χρόνους ή το ένα να οδηγήσει στο άλλο. Γνωσιακοί και κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του προβλήματος (Atlantis, 2005, Roberts 2013, Frisco et al 2010).

Στα παιδιά που υποφέρουν από κατάθλιψη, τα συμπτώματα συχνά δεν παρουσιάζονται με καταθλιπτική διάθεση ή πραγματικά συμπτώματα κατάθλιψης, αλλά με σωματικά συμπτώματα που συγχέουν τη διάγνωση. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να εκδηλωθεί με τη μορφή επιθετικής συμπεριφοράς, θυμού, προβλημάτων συμπεριφοράς, εκφοβισμού και αντιφατικά συμπτώματα. Πολλοί από αυτούς μπορεί να έχουν ακόμη απομονωμένα ή λίγα συμπτώματα κατάθλιψης (Karounai, 2008). Τα κριτήρια κατάθλιψης περιλαμβάνουν την καταθλιπτική διάθεση, την ανηδονία, την κόπωση, τα συναισθήματα ενοχής ή αστάθειας, σκέψεις για θάνατο, καθώς και αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη ή την ψυχοκινητική δραστηριότητα. Προβλήματα με τον ύπνο, την όρεξη και την ψυχοκινητική δραστηριότητα μπορούν να συμβούν προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, δηλαδή άτομα μπορεί να εμφανίσουν αϋπνία ή υπνηλία, ανορεξία ή αυξημένη όρεξη, ψυχοκινητική καθυστέρηση ή διέγερση.

Σε μελέτη που περιελάμβανε 30 παχύσαρκους εφήβους και μία ομάδα ελέγχου 30 εφήβων με κανονικό βάρος και πραγματοποιήθηκε ψυχολογική αξιολόγηση με την χρήση της Λίστας Ελέγχου Συμπεριφοράς των Παιδιών (CBCL), την Καταγραφή Κατάθλιψης Παιδιών (CDI) και άλλες κλίμακες, βρέθηκε ότι 16 από τους 30 παχύσαρκους εφήβους είχαν διάγνωση DSM-IV, που συχνά επρόκειτο για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Παρόλο που δεν υπήρχε ψυχοπαθολογία σε όλους τους παχύσαρκους εφήβους, τόσο οι παιδίατροι όσο και οι ψυχίατροι θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο μεγαλύτερης ψυχοπαθολογικής ευπάθειας, ειδικά σε κλινικές ομάδες παχύσαρκων εφήβων (Eremis et al 2004).

Υπάρχουν δύο διαφορές στον τρόπο διάγνωσης της κατάθλιψης στους νέους σε σύγκριση με τους ενήλικες. Η διάθεση μπορεί να είναι ευερέθιστη, αντί για

καταθλιπτική ή ανηδονική, και οι νέοι μπορεί να πληρούν τα κριτήρια συμπτωμάτων εάν αποτύχουν να κάνουν την αναμενόμενη σωματική ανάπτυξη και όχι να βιώσουν απώλεια βάρους από μειωμένη όρεξη. Στα νεαρά παιδιά η διάγνωση είναι δύσκολη λόγω του προβλήματος που προκαλεί την εσωτερίκευση των συμπτωμάτων (π.χ. αισθήματα απελπισίας ή ενοχής) (Reeves et al, 2008). Σε μελέτη 4175 νεαρών ατόμων ηλικίας 11-17 ετών βρέθηκε ότι το αντιληπτό υπερβολικό βάρος συνδέθηκε έντονα και ανεξάρτητα με το σωματικό βάρος. Δηλαδή εάν υπάρχει μια αιτιολογική σύνδεση μεταξύ της μείζονος κατάθλιψης και του σωματικού βάρους των εφήβων, πιθανότατα λειτουργεί μέσω διαδικασιών που περιλαμβάνουν στοιχεία της σωματικής εικόνας (Roberts 2013). Από τη μεριά των γονέων, σε σύγκριση με την Αμερική οι Έλληνες γονείς είδαν τα παιδιά τους ως πιο ανήσυχα και καταθλιπτικά και ως εκ τούτου να έχουν περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης συμπτωμάτων (Roussos et al, 1999).

Η κατάθλιψη στα παιδιά συχνά σχετίζεται με ενοχή όσον αφορά την αύξηση του σωματικού βάρους και την κατανάλωση τροφής. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση και κακή αυτοπεποίθηση μπορεί να είναι ένας άλλος επιβαρυντικός παράγοντας. Συχνά ο εκφοβισμός και η γελοιοποίηση από τα μέλη της οικογένειας, αποτελεί τόσο αιτιολογικό όσο και επιβαρυντικό παράγοντας για την κατάθλιψη σε αυτόν τον πληθυσμό. Αυτό μπορεί να συνδυαστεί με τη μοναξιά και τη δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος (Keery et al, 2005). Η κόπωση μπορεί συχνά να αποτελεί σύμπτωμα κατάθλιψης σε πολλά παιδιά σε συνδυασμό με κακή ακαδημαϊκή επίδοση (Vgontzas et al, 2006).

Σε μεταanalύσεις από 22 μελέτες βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα κορίτσια έχουν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες κατάθλιψης σε σύγκριση με τα φυσιολογικού ΔΜΣ, και αυτός ο κίνδυνος παραμένει στην ενηλικίωση. Μελέτη που εξέτασε την κατάσταση βάρους και την κατάθλιψη στην παιδική ηλικία με πάνω από 140.000 παιδιά που προέρχονται από την κοινότητα ανέδειξε ότι σε σύγκριση με τα παιδιά με κανονικό βάρος, τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αυξημένη πιθανότητα τρέχουσας ή μελλοντικής κατάθλιψης κατά 32%, με τις μεγαλύτερες πιθανότητες μεταξύ παχύσαρκων γυναικών. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι ο κίνδυνος αυτός εξακολουθεί να υφίσταται με την πάροδο του χρόνου, ενώ σε μια υπο-ομάδα μετα-ανάλυσης διαχρονικών μελετών, τα παχύσαρκα παιδιά είχαν αυξημένη πιθανότητα

εμφάνισης κατάθλιψης έως και 51% σε σύγκριση με παιδιά με κανονικό βάρος (Sutaria et al, 2019).

Από την άλλη μεριά, σε μία προοπτική μελέτη κοόρτης για την Εθνική Διαχρονική Μελέτη της Adolescent Health το 1995 που αφορούσε 9374 εφήβους, 7 έως 12 ετών, οι οποίοι ολοκλήρωσαν συνεντεύξεις στο σπίτι και παρακολουθήθηκαν 1 χρόνο αργότερα προέκυψε ότι οι καταθλιπτικοί έφηβοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη και την παραμονή της παχυσαρκίας κατά την εφηβεία (Goodman et al, 2002). Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν όχι μόνο αίτιο αλλά και συνέπεια της παιδιατρικής παχυσαρκίας.

Η επιρροή της οικογένειας και άλλοι αναπτυξιακοί ψυχολογικοί παράγοντες φαίνονται να συμβάλουν στην παθογένεια της παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Gurvinder et al, 2012). Τα παχύσαρκα παιδιά αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο χαμηλής αυτοεκτίμησης και κακής συναισθηματικής ευημερίας, φτωχότερες κοινωνικές δεξιότητες, κοινωνικές δυσκολίες (Young-Hyman et al, 2006) και προβληματικές συμπεριφορές διατροφής (Vila et al, 2004). Σε μετα-ανάλυση 53 μελετών, όχι μόνο η κατάθλιψη και το άγχος έχουν συνδεθεί με την παχυσαρκία αλλά και άλλες ψυχολογικές συννοσηρότητες, συμπεριλαμβανομένης της αυτοεκτίμησης, της ποιότητας ζωής, του στιγματισμού και των διατροφικών διαταραχών (Rankin et al, 2016). Ένα παχύσαρκο παιδί συχνά θυματοποιείται στο σχολείο και υπόκειται σε εκφοβισμό και κλήση ψευδώνυμων από τους συνομηλίκους του. Είναι γνωστό ότι οι γονείς παχύσαρκων παιδιών επικρίνουν άμεσα το παιδί σε σχέση με το βάρος του και υπάρχει διαφορικός χειρισμός των παιδιών στην οικογένεια (Dorsey et al, 2005). Επίσης, η παχυσαρκία συνδέεται με μια αρνητική εικόνα του εαυτού, αν και η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της παχυσαρκίας που είχε ανευρεθεί αρχικά σε κλινικά δείγματα φαίνεται να είναι λιγότερο ισχυρή σε τυχαία δείγματα της κοινότητας (Wardle, 2005). Τα καταθλιπτικά επεισόδια χαρακτηρίζονται από αισθήματα ενοχής και ντροπής. Τα συμπτώματα της ενοχής υιοθετήθηκαν συχνότερα μαζί με τα εξωτερικά προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά σε σύγκριση με τους εφήβους σε ένα κλινικό δείγμα άνω των 1.000 παιδιών (Weiss et al, 1992). Σε ένα πληθυσμό ηλικίας 11-20 ετών που χαρακτηριζόταν από κλινική νόσο παχυσαρκίας, τα συναισθήματα ενοχής, αυτοεκτίμησης και αποτυχίας ήταν πιο εμφανή στα θήλεα από ότι στα άρρενα άτομα (Bennett et al, 2005), σύμφωνα με της θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η μεγαλύτερη ευπάθεια στην κατάθλιψη των γυναικών

σε σχέση με τους άνδρες μπορεί να οφείλεται εν μέρει σε αρνητική εικόνα αυτοπροσδιορισμού.

Η σχέση μεταξύ καθιστικής συμπεριφοράς και παχυσαρκίας δεν εξηγείται μόνο από τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Σε έναν πληθυσμό θήλεων εφήβων, η συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού σωματικού λίπους και του χρόνου προβολής στο Διαδίκτυο συνέχισε ακόμη και μετά τον έλεγχο της σωματικής δραστηριότητας (Schneider et al, 2007, Tsitsika et al, 2016). Ένα βασικό χαρακτηριστικό των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι το μειωμένο ενδιαφέρον και κίνητρο για δραστηριότητα. Η έλλειψη δραστηριότητας δεν χρειάζεται να προκαλέσει αύξηση του σωματικού βάρους ώστε να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στο μεταβολισμό. Σε μια μελέτη των εφήβων, διαπιστώθηκε ότι ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, η σύνθεση του σώματος και η σωματική δραστηριότητα ήταν καθοριστικοί παράγοντες της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (Snitker et al, 2007).

Αυτές οι ψυχολογικές συννοσηρότητες σε συνδυασμό με τον ανθυγιεινό έλεγχο βάρους και τις διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής μπορεί να είναι έγκαιρα προειδοποιητικά σημάδια πιο σοβαρών διαταραχών διατροφής αργότερα για τη ζωή. Σε μελέτη που συσχετίστηκε η αυτοαναφορά της ανησυχίας και της δυσφορίας που σχετίζεται με το βάρος (σωματική δυσαρέσκεια και αυξημένο σωματικό βάρος μετά από έλεγχο για τις επιδράσεις του βάρους) σε 164 παιδιά (αφροαμερικάνοι 35%, ηλικία 11.9 ± 2.5 έτη, κορίτσια 51%) που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα και δεν επιζητούσαν απώλεια βάρους παρατηρήθηκε ότι, ανεξάρτητα από τη φυλή ή το φύλο, το αυξανόμενο βάρος σχετίζεται με συναισθηματική και σωματική δυσφορία στα παιδιά. Ωστόσο, οι συσχετισμοί της ψυχολογικής κατάστασης και του βάρους διαφέρουν για τα κορίτσια και τα αγόρια, καθώς και σε σχέση με τη φυλή (Young-Hyman et al, 2006). Επίσης, σε συγχρονική μελέτη 17.253 εφήβων στην Αυστραλία, η αντίληψη του υπέρβαρου και του χαμηλού βάρους και όχι η κατάσταση βάρους ή η εσφαλμένη αντίληψη βάρους είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τον μεσοπρόθεσμο και υψηλό βαθμό επικράτησης της ψυχικής δυσφορίας και οι επιπτώσεις φαίνεται να είναι ομοιόμορφες για τους άνδρες και τις γυναίκες. Οι αντιλήψεις για το βάρος και όχι η πραγματική κατάσταση του βάρους συνδέονται σημαντικά με την ψυχολογική δυσχέρεια. Τα άτομα με αντιλήψεις βάρους που αποκλίνουν από το κοινωνικό ιδεώδες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας (Atlantis, 2005). Τέλος σε πρόσφατη έρευνα, φαίνεται να ξεκινούν από

πολύ νωρίς οι επιδράσεις στην ψυχική υγεία σε σχέση με το βάρος, καθώς βρέθηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των προβλημάτων εξωτερίκευσης στην ηλικία 2 ετών και του ΔΜΣ και του σωματικού μεγέθους του παιδιού στην ηλικία των 10 ετών. Περαιτέρω αναλύσεις ανέδειξαν ότι οι εξωσωματικές συμπεριφορές στην ηλικία των 2 ετών προέβλεπαν αυξημένη σωματική μάζα στην ηλικία των 10 ετών (Holm-Denoma, 2014).

2.2. ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣ

Παράλληλα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχει βρεθεί μία θετική σχέση μεταξύ του ψυχολογικού στρες και της διακύμανσης του ΔΜΣ (Lynch et al, 2019). Το στρες με τις ορμονολογικές διαταραχές που προκαλεί, σχετίζεται άμεσα με την παιδική παχυσαρκία (Gundersen et al, 2011). Η παχυσαρκία θεωρείται προ-φλεγμονώδης κατάσταση. Η αυξημένη φλεγμονή και οι εναλλαγές στρες του οργανισμού μπορεί να είναι ένας κοινός σύνδεσμος μεταξύ παχυσαρκίας και άγχους (Stavrou et al, 2017). Το χρόνια στρες και το μεταβολικό σύνδρομο στα παιδιά είναι στενά αλληλένδετα μέσω καλά αναγνωρισμένων βιολογικών και συμπεριφορικών οδών. Παρατεταμένο στρες έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη έκκριση νευροενδοκρινικών μεσολαβητών, όπως η κορτιζόλη, νορεπινεφρίνη, επινεφρίνη, η εκλυτική ορμόνη της κορτικοτροπίνης και η ιντερλευκίνη-6, τα οποία συμβάλλουν στην υπερέκκριση της ινσουλίνης και στη μειωμένη απελευθέρωση της αυξητικής ορμόνης και των στεροειδών του φύλου. Εκτός από την παχυσαρκία, το χρόνια στρες μπορεί να προκαλέσει άγχος και / ή καταθλιπτικά συναισθήματα, τα οποία συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα καθιστικές συνήθειες, συναισθηματικά πρότυπα κατανάλωσης τροφής και αυξημένη κατανάλωση τροφών (Stavrou et al, 2017). Σε μελέτη 147 παιδιών έχει βρεθεί μια θετική σχέση μεταξύ ψυχολογικού στρες και καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ ψυχολογικού στρες και κορτιζόλης ή μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κορτιζόλης (Lynch et al, 2018). Σε άλλες μετα-αναλύσεις η συσχέτιση μεταξύ κατάστασης βάρους και άγχους είναι μικρή (Burke, 2015, Gariepy et al, 2009). Οι ορμονικές διακυμάνσεις στην εφηβεία συνοδεύονται από τροποποιήσεις στη σύνθεση του σώματος, οι οποίες σχετίζονται με την αντίσταση στην ινσουλίνη και τη φλεγμονή. Σε μελέτη 29 εφήβων η μειωμένη

γλυκόζη νηστείας δεν επηρέασε την ψυχική υγεία, τη σύσταση του σώματος ή τις μεταβολές του καρδιακού ρυθμού (Stefanaki et al, 2020).

Τα υπέρβαρα παιδιά και οι έφηβοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκφοβιστούν για το βάρος τους από τους φίλους του σχολείου, από εφήβους με φυσιολογικό βάρος ακόμη και από τα ίδια τα μέλη της οικογένειας. Πρόκειται για μια διαδικασία που μπορεί να ξεκινήσει από την πρώιμη παιδική ηλικία και να συνεχιστεί κατά τα σχολικά έτη έως τα τέλη της εφηβείας (Maloney, 2010). Η συσσώρευση από σχόλια σχετιζόμενα με το βάρος μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες επιβλαβείς συνέπειες μακροπρόθεσμα και στην ψυχολογική συν-νοσηρότητα, όπως τα καταθλιπτικά συμπτώματα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Libbey et al, 2008). Σε πολλές περιπτώσεις η αγχώδης διαταραχή μπορεί να έχει πολλές διακυμάνσεις και υποτροπές και να εκτελέσει μια παρατεταμένη χρονική πορεία (Eisenberg et al, 2003). Το ίδιο ισχύει και για τους ενήλικες καθώς μετά από προσεκτική συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση της βιβλιογραφίας, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν μια αδύναμη αλλά θετική σχέση μεταξύ άγχους και παχυσαρκίας σε ενήλικες (Garipey et al, 2010).

Εκτός από τις βαθιές επιδράσεις του παιδικού στρες στην παχυσαρκία και αντίστροφα, τα στοιχεία υποδηλώνουν έναν σημαντικό ρόλο του γονεϊκού και οικογενειακού στρες στη πολυπαραγοντική παθογένεση της παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, που σχετίζεται με το άγχος. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παχύσαρκα παιδιά ανήκουν σε οικογένειες που έχουν λιγότερο στενές σχέσεις μεταξύ των μελών τους. Είναι γνωστό ότι τα παιδιά με παχυσαρκία αντιμετωπίζουν τεράστια ψυχολογική πίεση. Το άγχος ως σύμπτωμα καθώς και ως διαταραχή έχει αναφερθεί σε αυτόν τον πληθυσμό (Zipper et al, 2001). Πολλά από αυτά τα παιδιά προστατεύονται υπερβολικά, οδηγώντας σε ανησυχία διαχωρισμού από τους γονείς τους κάθε φορά που μπορεί να προκύψει μια αγχωτική κατάσταση. Οι γονείς έχουν επίσης άγχος που σχετίζεται με το βάρος και τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους. Είναι ανήσυχοι όταν σκέφτονται την πιθανή υπερκατανάλωση τροφής ή ακόμα και όταν το παιδί τρώει λίγο. Πολλοί από αυτούς διακόπτουν τη δίαιτα και τα παιδιά καταλήγουν να τρώνε περισσότερο (Wood, 2006). Επιπλέον, οι γονείς με υψηλά επίπεδα άγχους μπορεί να έχουν λιγότερα κίνητρα για να συμμετάσχουν με τα παιδιά τους σε δραστηριότητες, με αποτέλεσμα την αύξηση του χρόνου έκθεσης στην οθόνη και την καθιστική ζωή. Επίσης, οι εναλλαγές στην οικογενειακή δομή, η οικογενειακή

αναστάτωση, τα προβλήματα στέγασης, οι οικονομικές πιέσεις και η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης είναι μεταξύ αυτών οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες άγχους που σχετίζονται με το περιβάλλον στο σπίτι. Σε μελέτη 155 παιδιών που παρακολουθήθηκαν λόγω παχυσαρκίας, 88 παχύσαρκα παιδιά έλαβαν διάγνωση DSM-IV, εκ των οποίων τα 66 είχαν αγχώδη διαταραχή. Οι ψυχολογικές διαταραχές ήταν ιδιαίτερα έντονες σε εκείνα τα παχύσαρκα παιδιά των οποίων οι γονείς ήταν ανήσυχοι, ενώ η ηλικία και το φύλο φαίνεται να διαδραματίζουν μικρότερο ρόλο (οι παχύσαρκοι έφηβοι δεν φαίνεται να έχουν υψηλότερο ψυχοπαθολογικό κίνδυνο από τα παχύσαρκα παιδιά, όπως στο γενικό πληθυσμό, τα αγόρια έχουν περισσότερες διαταραχές συμπεριφοράς και τα κορίτσια περισσότερο συναισθηματικές διαταραχές). Συμπερασματικά, η παρουσία αγχώδους διαταραχής σε παχύσαρκους νέους συσχετίζεται στενά με την ψυχοπαθολογία των γονέων και σε μικρότερο βαθμό με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα στην οικογένεια και την κοινωνικοοικονομική της κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της συμμετοχής Παιδοψυχιάτρου στην διεπιστημονική προσέγγιση και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στην οποία θα πρέπει να εμπλέκεται όλη η οικογένεια (Vila et al, 2004).

2.3 ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Το γεγονός ότι η κατάθλιψη και η παχυσαρκία έχουν κοινά συμπτώματα όπως τα προβλήματα του ύπνου, η καθιστική συμπεριφορά και η μη ρυθμισμένη πρόσληψη τροφής, δεν είναι απλή σύμπτωση, αλλά φαίνεται να σχετίζεται με κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς (Reeves et al, 2008). Οι έφηβοι με κατάθλιψη έχουν παρατεταμένη καθυστέρηση έναρξης του ύπνου σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς εφήβους (Dahl et al, 1996). Οι νεαροί με υπερβαρότητα παρουσίασαν λιγότερο συνολικό χρόνο ύπνου από τους μη παχύσαρκους νέους (Gurta et al, 2002). Πρόσφατη έρευνα 26 εφήβων σε υπέρβαροτητα ανέδειξε επίσης πως ο σύντομος και καθυστερημένος ύπνος και η βραχύτερη διάρκεια έκκρισης μελατονίνης σχετίζονται με χειρότερη διάθεση και συμπεριφορά σε υπέρβαρους και παχύσαρκους εφήβους (Simon et al, 2019). Στην πραγματικότητα ο ύπνος μπορεί να αυξηθεί στην άτυπη κατάθλιψη. Από την άλλη μεριά, η στέρηση του ύπνου μπορεί να συμβάλει στην επιδείνωση της παχυσαρκίας και της κατάθλιψης. Καθώς η

στέρξη του ύπνου σχετίζεται με αυξημένη πείνα και μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη, αυτό το σύμπτωμα είναι πιθανό να επιδεινώσει ή τουλάχιστον να διατηρήσει την παχυσαρκία (Spiegel et al, 2004). Τα προβλήματα ύπνου στα παχύσαρκα παιδιά μειώνουν τις πιθανότητες ανάκαμψης από την κατάθλιψη και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ

Η ψυχική υγεία και η παχυσαρκία έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας στους νέους. Παρόλο που παραδοσιακά έχουν διαχωριστεί ως ξεχωριστές φυσικές και συναισθηματικές συνθήκες υγείας, τα στοιχεία δείχνουν αλληλεπιδράσεις και κοινές οδούς μεταξύ τους, υπονοώντας ότι η επιτυχημένη θεραπεία θα πρέπει ιδανικά να στοχεύει σε κοινούς υποκείμενους μηχανισμούς. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες μελέτες σχετικά με την ψυχολογική αξιολόγηση των παιδιών με αυξημένο σωματικό βάρος στην Ελλάδα. Πρωταρχικός στόχος αυτής της μελέτης αποτέλεσε η ανάδειξη των προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας που παρατηρούνται ήδη από την παιδική ηλικία λόγω του αυξημένου σωματικού βάρους. Ως εκ τούτου, η μελέτη της εξέλιξης των προβλημάτων αυτών θα συμβάλει στην έγκαιρη αντιμετώπιση τους για τη βελτίωση της υγείας των παχύσαρκων ασθενών από την εφηβική έως την ενήλικη ζωή.

3.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της ερευνητικής μελέτης είναι η καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και εφήβους πριν και ένα χρόνο μετά τη χρήση ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και άσκησης.

Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα επισημαίνονται οι ομοιότητες στην κλινική παρουσίαση της παχυσαρκίας και των προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά και

τους εφήβους, και ανασκοπούνται κοινές οδοί και άλλοι μηχανισμοί συσχέτισης. Απώτερος στόχος είναι να περιγραφεί η εξέλιξη του προβλήματος της παχυσαρκίας αξιολογώντας παράλληλα την ψυχική υγεία των νέων και να γίνουν προτάσεις για μελλοντικές μελέτες με τον τελικό στόχο τη βελτίωση στον τομέα της πρόληψης και της θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Η μελέτη αυτή είναι μια αναδρομική μελέτη κοορτής που στόχο έχει να εκτιμήσει τις ψυχολογικές επιπτώσεις του αυξημένου βάρους σε παιδιά και εφήβους. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 111 ασθενείς με αυξημένο βάρος σώματος ($\Delta\text{ΜΣ} > 90\text{η}$ εκατοστιαία θέση), ηλικίες 6-15 ετών, που παραπέμφθηκαν από κλινικούς παιδιάτρους στο Ιατρείο Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος του Νοσοκομείου Παίδων <<Η Αγία Σοφία>> από το 2013 μέχρι το 2016. Η ερευνητική αυτή μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο λειτουργίας του «Ιατρείου Αντιμετώπισης Αυξημένου Βάρους Σώματος», το οποίο λειτουργεί καθημερινά στη Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη της Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Παιδιατρικού Νοσοκομείου «Η Αγία Σοφία» και ελήφθη έγγραφη συγκατάθεση από τους γονείς όλων των συμμετεχόντων.

Όλοι οι συμμετέχοντες προσήλθαν στο ιατρείο με σκοπό να ενταχθούν σε πρόγραμμα απώλειας βάρους. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τρόπο τυχαίο ενώ τηρήθηκε ίση επιλογή παιδιών κατά την διάρκεια κάθε έτους. Οι ίδιοι οι ασθενείς επαναξιολογήθηκαν 12 μήνες αργότερα. Στην πρώτη επίσκεψη στο Ιατρείο δόθηκαν οδηγίες διατροφής και φυσικής δραστηριότητας με βάση την ηλικία. Τα άτομα συμμετείχαν οικειοθελώς, ενώ ελήφθη τόσο προφορική συγκατάθεση των ίδιων των παιδιών, όσο και γραπτή συγκατάθεση των κηδεμόνων τους.

Τα κριτήρια επιλογής για συμμετοχή στην έρευνα ήταν τα εξής:

- Ηλικία 6 – 15 έτη

- ΔΜΣ ≥ 90 ης εκατοστιαία θέση (ΕΘ) στις καμπύλες ανάπτυξης των παιδιών για την Ελλάδα

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν παιδιά και έφηβοι με προβλήματα υγείας που δυνητικά επηρεάζουν την ψυχική υγεία:

- Παχυσαρκία στα πλαίσια συνδρόμου
- Πρώιμη ήβη
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Ηπατική ή νεφρική νόσος

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια: το ανιχνευτικό εργαλείο για τις ανησυχίες που σχετίζονται με το άγχος του παιδιού (S.C.A.R.E.D.), το ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση της κατάθλιψης των παιδιών (C.D.I.), τη λίστα ερωτήσεων για τον έλεγχο συμπεριφοράς παιδιού (C.B.C.L.) και την έκθεση αυτοαναφοράς των νέων (Y.S.R.). Τα ανθρωπομετρικά δεδομένα συλλέχθηκαν και τα προαναφερθέντα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στις τελικές αξιολογήσεις. Το σωματικό βάρος και το ύψος μετρήθηκαν κατά την πρώτη και την τελευταία επίσκεψη κάθε παιδιού. Το σωματικό βάρος τεκμηριώνεται στο πλησιέστερο 0.1 kg, ενώ το ύψος καταγράφηκε στο πλησιέστερο 1 cm. Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε διαιρώντας το βάρος σε χιλιόγραμμα ανά τετραγωνικό μέτρο ύψους σε μέτρα. Ένα παιδί ορίστηκε ως υπέρβαρο ή παχύσαρκο με βάση τα διεθνή κριτήρια του Cole (Cole et al, 2000). Οι ελληνικοί χάρτες ανάπτυξης για την ηλικία και το φύλο χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των τυπικών αποκλίσεων ΔΜΣ (SD) και των z-score.

4.1.1. Αρχική Εκτίμηση

Για κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα, ελήφθησαν οι εξής πληροφορίες:

4.1.1.1 Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

Έγινε καταγραφή στοιχείων σχετικά με το περιγεννητικό ιστορικό, την ψυχοκινητική ανάπτυξη, τη διατροφή, την εμβολιαστική κάλυψη, την προηγούμενη κατάσταση υγείας (νοσηλείες, φαρμακευτική αγωγή, χειρουργικές επεμβάσεις και αλλεργίες), το κοινωνικό και το οικογενειακό ιστορικό.

4.1.1.2 Ανθρωπομετρικά δεδομένα

Κάθε ασθενής της μελέτης υποβλήθηκε σε πλήρη κλινική εξέταση. Παράλληλα προσδιορίστηκε το βάρος του, το ύψος, η αρτηριακή πίεση (2 φορές και ελήφθη ο μέσος όρος) και η περιφέρεια μέσης και ισχίου του. Με τη χρήση των μετρήσεων αυτών υπολογίστηκε ο ΔΜΣ και ο λόγος περιφέρειας μέσης προς ισχίων (WHR) σε κάθε παιδί, ενώ ταυτόχρονα, καταγράφηκε το στάδιο ενήβωσης του. Κάθε συμμετέχων υπεβλήθη σε λιπομέτρηση με την οποία έγινε προσδιορισμός της εκατοστιαίας αναλογίας σε λίπος, της λιπώδους, της μυϊκής καθώς και της οστικής μάζας (TANITA MC-780U Multi Frequency Segmental Body Composition Analyzer, Amsterdam, The Netherlands).

4.1.1.3 Αιματολογικός, Βιοχημικός και Ενδοκρινολογικός έλεγχος

Η αιμοληψία πραγματοποιήθηκε στις 08:00 το πρωί, μετά από 12-ωρη νηστεία και προσδιορίστηκαν στον ορό ή το πλάσμα του αίματος τα ακόλουθα:

- Hct, HbA, αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, προσδιορισμός λευκοκυτταρικού τύπου, προσδιορισμός αιμοπεταλίων, φερριτίνη, HbA1C
- Γλυκόζη, SGOT, SGPT, γGt, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, APOA1, APOB, LP-α
- ACTH, κορτιζόλη, τεστοστερόνη, Δ4-ανδροστενδιόνη, DHEA-S
- 25(OH) D, Παραθορμόνη, Ca, Ph, Mg, ALP
- TSH, FT4, anti-TPO, anti-TG, IGF-1, IGFBP-3
- FSH, LH, E2, PRL, SHBG

4.1.1.4 Ευαισθησία και αντίσταση στην ινσουλίνη

Η αντίσταση στην ινσουλίνη (IR) υπολογίστηκε με τη χρήση του ομοιοστατικού μοντέλου αξιολόγησης (HOMA): Το HOMA-IR προσδιορίστηκε ως το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη διαίρεση του γινομένου των συγκεντρώσεων της ινσουλίνης νηστείας ορού και της γλυκόζης νηστείας πλάσματος με τον αριθμό 405 [$HOMA-IR = (ινσουλίνη \times γλυκόζη) / 405$] και ο δείκτης ελέγχου ποσοτικής ευαισθησίας στην

ινσουλίνη (QUICKI) μετρήθηκε ως ακολούθως: $QUICKI = 1 / [\log (\text{ινσουλίνη νηστείας}) + \log (\text{γλυκόζη νηστείας})]$.

4.1.1.5 Ψυχομετρικά εργαλεία και ερωτηματολόγια

Κατά την πρώτη επίσκεψη και ένα χρόνο αργότερα οι συμμετέχοντες στη μελέτη και οι γονείς τους κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια αξιολόγησης τυποποιημένα και μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί (SCARED) και την Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (CDI), ενώ σε περίπτωση που η ηλικία του παιδιού ήταν μεγαλύτερη των 11 ετών προστίθετο και ένα τρίτο, το Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης Εφήβων (YSR). Οι γονείς των συμμετεχόντων συμπλήρωσαν αντίστοιχα το Ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί (SCARED) για γονείς και το Ερωτηματολόγιο Παιδικής Συμπεριφοράς (CBCL).

Τα ψυχοτεχνικά τεστ αναπτύχθηκαν με στόχο την παροχή συμπληρωματικών πληροφοριών που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την κλινική διάγνωση. Οι έννοιες της ανάπτυξης και της προσαρμογής είναι κριτικής σημασίας για την αξιολόγηση και τη διάγνωση της ψυχοπαθολογίας των παιδιών και των εφήβων. Πράγματι, η ψυχοπαθολογία, δηλαδή η ύπαρξη επίμονης συμπεριφοράς, σκέψεων ή συναισθημάτων, μπορεί δυνητικά να εμποδίσει την επίτευξη των αναπτυξιακών στόχων που είναι απαραίτητα για τη μακροπρόθεσμη προσαρμογή (Achenbach 1995). Σε αυτό το πλαίσιο, ο Achenbach χρησιμοποίησε μια ψυχομετρική προσέγγιση για τη συγκρότηση ερωτηματολογίων που απαρτίζονται από εμπειρικές ερωτήσεις ικανές να αξιολογήσουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών καταστάσεων.

4.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.2.1. Screen for child anxiety related disorders (S.C.A.R.E.D.)

Το ερωτηματολόγιο Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί (SCARED) είναι ένα εργαλείο αυτοαξιολόγησης, για παιδιά και γονείς, που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση των αγχώδων διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Οι διαταραχές αυτές συχνά υπο-διαγιγνώσκονται και υπο-θεραπεύονται γιατί συνήθως συνοδεύονται και από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (όπως βαριά κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή), οι οποίες καλύπτουν την παρουσία υποκείμενης αγχώδους διαταραχής και επιπλέον οι ασθενείς αυτοί συνήθως δεν παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς (Birmaher et al, Bernstein et al 1996). Το S.C.A.R.E.D. είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αναφοράς για τα παιδιά και τους γονείς που σχεδιάστηκε για να ελέγξει τα παιδιά για διαταραχές άγχους τους τελευταίους τρεις μήνες. Χρησιμοποιείται μια μειωμένη έκδοση του SCARED με 5 στοιχεία και έδειξε παρόμοια ψυχομετρία με την πλήρη έκδοση (41 στοιχεία). Οι 5 παράγοντες που μελετώνται, πανικός, διάχυτο άγχος, άγχος αποχωρισμού, κοινωνική φοβία και σχολική φοβία, φαίνεται να είναι μια σύντομη και αξιόπιστη απογραφή διαλογής για τις αγχώδεις διαταραχές σε επιδημιολογικές μελέτες. Ένα αυξημένο συνολικό σκορ στο νέο ερωτηματολόγιο με 5 παράγοντες θα πρέπει να αυξήσει τον δείκτη της υπόνοιας του κλινικού ιατρού για την παρουσία μίας ή περισσοτέρων από τις διαταραχές άγχους που εξετάστηκαν από το S.C.A.R.E.D. (Birmaher et al, 1999, Essau et al, 2013). Αποτελείται από 5 ερωτήσεις και οι ερωτηθέντες αξιολογούν κάθε ερώτηση από 0 (ποτέ) έως 2 (συχνά ή πάντα). Οι βαθμολογίες προστίθενται για να ληφθεί τελική βαθμολογία (Birmaher et al, 1999). Για το ερωτηματολόγιο η εσωτερική συνοχή είναι 0.92 και η αξιοπιστία δοκιμής-επανεξέτασης είναι 0.88. Το S.C.A.R.E.D. είχε χρησιμοποιηθεί προηγουμένως στην ελληνική γλώσσα με επιτυχία (Essau et al, 2013). Στη μελέτη αυτή, χρησιμοποιήθηκε η συντομευμένη έκδοσή του ερωτηματολογίου SCARED, τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς τους.

4.2.2 Child Behavior checklist (C.B.C.L.)

Το ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς Παιδιών των Achenbach και Edelbrock (Child Behavior Checklist, CBCL) (Aschenbach, 1991, 2001) συμπληρώνεται από τους γονείς για τα παιδιά τους και είναι από τα πλέον χρησιμοποιούμενα εργαλεία εκτίμησης ενός μεγάλου εύρους προβλημάτων συμπεριφοράς και συναισθήματος σε παιδιά και εφήβους. Το C.B.C.L. συμπληρώνεται από τους γονείς για τα παιδιά ηλικίας 6-18 ετών και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των εσωτερικών πεπτοιθήσεων και την εξωτερική εκδήλωση των συμπτωμάτων στα παιδιά. Αποτελείται από 113 ερωτήσεις σχετικά με συγκεκριμένα προβλήματα συμπεριφοράς και οι γονείς βαθμολογούν κάθε στοιχείο συμπεριφοράς από 0 έως 2 ανάλογα με τη συχνότητα (Aschenbach 1991). Τα δεδομένα που προκύπτουν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δημιουργούν ένα ψυχολογικό προφίλ για τον κάθε ασθενή το οποίο χρησιμεύει για την εκτίμηση της ύπαρξης συγκεκριμένων κλινικών συνδρόμων όπως Απόσυρση, Σωματικά Συμπτώματα, Άγχος/Κατάθλιψη, Διαταραχές Ύπνου, Παραβατική και Επιθετική Συμπεριφορά. Με τη χρήση τιμών αναφοράς και τυποποιημένων κλινικών ορίων για κάθε σύνδρομο, οι κλίμακες του CBCL (εξωτερίκευσης, εσωτερίκευσης και συνολικών προβλημάτων), έχουν αποδείξει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες για την ικανότητά τους να ξεχωρίζουν τα άτομα που παρουσιάζουν μια κατάσταση από τα άτομα στα οποία η κατάσταση αυτή απουσιάζει. (Aschenbach 1991, Roussos et al, 1999, Drotar et al, 1995 & 2010, Huang, 2017)

Το C.B.C.L. είχε μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί στην ελληνική γλώσσα (Roussos et al, 1999) και η εσωτερική συνοχή για τις εσωτερικές και εξωτερικές εκδηλώσεις ήταν 0.90 και 0.94 αντίστοιχα.

4.2.3 Youth Self Report (Y.S.R.)

Το Ερωτηματολόγιο Αυτοαξιολόγησης Εφήβων Y.S.R. συμπληρώνεται από εφήβους ηλικίας 11 έως 18 ετών, οι οποίοι αξιολογούν τα δικά τους συναισθήματα και συμπτώματα. Το Y.S.R. ερωτηματολόγιο είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένο για την αξιολόγηση των επιδόσεων του εφήβου και τα προβλήματα συμπεριφοράς. Καθώς επηρεάζεται από πολιτισμικές διαφορές, στη χώρα μας έχει γίνει τυποποίηση με

επιτυχία. Στην Ελλάδα τα κορίτσια φαίνεται να εσωτερικεύουν περισσότερο τα προβλήματα σε σχέση με τα αγόρια της ίδιας ηλικίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε από τον Achenbach και αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων που αξιολογούν την προσαρμοστική συμπεριφορά του εφήβου και δημιουργούν δύο κλίμακες, την κλίμακα Δραστηριοτήτων και Κοινωνικότητας, καθώς και Συνολική Κλίμακα Δεξιοτήτων. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 112 στοιχεία (συμπτώματα) που βαθμολογούνται σε κλίμακα τριών σημείων, 0 = δεν ισχύει, 1 = ισχύει μερικές φορές και 2 = ισχύει συχνά ή πάντα.

Η βαθμολογία των υπόλοιπων στοιχείων υπολογίζεται και έτσι δημιουργούνται 8 κλίμακες – σύνδρομα, δύο ευρύτερες κλίμακες (Εσωτερίκευσης και Εξωτερίκευσης) και μία συνολική βαθμολογία προβλημάτων (Van Meter et al, 2014). Τα οχτώ σύνδρομα είναι η Απόσυρση, τα Σωματικά Συμπτώματα, το Άγχος/Κατάθλιψη, τα Κοινωνικά Προβλήματα, τα Προβλήματα Σκέψης, τα Προβλήματα Προσοχής, η Παραβατική και η Επιθετική Συμπεριφορά. Για τα αγόρια μόνο, υπάρχει ένα ένατο σύνδρομο, αυτό της Αυτοκαταστροφικότητας. Η κλίμακα Εσωτερίκευσης περιλαμβάνει τρία από τα παραπάνω σύνδρομα (Απόσυρση, Σωματικά Συμπτώματα, Άγχος/Κατάθλιψη). Τα προβλήματα εσωτερίκευσης περιγράφονται ως διαταραχές του συναισθήματος ή ελλείμματα συμπεριφοράς. Η κλίμακα Εξωτερίκευσης περιλαμβάνει την Παραβατική και Επιθετική Συμπεριφορά και θεωρείται ότι αντανακλά διαταραχές συμπεριφοράς και ακραίες εκδηλώσεις (Aschenbach 1991, Roussos et al, 2001). 16 σημεία του ερωτηματολογίου δεν δημιουργούν προβλήματα και αναφέρονται σε κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές. Αυτά τα στοιχεία αντικατοπτρίζουν τα προβλήματα συμπεριφοράς που εμφανίζονται στο C.B.C.L. και απαντώνται από τους γονείς (Roussos et al, 2001). Η ελληνική έκδοση έχει χρησιμοποιηθεί προηγουμένως και η εσωτερική συνοχή ήταν 0.90 (Roussos et al, 2001).

4.2.4 Children Depress Inventory (C.D.I.)

Η Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (Children's Depression Inventory, CDI) είναι ένα από τα πλέον χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της ύπαρξης και της σοβαρότητας καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 6-18 ετών. Καλύπτει τις επιπτώσεις της κατάθλιψης σε σχέση με το παιδί και τη συμπεριφορά του στο σχολείο και ως προς τους συνομήλικούς του. Το CDI μπορεί να συμπληρωθεί σε 5 με 10 λεπτά και δεν απαιτεί ειδική εκπαίδευση για τη βαθμολόγηση ή την ερμηνεία του. Το C.D.I., η ανίχνευση κατάθλιψης των παιδιών (CDI, Kovacs, 1979, 1992) είναι ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερευνητικά μέτρα για την κατάθλιψη στα παιδιά και αποτελείται από 27 λήμματα για την εκτίμηση ενός συμπτώματος κατάθλιψης ή κάποιας σχετικής πάθησης. Περιλαμβάνει 27 λήμματα για την ποσοτικοποίηση των συμπτωμάτων, που αφορούν στην καταθλιπτική διάθεση, ηδονική ικανότητα, λειτουργίες του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, αυτοεκτίμηση και διαπροσωπικές συμπεριφορές. Τα στοιχεία παρουσιάζονται ως τρεις δηλώσεις ποικίλης σοβαρότητας συμπτωμάτων. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται σε κλίμακα τριών σημείων: 0= απουσία συμπτωμάτων, 1= ήπια συμπτώματα, 2=σαφή συμπτωματολογία. Το άτομο επιλέγει τη βαθμολογία που καλύτερα περιγράφει τα συμπτώματά του κατά τη διάρκεια των 2 τελευταίων εβδομάδων. Τα λήμματα συνυπολογίζονται δίνοντας μια τελική βαθμολογία που κυμαίνεται μεταξύ 0 και 54. Τιμές αναφοράς για το CDI έχουν αναπτυχθεί για το διαχωρισμό ανάμεσα στους νέους με ή χωρίς καταθλιπτική διαταραχή. Οι ερωτώμενοι που θα συγκεντρώσουν βαθμολογία ≥ 15 ταξινομούνται ως έχοντες υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Kovacs 1985, Giannakopoulos et al, 2009). Οι ερευνητές αναφέρουν τυπικά τους συντελεστές εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας στο 0.80 και δοκιμής-επανεξετάσεως που κυμαίνονται από 0.38 έως 0.87.

Αν και δεν έχει σχεδιαστεί ως διαγνωστικό μέτρο, το C.D.I. είναι χρήσιμο για την εκτίμηση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το ερωτηματολόγιο είναι σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό (Giannakopoulos et al, 2009).

4.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Η γενική εξέταση αίματος πραγματοποιήθηκε σε έναν αιματολογικό αναλυτή Siemens ADVIA 2120i (Siemens Healthcare Diagnostics, Erlangen, Germany). Η φερριτίνη προσδιορίσθηκε σε e411 Cobas ανοσολογικό αναλυτή, με τη χρήση ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA) (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany).

Ο εργαστηριακός προσδιορισμός της γλυκόζης, των παραμέτρων της ηπατικής λειτουργίας, του λιπιδαιμικού προφίλ και των συγκεντρώσεων του ασβεστίου του ορού προσδιορίσθηκαν σε ανοσολογικό αναλυτή Cobas 6000 c501 (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany). Οι συγκεντρώσεις των απολιποπρωτεϊνών A1 και B, καθώς και της λιποπρωτεΐνης α μετρήθηκαν με θολοσιμετρικό ανοσοπροσδιορισμό με ενίσχυση σωματιδίων (PETIA) σε Cobas 6000 c501 αναλυτή (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany).

Οι συγκεντρώσεις της TSH, της ελεύθερης T4, των anti-TPO και anti-TG, καθώς επίσης της τεστοστερόνης, του DHEA-S, του IGF-I και της IGFBP3 προσδιορίσθηκαν με τη χρήση αυτόματου ανοσοπροσδιορισμού χημειοφωταύγειας σε ένα σύστημα ανάλυσης IMMULITE 2000 (Siemens Healthcare Diagnostics, UK). Οι συγκεντρώσεις της προλακτίνης, της FSH και LH, της κορτιζόλης καθώς και της ACTH και SHBG προσδιορίσθηκαν μέσω αυτόματης ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA) σε έναν Cobas e411 αναλυτή (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany).

Οι συγκεντρώσεις της ινσουλίνης του ορού προσδιορίσθηκαν με τη χρήση ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA) σε έναν αυτόματο αναλυτή Cobas e 411 και αντιδραστηρίου ινσουλίνης Elecsys (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany). Οι συντελεστές μεταβλητότητας στην ίδια μέτρηση (intra-assay) ήταν <5%, <4% και <5% σε 5-10, 10-300 και 300-1000μU/mL, αντίστοιχα. Οι συντελεστές μεταβλητότητας σε διαφορετικές διαδικασίες μέτρησης (inter-assay) ήταν <6%, <5% και <6% σε 5-10, 10-300 και 300-1000μU/mL, αντίστοιχα. Η ευαισθησία ήταν 0.2 μU/mL.

Η ολική 25-υδροξυβιταμίνη D μετρήθηκε με τη χρήση ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA) σε έναν Cobas e411 αναλυτή (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany). Ο συντελεστής μεταβλητότητας στην ίδια μέτρηση ήταν 6.5% σε τιμές >15ng/mL και ο συντελεστής μεταβλητότητας σε διαφορετικές διαδικασίες μέτρησης <11.5% σε τιμές >15ng/mL, αντίστοιχα, με μία ευαισθησία της τάξεως των 3ng/ml.

Οι συγκεντρώσεις της παραθορμόνης (PTH) του ορού καθορίστηκαν μέσω ενός μη ανταγωνιστικού ανοσοπροσδιορισμού ηλεκτροχημειοφωταύγειας (ECLIA) με τη χρήση του αντιδραστηρίου PTH Elecsys (Roche Diagnostic, Mannheim, Germany). Οι συντελεστές μεταβλητότητας στην ίδια μέτρηση ήταν <7%, <5% και <6% στα 11-75, 76-1000 και >1000pg/mL, αντίστοιχα. Οι συντελεστές μεταβλητότητας σε διαφορετικές διαδικασίες μέτρησης ήταν <9%, <6% και <7% σε τιμές 11-75, 76-1000 και >1000pg/mL, αντίστοιχα. Η ευαισθησία της ανάλυσης ήταν 1.2pg/mL.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) προσδιορίστηκε χρησιμοποιώντας μια αντίστροφης φάσης ανταλλαγής κατιόντος υγρή χρωματογραφία υψηλής πίεσης (HPLC) σε έναν αυτόματο αναλυτή HA-8160 (Arkray, Kyoto Japan).

4.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS, έκδοση 23.0 (SPSS, Chicago, IL). Η σύνοψη των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση τυπικής περιγραφικής στατιστικής. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν ως μέσοι όροι $\pm$ τυπικό σφάλμα από τη μέση τιμή (SEM). Αξιολογήσιμη ανάλυση πραγματοποιήθηκε στις εξαρτημένες μεταβλητές για τους συμμετέχοντες που συμπλήρωσαν τις δύο επισκέψεις (βασικό επίπεδο και 12 μήνες). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p values) ορίστηκε στο 0.05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Συνολικά, 220 παιδιά και έφηβοι (114 αγόρια και 106 κορίτσια με μέση ηλικία $\pm$ σταθερή απόκλιση (SD) 10.24 ± 2.5 έτη) συμμετείχαν στη μελέτη και μετά από τυχαιοποίηση και επανέλεγχο συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση δεδομένων 111 παιδιά και έφηβοι. Οι συμμετέχοντες είχαν μέση ($\pm$ SEM) ηλικία $10.12 (\pm 0.25)$ έτη, τα κορίτσια ήταν 47 (42.3%) και τα αγόρια 64 (57.7%), εκ των οποίων τα 29 (26.1%) ήταν έφηβοι και τα 82 (73.9%) παιδιά σε προεφηβικό στάδιο. Όλοι οι συμμετέχοντες ανήκαν στην Καυκάσια φυλή, ενώ οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο

ομάδων όσον αφορά στην ηλικία, BMI και σε άλλα χαρακτηριστικά κατά την έναρξη της ερευνητικής μελέτης δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

5.2. ΔΜΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ

Το αυξημένο σωματικό βάρος σε παιδιά υγιά, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και χωρίς υποκείμενα νοσήματα ήταν το κοινό χαρακτηριστικό στον πληθυσμό που μελετήθηκε. Παιδιά και έφηβοι 6 έως 15 ετών με υπερβαρότητα και παχυσαρκία ζύγιζαν κατά μέσο όρο 58.36 ± 1.72 κιλά και ο ΔΜΣ κυμαίνονταν στο 26.94 ± 0.37 . Ένα χρόνο αργότερα το βάρος καθώς και το ύψος αυξήθηκε σημαντικά ($p < 0.001$) και έτσι ο ΔΜΣ φαίνεται να παραμένει σταθερός. Η περίμετρος μέσης κυμαινόταν στο 83.94 ± 1.30 , ενώ ένα χρόνο αργότερα φαίνεται σημαντικά στατιστική αύξηση στο 86.51 ± 1.25 ($p < 0.011$) και ο λόγος μέσης/ισχίου μειώθηκε σημαντικά ($p < 0.004$). Στο δείγμα που μελετήθηκε η λιπώδης και η μυϊκή μάζα αυξήθηκε σημαντικά ενώ η οστική μάζα παρέμεινε σταθερή (πίνακας 5.1).

5.3. ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η ομάδα των ασθενών που μελετήθηκε παρουσίασε φυσιολογικό λιπιδαιμικό προφίλ για τις συγκεντρώσεις της ολικής χοληστερόλης, της LDL, της HDL χοληστερόλης, της ApoA1, της λιποπρωτεΐνης Lp(a) και των TGL (πίνακας 5.2). Ένα χρόνο αργότερα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση της HDL και μείωση της LDL ($p < 0.001$).

Οριακά αυξημένες κατά μέσο όρο παρουσιάζονταν οι τιμές των hsCRP, Hb1Ac και HOMA-IR και στατιστικά σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στις συγκεντρώσεις της Hb1Ac ($p < 0.001$). Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αυξημένες τιμές για τη συστολική (ΣΑΠ) ($p < 0.004$), τη διαστολική (ΔΑΠ) ($p < 0.004$) και τη μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ) ($p < 0.001$) στους 12 μήνες (Πίνακες 5.1 και 5.2). Τέλος, οι συγκεντρώσεις SGOT ($p < 0.001$), SGPT ($p < 0.001$) και γ-GT ($p < 0.001$) ελαττώθηκαν σημαντικά ένα χρόνο μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρέμβασης.

5.4. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Τα ευρήματα από τον αιματολογικό και ενδοκρινολογικό εργαστηριακό έλεγχο παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.2. Αξίζει να αναφερθούν οι χαμηλές συγκεντρώσεις της βιταμίνης D που κατά μέσο όρο κυμαίνονταν στο 19.35 ± 0.54 (ng/mL). Στατιστικά σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στις συγκεντρώσεις της κορτιζόλης ($p < 0.001$) με την πάροδο του χρόνου.

5.5. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια που προαναφέρθηκαν για τα παιδιά (SCARED, CDI, YSR) και για τους γονείς (SCARED, CBCL).

Στο ερωτηματολόγιο Youth Self Report (YSR) τα 112 στοιχεία που μελετήθηκαν έδειξαν σημαντικές βελτιώσεις στις βαθμολογίες της κλίμακας ικανότητας για τις δραστηριότητες ($p=0.04$) και την ολική ικανότητα ($p=0.018$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα T-scores της κλίμακας συνδρόμου, στα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης των συνολικών προβλημάτων. Κάποιες τιμές 51-65 στο T-score που παρατηρήθηκαν θεωρούνται ουδέτερης πρόγνωσης αξίας για ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής. Στο ερωτηματολόγιο SCARED που συμπληρώθηκε από τα παιδιά που συμμετείχαν στη μελέτη και αξιολογεί 5 παράγοντες που περιλαμβάνουν τη διαταραχή πανικού, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την αγχώδη διαταραχή αποχωρισμού, καθώς και την κοινωνική και τη σχολική φοβία, το κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε ερωτήσεις που βαθμολογούνται από 0 έως 2 και το συνολικό σκορ κατά μέσο όρο ήταν χαμηλό στο 2.13 ± 0.21 . Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SCARED. Οι βαθμολογίες ήταν επίσης χαμηλές του ερωτηματολογίου Child Depression Inventory (CDI) στην μελέτη καθώς κυμαίνονταν στο 7.91 ± 0.60 , ενώ παθολογικές θεωρούνται οι τιμές άνω του 15 (Giannakopoulos 2009). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου Child Depression Inventory (CDI) στο τέλος της μελέτης (Πίνακας 5.3).

Από τη μεριά των γονέων, το ερωτηματολόγιο Child Behavior Checklist (CBCL) που αποτελείται από 113 ερωτήσεις και αφορά ειδικά προβλήματα συμπεριφοράς, υπέδειξε σημαντικές μειώσεις στις βαθμολογίες των σωματικών ενοχλήσεων

($p=0.032$) και των σωματικών προβλημάτων ($p=0.006$) που αναφέρονται από τους γονείς για τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια των 12 μηνών της έρευνας. Λίγες τιμές υπήρχαν στο 55-70 στο T-score που θεωρούνται ουδέτερης πρόγνωσης αξίας για ανάπτυξη αγχώδους διαταραχής. Επιπρόσθετα, αξίζει να αναφέρουμε ότι παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο SCARED που απευθύνεται στους κηδεμόνες των παιδιών, ενώ μια σημαντική μείωση στη συγκεκριμένη βαθμολογία παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μελέτης ($p=0.018$) (Πίνακας 5.4).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της μελέτης ήταν να καταγράψει και να αξιολογήσει την εξέλιξη των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών με αυξημένο σωματικό βάρος. Με την ανάλυση δεδομένων 111 ασθενών, 26% εφήβων και 74% παιδιών σε προεφηβικό στάδιο, διαφαίνεται ότι η χρήση ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και άσκησης συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας.

Ένα χρόνο μετά την εφαρμογή του προγράμματος διατροφής και άσκησης παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στους καρδιομεταβολικούς δείκτες, όπως η ελάττωση του λόγου περιφέρειας μέσης ισχίων, HbA1C, ηπατικών ενζύμων, κορτιζόλης και LDL, και η αύξηση των συγκεντρώσεων της HDL.

Σχετικά με την ψυχική υγεία, στην επαναξιολόγηση των παιδιών και των εφήβων με αυξημένο βάρος σώματος, ένα χρόνο αργότερα δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές από τη μεριά των παιδιών, σε αντίθεση με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν την αρνητική επίδραση του αυξημένου βάρους στην ψυχική υγεία. Μάλιστα υπήρξε βελτίωση στην βαθμολογίες της κλίμακας ικανότητας για τις δραστηριότητες και την ολική ικανότητα στο YSR. Από την μεριά των γονέων τα αποτελέσματα ήταν επίσης ενθαρρυντικά καθώς οι γονείς αναφέρουν για τα παιδιά τους λιγότερες σωματικές ενοχλήσεις στο ερωτηματολόγιο CBCL και βελτιωμένο ήταν το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο SCARED. Με βάσει αυτά τα αποτελέσματα διαφαίνεται η θετική επίδραση που προσφέρει μία αρχική εκτίμηση του προβλήματος, οι διατροφικές συμβουλές και οι οδηγίες για σωστή άσκηση.

Παρόλα αυτά τα ενθαρρυντικά ευρήματα για τα παιδιά και τους εφήβους με αυξημένο βάρος σώματος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στόχος θα πρέπει πάντα να είναι το βάρος να επανέλθει στα φυσιολογικά. Σε μελέτη που έχει συγκρίνει παχύσαρκα παιδιά σε σχέση με παιδιά φυσιολογικού βάρους με τη χρήση του CBCL και του YSR, οι βαθμολογίες των προβλημάτων εσωτερικοποίησης που αναφέρθηκαν τόσο από τα παιδιά όσο και από τις μητέρες ήταν σημαντικά υψηλότερες στα παχύσαρκα σε σύγκριση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους, και τα εξωτερικά προβλήματα που αναφέρθηκαν μόνο από μητέρες ήταν σημαντικά υψηλότερα στον πληθυσμό των παχύσαρκων παιδιών (Pervanidou et al, 2015).

Η μελέτη μας επικεντρώθηκε στην κρίσιμη περίοδο της παιδικής ηλικίας, κατά την οποία μπορεί να αναπτυχθεί η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αυτή η σχέση είναι περίπλοκη και έχουν προταθεί πολλοί μηχανισμοί. Ο ρόλος των γονέων φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Μελέτη ελληνικού τυχαίου δείγματος εφήβων και των γονέων τους ανέδειξε ότι η υποκειμενική κατάσταση της ψυχικής υγείας των γονέων συσχετίστηκε σημαντικά με την καλύτερη σωματική και ψυχολογική ευεξία, τις διαθέσεις και τα συναισθήματα των εφήβων, σχέσεις γονέα-παιδιού, σχολικό περιβάλλον και οικονομικοί πόροι (Giannakopoulos et al, 2009). Επίσης άλλη ανάλυση σε περισσότερους από χίλιους εφήβους έδειξε ότι τα υποκειμενικά παράπονα για την υγεία των εφήβων συσχετίστηκαν ανεξάρτητα και σημαντικά με την κακή υποκειμενική κατάσταση ψυχικής υγείας των γονέων, τις κακές σχέσεις γονέα-παιδιού και τη γονεϊκή ανησυχία (Petanidou et al, 2014). Ακόμη και περιγεννητικά συμβάντα, στρατηγικές γονεϊκής μέριμνας και γονεϊκό στρες έχουν συνδεθεί με τον επιπολασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία (Bakoula et al, 2009). Σε αυτή τη βάση, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις πρακτικές γονικής φροντίδας και στην ψυχοκοινωνική τους υγεία.

Υπάρχουν περιορισμοί που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης. Το δείγμα εφήβων ήταν σχετικά μικρό. Οι έφηβοι με προβλήματα ψυχικής υγείας δεν συμπεριλήφθηκαν, κάτι που θα μπορούσε να είχε ως αποτέλεσμα τη μη σημαντική μέτρια επίδραση της κατάστασης βάρους. Επίσης ο χρόνος της επαναξιολόγησης ήταν σχετικά μικρός και έτσι δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε πιθανή μακροχρόνια εξέλιξη σε περισσότερα έτη. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκαν μόνο Έλληνες έφηβοι, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα

γενίκευσης των ευρημάτων σε άλλες εθνικές / φυλετικές ομάδες. Ακόμη, οι πιθανές παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές και οι διαταραχές του ύπνου δεν μπόρεσαν να αξιολογηθούν. Σε μελέτη 90 εφήβων στην Ελλάδα οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές ήταν διαδεδομένες στο 17.8% και βρέθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της διαταραχής της διατροφικής συμπεριφοράς και της βαθμολογίας άγχους στο YSR (Bacoroulou et al, 2017). Η παθογενετική επίδραση του μειωμένου ύπνου θεωρείται ότι επηρεάζεται τόσο από συμπεριφορικούς όσο και από ορμονικούς παράγοντες (Spiegel et al, 2004).

Η μελέτη παρακολουθεί ταυτόχρονα την εξέλιξη στην σωματική και την ψυχική υγεία των νέων με αυξημένο βάρος σώματος. Σε μία δύσκολη και μεταβαλλόμενη περίοδο της παιδικής και εφηβικής ζωής αναδεικνύεται η πολυπαραγοντική σχέση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και αυξημένου βάρους.

Συμπεράσματα και προτάσεις

Τα ευρήματα της μελέτης μας υποδηλώνουν τον σημαντικό ρόλο ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και άσκησης στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Ένα χρόνο μετά την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής και άσκησης, ο λόγος μέσης/ισχίου μειώθηκε σημαντικά και οι καρδιομεταβολικοί παράγοντες κινδύνου βελτιώθηκαν σημαντικά. Όσον αφορά την ψυχική υγεία, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτηματολογίων SCARED και CDI για τα παιδιά. Οι γονείς ανέφεραν για τα παιδιά τους βελτιώσεις στις βαθμολογίες των σωματικών ενοχλήσεων και προβλημάτων στο ερωτηματολόγιο CBCL, ενώ παράλληλα σημαντικά χαμηλότερες ήταν οι βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο SCARED κατά τη διάρκεια των 12 μηνών της μελέτης.

Στόχος για τα παιδιά είναι η καλύτερη σωματική υγεία, αλλά καθώς τα σωματικά προβλήματα επηρεάζουν την ψυχική διάθεση, έτσι και τα ψυχικά νοσήματα μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την σωματική υγεία. Τα συμπεράσματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν από τους επιστήμονες υγείας για τη βέλτιστη αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας και των προβλημάτων ψυχικής υγείας καθώς και για να αναδειχθεί η πολυπαραγοντική παθογένεση των δύο διαταραχών. Είναι λοιπόν προφανής η ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση, διαγνωστική αξιολόγηση και

θεραπεία της παχυσαρκίας και των διαταραχών συναισθηματικής διάθεσης στους νεαρούς ασθενείς, καθώς και η ανάγκη για συνέχεια στην σωματική και ψυχοκοινωνική φροντίδα και θεραπεία τους από τις μικρές ηλικίες στην ενηλικίωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Achenbach TM. Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of child and adolescent psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ (Eds). Developmental psychopathology. John Wiley & Sons; 1995; 57-80.

Aschenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. University of Vermont, Department of Psychiatry; Burlington, VT: 1991a.

Aschenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1991.

Aschenbach TM. Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT, 1991.

Atlantis E, Ball K. Association between weight perception and psychological distress. International journal of obesity (2005). 2008;32(4):715-21

Averett S, Korenman S. Black-white differences in social and economic consequences of obesity. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999; 23:166–73.

Bacopoulou F, Foskolos E, Stefanaki C, Tsitsami E, Voursour E. Disordered eating attitudes and emotional/behavioral adjustment in Greek adolescents Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2017

Bakoula C, Kolaitis G, Veltsista A, Gika A, & Chrousos G. Parental stress affects the emotions and behaviour of children up to adolescence: A Greek prospective, longitudinal study, Stress. 2009; 12(6): 486-98.

Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel FRC, Psych S. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: An Updated Systematic Review and Metaregression Analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020 Feb 5. pii: S0890-8567(20)30061-7. doi: 10.1016/j.jaac.2020.01.015.

Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? J Affect Disord 2005;89(13):35–44. [PubMed: 16219362]

Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, Chrisman A, Farchione T, Greenhill L, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Stock S, Ptakowski KK, Medicus J.

Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad child Adolesc Psychiatry 2007;46(11):1503–26. [PubMed: 18049300]

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(4), 545–553. doi:10.1097/00004583-199704000-00018

Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38:1230–1236.

Bruch H, Touraine G. Obesity in childhood. Psychosom Med. 1940;2:141–206.

Burke N.L., Storch E.A. A meta-analysis of weight status and anxiety in children and adolescents. J. Dev. Behav. Pediatr. 2015;36:133–145.

Charlson F, Van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019;394(10194):240–248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.

Dahl RE, Ryan ND, Matty MK, Birmaher B, al-Shabbout M, Williamson DE, Kupfer DJ. Sleep onset abnormalities in depressed adolescents. Biol Psychiatry 1996;39(6):400–10. [PubMed: 8679785]

Dorsey KB, Wells C, Krumholz HM, Concato J. Diagnosis, evaluation and treatment of childhood obesity in pediatric practice. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159:632–8.

Drotar D, Stein REK, Perrin EC. Methodological issues in using the child behavior checklist and its related instruments in clinical child psychology research. Journal of Clinical Child Psychology. Special Issue: Methodological Issues in Clinical Child Psychology Research 1995; 24(2):184–192. Published online: 07 Jun 2010.

Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:733–8.

Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? Pediatr Int. 2004;46:296–301.

Esposito M, Gallai B, Roccella M, Marotta R, Lavano F, Lavano SM, et al. Anxiety and depression levels in prepubertal obese children: a case-control study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1897–1902

Essau CA, Anastassiou-Hadjicharalambous X, Muñoz LC. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in Cypriot children and adolescents. *Eur J Psychol Assess.* 2013;29:19–27.

Fennig S. Can we treat morbid obese children in a behavioral inpatient programme? *Pediatr Endocrinol Rev.* 2006;3(Suppl 4):590–6.

Frisco ML, Houle JN, Martin MA. The image in the mirror and the number on the scale: Weight, weight perceptions, and adolescent depressive symptoms. *Journal of Health and Social Behavior.* 2010;51(2):215-28.

Huang Chiungjung. Cross-Informant Agreement on the Child Behavior Checklist for Youths: A Meta-Analysis National Changhua University of Education, Changhua, Taiwan *Psychol Rep.* 2017

Gariepy G., Nitka D., Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Obes. (Lond.)* 2010;34:407–419. doi: 10.1038/ijo.2009.252.

Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Pedeli X, Kolaitis G, Rotsika V, Ravens-Sieberger U and Tountas Y. Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health. *Health and quality of Life Outcomes* 2009.

Giannakopoulos G, Kazantzi M, Dimitrakaki C, Tsiantis J, Kolaitis G, Tountas Y. Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2009) 18:485–492

Gibson-Smith Deborah, Halldorsson T, Bot M, Brouwer I, Visser M, Thorsdottir I, Birgisdottir B, Gudnason V, Eirisdottir G, Launer L, Harris T, Gunnarsdottir I. Childhood overweight and obesity and the risk of depression across the lifespan. *BMC Pediatrics.* 2020 Jan 21;20(1):25. PMID: 31964368 PMCID: PMC6971945 DOI: 10.1186/s12887-020-1930-8

Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics.* 2002;110:497–504.

Gupta NK, Mueller WH, Chan W, Meininger JC. Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? Am J Hum Biol 2002;14(6):762–8. [PubMed: 12400037]

Gurvinder Kalra, De Sousa A, Sonavane, S, Shah N. Psychological issues in pediatric obesity Ind Psychiatry J. 2012 Jan-Jun; 21(1): 11–17. PMID: 23766572

Gundersen C, Mahatmya D, Garasky S, Lohman B, Linking psychological stressors and childhood obesity. First published: 27 April 2011.

Rankin J, Matthews L, Cobley S, Han A, Sanders R, Wiltshire D, Julien S Baker Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. Adolesc Health Med Ther. 2016; 7: 125–146. Published online 2016 Nov PMID: 27881930.

Jill M Holm-Denoma, Smith A, Peter ML, Pettit J. Psychosocial predictors of body mass index at late childhood: A longitudinal investigation, J Health Psychol. 2014 Jun; 19(6): 754–764. Published online 2013 Mar 21. doi: 10.1177/1359105313479626

Kapornai K, Vetro A. Depression in children. Curr Opin Psychiatry. 2008;21:1–7.

Keery H, Boutelle K, van den Berg P, Thompson J. The impact of appearance-related teasing by family members. J Adolesc Health. 2005;37:120–7.

Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacol Bull 1985; 21:995-998.

Libbey HP, Story MT, Neumark-Sztainer DR, Boutelle KN. Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. Obesity (Silver Spring) 2008;16(Suppl 2):S24–9.

Lindberg L, Hagman E, Danielsson P, Marcus C, Persson M. Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden BMC Med. 2020; 18: 30. Published online 2020 Mar 3. doi: 10.1186/s12916-020-1498-z PMCID: PMC7033939 PMID: 32079538

Lynch T, Azuero A, Lochman JE, Park NJ, Turner-Henson A, Rice M. The Influence of Psychological Stress, Depressive Symptoms, and Cortisol on Body Mass and Central Adiposity in 10- to-12-Year-Old Children. J Pediatr Nurs. 2019 Jan - Feb;44:42-49. doi: 10.1016/j.pedn.2018.10.007. Epub 2018 Oct 24.

- Magklara K, Bellos S, Niakas D, Stylianidis S, Kolaitis G, Mavreas V, Skapinakis P. Depression in late adolescence: a crosssectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry* (2015) 15:199 DOI 10.1186/s12888-015-0584-9.
- Maloney AE. Pediatric obesity: A review for the child psychiatrist. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19:353–70.
- Mulugeta Anwar, Zhou A, Power C, Hyppönen E. Obesity and depressive symptoms in mid-life: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 297. Published online 2018 Sep 17. doi: 10.1186/s12888-018-1877-6 PMCID: PMC6148790 PMID: 30236085
- Neumark-Sztainer D, Harris T, Story M. Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *J Nutr Educ*. 1999;31:3–9.
- Pervanidou P, Bastaki D, Chouliaras G, Papanikolaou K, Kanaka-Gantenbein C, Chrousos G. Internalizing and externalizing problems in obese children and adolescents: associations with daily salivary cortisol concentrations. *Hormones (Athens)*. 2015 Oct-Dec;14(4):623-31. doi: 10.14310/horm.2002.1602.
- Petanidou D, Mihas C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Selected family characteristics are associated with adolescents' subjective health complaints. *Acta Pædiatrica* 2014.
- Phillips RG, Hill AJ. Fat, plain, but not friendless: Self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998;22:287–93.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345–365. doi: 10.1111/jcpp.12381.
- Quek YH, Tam WWS, Zhang MWB, Ho RCM. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;18(7):742–754. doi: 10.1111/obr.12535.
- Reeves G, Postolache T, Snitker S. Childhood Obesity and Depression: Connection between these Growing Problems in Growing Children *Int J Child Health Hum Dev*. 2008 August ; 1(2): 103–114.
- Roberts RE, Duong HT. Perceived weight, not obesity, increases risk for major depression among adolescents. *Journal of psychiatric research*. 2013;47(8):1110-7.

Roussos A, Francis K, Zoubou V, Kiprianos S, Prokopiou A, Richardson C. The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001;10:47–53.

Roussos A, Karantanos G, Richardson C, Hartman C, Karajiannis D, Kyprianos S, Lazaratou H, Mahaira O, Tassi M, Zoubou V. Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6–12 years old. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999;8:165–172.

Schneider M, Dunton GF, Cooper DM. Media use and obesity in adolescent females. *Obesity* (Silver Spring) 2007;15(9):2328–35. [PubMed: 17890502]

Simeng Wang, Qi Sun, Lingling Zhai, Yinglong Bai, Wei Wei, and Lihong Jia. The Prevalence of Depression and Anxiety Symptoms among Overweight/Obese and Non-Overweight/Non-Obese Children/Adolescents in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Feb; 16(3): 340. Published online 2019 Jan 26. doi: 10.3390/ijerph16030340 PMCID: PMC6388174 PMID: 30691096.

Simon SL, Diniz Behn C, Laikin A, Kaar JL, Rahat H, Cree-Green M, Wright KP Jr, Nadeau KJ. Sleep & Circadian Health are Associated with Mood & Behavior in Adolescents with Overweight/Obesity. *Behav Sleep Med*. 2019 Jun 20:1-10. doi: 10.1080/15402002.2019.1629444.

Snitker S, Le KY, Hager E, Caballero B, Black MM. Association of physical activity and body composition with insulin sensitivity in a community sample of adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(7):677–83. [PubMed: 17606831]

Solveig A. Cunningham, Kramer M, Venkat Narayan KM. Incidence of Childhood Obesity in the United States January 30, 2014 *N Engl J Med* 2014; 370:403-411 DOI: 10.1056/NEJMoa1309753

Spiegel K, Tasali E, Penev P, VanCauter E. Brief communications: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med* 2004;141(11):846–50. [PubMed: 15583226]

Stavrou S, Nicolaidis NC, Critselis E, Darviri C, Charmandari E, Chrousos GP. Paediatric stress: from neuroendocrinology to contemporary disorders. *Eur J Clin Invest*. 2017 Mar;47(3):262-269. doi: 10.1111/eci.12724. Epub 2017 Feb 3.

Charikleia S, Michos A, Latsios G, Tousoulis D, Peppas M, Zosi P, Boschiero D, Bacopoulou F. Article Sexual Dimorphism of Heart Rate Variability in Adolescence: A Case-Control Study on Depression, Anxiety, Stress Levels, Body Composition, and Heart Rate Variability in Adolescents with Impaired Fasting Glucose. International Journal of Environmental Research and Public Health, Published: 14 April 2020

Sutaria S, Devakumar D, Yasuda SS, Das S, Saxena S Is obesity associated with depression in children? Systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child. 2019 Jan;104(1):64-74. doi: 10.1136/archdischild-2017-314608. Epub 2018 Jun 29.

Tsitsika AK, Andrieu EK, Psaltopoulou T, Tzavara CK, Sergeantanis TN, Ntanasis-Stathopoulos I, Bacopoulou F, Richardson C, Chrousos GP, Tsolia M. Association between problematic internet use, socio-demographic variables and obesity among European adolescents. The European Journal of Public Health Advance Access published April 25, 2016.

Van Meter Anna, Youngstrom E, Ollendick T, Demeter C, and Findling R. Clinical Decision-Making about Child and Adolescent Anxiety Disorders Using the Achenbach System of Empirically Based Assessment Journal of Clinical Child Psychology. 2014; 43(4): 552–565.

Vila G, Zipper E, Dabbas M, Bertrand C, Robert JJ, Ricour C, et al. Mental disorders in obese children and adolescents. Psychosom Med. 2004;66:387–94.

Vgontzas AN, Bixler EO, Chrousos GP. Obesity-related sleepiness and fatigue: The role of the stress system and cytokines. Ann N Y Acad Sci. 2006;1083:329–44.

Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2005;19(3):421–40.

Weiss B, Weisz JR, Politano M, Carey M, Nelson WM, Finch AJ. Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children versus adolescents. J Abnorm Psychol 1992;101(3): 391–7.

Wood JJ. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. Child Psychiatry Hum Dev. 2006;37:73–87.

World Health Organisation. Obesity and overweight factsheet no. 311. Geneva; 2016.

World Obesity Federation, Δελτίο τύπου για την Παγκόσμια Ημέρα κατά της παχυσαρκίας 2017 <http://www.hda.gr/wp-content/uploads/2017/10/>

Young-Hyman D, Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Keil M, Cohen ML, Peyrot M, et al. Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:2249–58.

Zipper E, Vila G, Dabbas M, Bertrand C, Mouren-Siméoni MC, Robert JJ, et al. Obesity in children and adolescents, mental disorders and familial psychopathology. *Presse Med.* 2001;30:1489–95.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/243301/Greece-WHO-Country-Profile.pdf

Κολαΐτης Γ. Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή. *Ψυχιατρική* 2012, 23:Π94–Π10

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας 5.1 Κλινικά Χαρακτηριστικά των ασθενών (N=111)

Μεταβλητές	Αρχική Αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	P
Βάρος (kg)	58.36 ± 1.72	65.77 ± 1.72	<0.001*
Ύψος (cm)	144.96 ± 1.49	155.61 ± 1.38	<0.001
BMI (kg/m²)	26.94 ± 0.37	26.87 ± 0.39	0.182*
ΣΑΠ (mmHg)	110.71 ± 1.19	114.55 ± 1.10	0.004
ΔΑΠ (mmHg)	63.08 ± 1	68.78 ± 0.93	0.004
ΜΑΠ (mmHg)	78.92 ± 0.90	84.04 ± 0.89	0.001
Μέση (cm)	83.94 ± 1.30	86.51 ± 1.25	0.011*
Ισχίο (cm)	90.44 ± 1.33	95.37 ± 1.32	<0.001*
Λόγος Μέσης/Ισχίου	0.93± 0.01	0.91 ± 0.01	0.004*
Λιπώδης Μάζα (kg)	21.50 ± 0.82	22.74 ± 0.83	0.012*
Μυϊκή Μάζα (kg)	35.34 ± 1.09	40.57 ± 1.14	<0.001*
Οστική Μάζα (kg)	1.94 ± 0.05	2.48 ± 0.28	0.074

Συντομογραφίες: BMI: Δείκτης Μάζας Σώματος, ΣΑΠ: Συστολική Αρτηριακή Πίεση, ΔΑΠ: Διαστολική Αρτηριακή Πίεση, ΜΑΠ: Μέση Αρτηριακή Πίεση, WHratio: λόγος Μέσης/Ισχίου. Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσοι όροι ± τυπικό σφάλμα από τη μέση τιμή (SEM). Τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (p values) προέκυψαν από t-test ζευγαρωτών δειγμάτων (pwithin).

Πίνακας 5.2 Βιοχημικές, Ενδοκρινολογικές και Αιματολογικές Παράμετροι

Μεταβλητές	Εύρος Αναφοράς	Αρχική Αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	P
Γλυκόζη (mg/dL)	70-100	79.22 ± 0.75	82.27 ± 0.73	0.002
Ινσουλίνη (μUI/mL)	2.5-25	16.14 ± 0.88	16.28 ± 0.84	0.623*
HbA1c (%)	3.8-5.4	5.31 ± 0.02	5.23 ± 0.03	<0.001
HOMA-IR	-	3.19 ± 0.18	3.40 ± 0.19	0.771*
QUICKI	-	0.33 ± 0.003	0.32 ± 0.003	0.308*
SGOT (U/L)	10-60	24.54 ± 0.58	20.86 ± 0.53	<0.001
SGPT(U/L)	5-45	22.87 ± 1.21	18.60 ± 0.77	<0.001*
γ-GT (U/L)	2-50	14.94 ± 0.58	13.07 ± 0.48	<0.001
Χοληστερόλη (mg/dL)	120-200	154.77 ± 2.58	151.53 ± 2.34	0.134
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	30-130	78.85 ± 3.67	73.08 ± 3.34	0.045*
HDL (mg/dL)	35-65	47.76 ± 0.94	53.41 ± 1.11	<0.001
LDL (mg/dL)	<130	91.23 ± 2.25	84.20 ± 2.02	<0.001
ApoA1 (mg/dL)	115-210	141.18 ± 1.65	138.21 ± 2.06	0.100
ApoB (mg/dL)	55-135	73.35 ± 1.61	72.11 ± 1.47	0.317
Lpa (mg/dL)	<30	15.93 ± 2.25	15.11 ± 2.14	0.011*
Calcium (mg/dL)	8.2-11.2	9.93 ± 0.04	9.69 ± 0.04	<0.001
PTH (pg/mL)	2.5-37	33.92 ± 1.25	39.36 ±	<0.001*

			1.18	
Total 25(OH)-Vitamin D (ng/mL)	>30	19.35 ± 0.54	21.81 ± 0.72	0.002
FT4 (ng/dL)		1.14 ± 0.14	1.13 ± 0.17	0.672
TSH (μIU/mL)		2.65 (2.07, 3.66)	2.67 (1.95, 3.58)	0.280*
AntiTG (IU/mL)		20 (20, 20)	20 (20, 20)	0.500*
AntiTPO (IU/mL)		10 (10, 15.48)	10 (10, 11)	0.003*
IGF1 (ng/mL)		236 (164, 348)	375 (215,603)	<0.001*
IGF BP3 (μg/mL)		5.09 ± 0.98	5.49 ± 1.06	<0.001
Δ4-Ανδροστενδιόνη (ng/mL)		0.57(0.31, 1.15)	1.12 (0.52, 1.90)	<0.001*
Τεστοστερόνη (ng/dL)		20 (20, 20.40)	20 (20, 25.40)	<0.001*
DHEA-S (μg/dL)		95.90 (51.20, 146)	132 (72.70, 201)	<0.001*
Προλακτίνη (ng/mL)		9.72 (7.63, 14.43)	11.67 (8.79, 15.66)	0.010*
LH (mUI/mL)		0.22 (0.10, 2.78)	3.37 (0.10, 5.15)	<0.001*
FSH (MUI/MI)		1.87 (0.86, 3.27)	2.51 (1.16, 4.59)	<0.001*
E2 (pg/mL)		5 (5, 8.96)	8.56 (5, 27.09)	<0.001*
ACTH (pg/mL)		26.56 (18.06, 36.28)	24.80 (15.95, 36.12)	0.969*
Κορτιζόλη (μg/dL)		15.75 (11.05,	12.38 (9.25, 16.90)	<0.001*

		19.86)		
SHBG (nmol/L)		40.12 (27.31, 55.34)	37.27 (22.73, 54.25)	0.073*
hsCRP (mg/dL)	<0.3	0.31 ± 0.04	0.23 ± 0.03	0.074*
Hb (g/dl)		13.04 ± 1.03	13.18 ± 1.11	0.051
Hct (%)		40.93 ± 2.82	41.05 ± 3.08	0.583
WBC (x10³/μl)		7.62 ± 1.20	7.03 ± 1.69	0.001
PLT (x10³/μl)		307.14 ± 63.37	284.61± 62.06	<0.001
Φερριτίνη (ng/mL)		51 (37, 68.25)	43 (28.80, 67)	0.020*

Συντομογραφίες: HbA1c: Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, HOMA-IR: Ομοιοστατικό μοντέλο αξιολόγησης της αντίστασης στην ινσουλίνη, QUICKI: Δείκτης ελέγχου ποσοτικής ευαισθησίας στην ινσουλίνη, SGOT: Γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση ορού, SGPT: Γλουταμινική πυροσταφυλική τρανσαμινάση ορού, γ-GT: γ-Γλουταμυλ τρανσφεράση, HDL: Λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας, LDL: Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας, ApoA1: Απολιποπρωτεΐνη A1, ApoB: Απολιποπρωτεΐνη B, Lpa: Λιποπρωτεΐνη α, PTH: Παραθορμόνη, Ολική 25-OH-Βιταμίνη D: Ολική 25-υδροξυ Βιταμίνη D, FT4: Ελεύθερη Θυροξίνη, TSH: Θυρεοειδοτρόπος Ορμόνη, Anti-TG: αντισώματα κατά της Θυρεοσφαιρίνης, Anti-TPO: αντισώματα κατά της Θυρεοειδικής Υπεροξειδάσης, IGF1: Ινσουλινόμορφος Αυξητικός Παράγοντας 1, IGF-BP3: IGF-δεσμευτική πρωτεΐνη 3, DHEA-s: θειική δεϋδροεπιανδροστερόνη, LH: Ωχρινोटρόπος Ορμόνη, FSH: Ωοθυλακιотρόπος Ορμόνη, E2: Οιστραδιόλη, ACTH: Αδρενοκορτικοτρόπος Ορμόνη, SHBG: Δεσμευτική Σφαιρίνη Ορμονών Φύλου. hsCRP: υψηλής ευαισθησίας C Αντιδρώσα Πρωτεΐνη. Hb: Αιμοσφαιρίνη, Hct: Αιματοκρίτης, WBC: Αριθμός Λευκών Αιμοσφαιρίων, PLT: Αριθμός Αιμοπεταλίων Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσοι όροι ± τυπικό σφάλμα από τη μέση τιμή (SEM). Οι συνεχείς μεταβλητές κανονικής κατανομής παρουσιάζονται ως μέσοι όροι ± τυπικές αποκλίσεις, ενώ οι ασύμμετρες ως διάμεσες τιμές (25η, 75η εκατοστιαίες θέσεις).

Πίνακας 5.3 Ερωτηματολόγια Αυτοαξιολόγησης Εφήβων (YSR), Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί - συμπληρωμένο από το παιδί (SCARED Child) και Κλίμακα Καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης (CDI).

<u>YSR -Μεταβλητές</u>	Αρχική Αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	P
<u>T Scores Κλίμακας Ικανότητας</u>			
Δραστηριότητες	42.45 ± 1.32	40.80 ± 1.37	0.040
Κοινωνική	46.49 ± 1.40	44.35 ± 1.37	0.074*
Ολική Ικανότητα	43.81 ± 1.33	41.61 ± 1.47	0.018*
<u>T Scores Κλίμακας Συνδρόμου</u>			
Αγχωμένος/Καταθληπτικός	56.61 ± 0.94	56.57 ± 1.14	0.588*
Αποσυρθείς/Καταθληπτικός	55.25 ± 1.31	53.59 ± 0.92	0.670*
Σωματικές Ενοχλήσεις	56.80 ± 1.08	54.42 ± 0.89	0.087*
Κοινωνικά Προβλήματα	56.68 ± 1.19	55.06 ± 0.97	0.129*
Προβλήματα Σκέψης	54.43 ± 1.08	53.71 ± 0.94	0.637*
Προβλήματα Προσοχής	54.73 ± 1.03	54.18 ± 0.94	0.843*
Συμπεριφορά Παράβασης των Κανόνων	53.20 ± 0.71	53.86 ± 0.88	0.323*
Επιθετική Συμπεριφορά	55.11 ± 1.27	54.69 ± 1.05	0.720*
<u>T Scores Εσωτερίκευσης, Εξωτερίκευσης και Συνολικών Προβλημάτων</u>			
Προβλήματα Εσωτερίκευσης	52.91 ± 1.55	49.53 ± 1.90	0.559*
Προβλήματα Εξωτερίκευσης	50 ± 1.55	49.78 ± 1.54	0.540
Προβλήματα Συνολικά Προβλήματα	52.23 ± 1.59	50.37 ± 1.59	0.643
<u>T Scores DSM-Προσαρμοσμένων Κλιμάκων</u>			
Συναισθηματικά Προβλήματα	56.53 ± 1.13	55.18 ± 1.14	0.831*
Αγχώδη Προβλήματα	55.74 ± 1	55.47 ± 0.95	0.764*
Σωματικά Προβλήματα	56.05 ± 0.94	53.92 ± 0.78	0.122*
Προβλήματα Ελλείμματος Προσοχής/Υπερκινητικότητας	54.60 ± 0.98	53.92 ± 0.79	0.583*
Εναντιωματικά Προκλητικά Προβλήματα	54.44 ± 0.98	54.22 ± 0.77	0.613*
Προβλήματα Διαγωγής	54.49 ± 1	54.20 ± 0.93	0.767*
<u>Κλίμακες & T Scores Κλίμακας Θετικών Ιδιοτήτων</u>			
Ιδιοψυχαναγκαστικά Προβλήματα	55.77 ± 0.97	55 ± 1	0.663*
Προβλήματα Μετα-τραυματικού Στρες	55.37 ± 1	54.94 ± 0.99	0.583*
Θετικές Ιδιότητες	50.91 ± 2.09	50.02 ± 1.69	0.990*
<u>SCARED Child</u>	2.13 ± 0.21	2.04 ± 0.17	0.179*

<u>CDI</u>	7.91 ± 0.60	8.32 ± 0.69	0.706*
-------------------	-------------	-------------	--------

Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσοι όροι ± τυπικό σφάλμα από τη μέση τιμή (SEM). Τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (*p values*) προέκυψαν από t-test ζευγαρωτών δειγμάτων (*p_{within}*).

Πίνακας 5.4 Ερωτηματολόγια Παιδικής Συμπεριφοράς (CBCL) και Ανίχνευσης Συναισθηματικών Διαταραχών που Σχετίζονται με το Άγχος στο Παιδί συμπληρωμένο από τον γονέα (SCARED Parent)

CBCL- Μεταβλητές	Αρχική Αξιολόγηση	Ετήσια αξιολόγηση	P
<u>T Scores Κλίμακας Ικανότητας</u>			
Δραστηριότητες	37.90 ± 1.06	37.46 ± 1	0.886*
Κοινωνική	42.59 ± 1.17	43.87 ± 1.04	0.198*
Ολική Ικανότητα	38.95 ± 1.18	38.71 ± 0.99	0.628*
<u>T Scores Κλίμακας Συνδρόμου</u>			
Αγχωμένος/Καταθληπτικός	56.35 ± 0.80	56.05 ± 0.89	0.427*
Αποσυρθείς/Καταθληπτικός	56.06 ± 0.83	53.92 ± 0.68	0.458*
Σωματικές Ενοχλήσεις	56.18 ± 0.78	54.38 ± 0.71	0.032*
Κοινωνικά Προβλήματα	56.91 ± 0.83	55.70 ± 0.84	0.645*
Προβλήματα Σκέψης	54.35 ± 0.78	53.86 ± 0.59	0.496*
Προβλήματα Προσοχής	55.18 ± 0.75	54.03 ± 0.56	0.340*
Συμπεριφορά Παράβασης των Κανόνων	54.78 ± 0.67	54.03 ± 0.69	0.909*
Επιθετική Συμπεριφορά	55.68 ± 0.78	54.86 ± 0.74	0.910*
<u>T Scores Εσωτερίκευσης, Εξωτερίκευσης και Συνολικών Προβλημάτων</u>			
Προβλήματα Εσωτερίκευσης	54.43 ± 1.22	51.20 ± 1.27	0.135*
Προβλήματα Εξωτερίκευσης	50.54 ± 1.67	50.97 ± 1.65	0.827
Συνολικά Προβλήματα	52.49 ± 1.76	51.38 ± 1.77	0.611
<u>T Scores DSM-Προσαρμοσμένων Κλιμάκων</u>			
Συναισθηματικά Προβλήματα	57.55 ± 0.89	56.67 ± 0.84	0.307*
Αγχώδη Προβλήματα	56.29 ± 0.82	56.52 ± 0.91	0.340*
Σωματικά Προβλήματα	55.65 ± 0.79	53.91 ± 0.70	0.006*
Προβλήματα Ελλείμματος Προσοχής/Υπερκινητικότητας	55.23 ± 0.78	54 ± 0.65	0.053*
Εναντιωματικά Προκλητικά Προβλήματα	55.08 ± 0.69	54.75 ± 0.71	0.688*
Προβλήματα Διαγωγής	54.88 ± 0.73	53.67 ± 0.71	0.627*
<u>T Scores Κλιμάκων</u>			
Βραδύς γνωστικός ρυθμός	54.82 ± 0.78	53.84 ± 0.67	0.837*
Ιδιοψυχαναγκαστικά Προβλήματα	54.63 ± 0.81	54.64 ± 0.74	0.426*
Προβλήματα Μετα-τραυματικού Στρες	54.72 ± 1.03	54.70 ± 0.71	0.828*
<u>SCARED Parent</u>	1.74 ± 0.16	1.35 ± 0.18	0.018•

Οι μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσοι όροι ± τυπικό σφάλμα από τη μέση τιμή (SEM). Τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (p values) προέκυψαν από t-test ζευγαρωτών δειγμάτων (p_{within}).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΑΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΜΑΡΙΑ ΚΗΤΗΛΗ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 04-12-19

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ,
Καθηγήτρια-Διευθύντρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντρια ΕΣΥ Καρδιολογίας
ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α΄ Οφθαλμολογίας
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΠΗΛΙΧΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Β΄ Ορθοπαιδικής
ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντής Βιοχημικού Εργαστηρίου
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλευτικής
ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΛΙΒΩΚΑΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Ψυχική υγεία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά»

Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΧΑΡΜΑΝΔΑΡΗ, Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 25486/02.12.2019

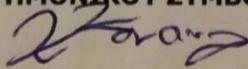
Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 04 Δεκεμβρίου 2019 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ κ. Μαρίας Κητηλή, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Ψυχική υγεία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά».

Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία εκπονείται στα πλαίσια της πτυχιακής της εργασίας, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και όπως αναφέρεται δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής της ανωτέρω μελέτης, για καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων. Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο μελέτης
2. Ερωτηματολόγιο S.C.A.R.E.D. (Screen for Child Anxiety Related Disorders) για γονείς
3. Ερωτηματολόγιο S.C.A.R.E.D. (Screen for Child Anxiety Related Disorders) για παιδιά (6-18 ετών)
4. Y.S.R (Youth Self Report) ερωτηματολόγιο για εφήβους 11-18 ετών
5. Ερωτηματολόγιο «Τα συναισθήματά σου» της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής
6. C.B.C.L. (Child Behavior Checklist for Ages 6-18), ερωτηματολόγιο για γονείς (παιδιά ηλικίας 6-18 ετών)

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**



**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ
Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ



«ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ
ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑΣ
ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ
ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ»



ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ / ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

1. Σκοπός

Το ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΣΠΑ: «Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Υπερβαρότητας και Παχυσαρκίας κατά την Παιδική και Εφηβική Ηλικία» – ΜΕ: 370646 στοχεύει στην ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου δράσης παρέμβασης για την πρόληψη και αντιμετώπιση της υπερβαρότητας και παχυσαρκίας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, λαμβάνοντας υπό όλην τόσο τις δομές του υπάρχοντος δημοσίου συστήματος υγείας όσο και όλων τους εμπλεκόμενους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Το Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη του Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία» θα αποτελέσει Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Υπερβαρότητας και Παχυσαρκίας κατά την Παιδική και Εφηβική Ηλικία στην Ελλάδα και θα αναλάβει τον συντονισμό και διακτερίωση όλων των σχετικών δράσεων.

Επιστημονική Υπεύθυνη του έργου είναι η κ. **Ευσταθία Χαρμανδάρη**, Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας (Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ).

2. Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες θα αξιολογηθούν διαφορετικές επισκέψεις / χρονικές περιόδους. Η 1η επίσκεψη περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού ιστορικού του παιδιού μου, τη φυσική εξέταση του, τη λήψη των ανωμαλιών δεικτών (ύψος, βάρος, δείκτης μάζας σώματος) καθώς και την αξιολόγηση της σωματικής σύνθεσης με μέθοδο BIA-ACC. Στη 2η επίσκεψη θα πραγματοποιηθεί αμολήμια για τη μέτρηση βιοχημικών, αιματολογικών, ενδοκρινικών και γενετικών παραμέτρων. Στη συνέχεια, μετά από διάστημα ενός έτους και δύο ετών, οι συμμετέχοντες θα επαναξιολογηθούν κλινικά και εργαστηριακά. Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος θα υπάρχει στήριξη από Διαπολιτικό/Διατροφολόγο, Καθηγητή Φυσικής Αγωγής και Παιδοψυχολόγο (όπου κρίνεται απαραίτητο).

3. Κίνδυνοι και ενδοχρήσεις

Το δείγμα αίματος θα ληφθεί με ένα μικρό πόνιωμα. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος που να σχετίζεται με την αμολήμια.

4. Προσδοκώμενες ωφέλειες

Με την συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή, θα λάβετε πολλές πληροφορίες αναφορικά με το βάρος και την κλινική κατάσταση του παιδιού σας. Ακόμη θα λάβετε δωρεάν αποτελέσματα από αξιολογήσεις/εξετάσεις που στο εμπόριο κοστίζουν > 2.000 ευρώ, καθώς επίσης και δωρεάν παροχή συμβουλευτικής από Διαπολιτικό/Διατροφολόγο, Καθηγητή Φυσικής Αγωγής και Παιδοψυχολόγο (όπου κρίνεται απαραίτητο) (εκτιμώμενο κόστος > 1.000).

5. Καταχώρηση και διατήρηση των ιστορικών στοιχείων σε βάση δεδομένων στο διαδίκτυο

Τα στοιχεία του παιδιού σας που συλλέχθηκαν κατά την κλινική αξιολόγηση, θα αποθηκεύονται στο διαδίκτυο σε κρυπτογραφημένη βάση δεδομένων προσπελάσιμη από τον ιατρό με κωδικό πρόσβασης.

6. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με την μελλοντική δημοσίευση των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν ταυτότητα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα του παιδιού σας δε θα φαίνεται πουθενά.

7. Πόνορασεις

Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή την διαδικασία του προγράμματος. Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.

8. Ελευθερία συναίνεσης

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Έχετε ελεύθερο-η να μην συναίνεστε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε, χωρίς καμία επίπτωση στην ιατρική φροντίδα του παιδιού σας.

9. Δήλωση συναίνεσης

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν. Συναντώ να συμμετάσχει το παιδί μου

(ΑΝΚΑ:)

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____

Ο Γοντάς ή Κηδεμόνας

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή

Ο Ιατρός

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή

Η Επιστημονική Υπεύθυνη

Ονοματεπώνυμο: Ε. Χαρμανδάρη

Υπογραφή



Με την συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

S.C.A.R.E.D. (Screen for Child Anxiety Related Disorders)

Για Παιδιά (6-18 ετών)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή

Παιδοψυχιατρική Κλινική
Νοσ. Παίδων “ Η Αγία Σοφία - Παίδων Πεντέλης”
Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Γεο. Κολαΐτης

Συναισθήματα και άγχος στα παιδιά

Παρακαλούμε, για καθεμιά από τις παρακάτω ερωτήσεις, διάλεξε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα την κατάστασή σου τους τελευταίους 3 μήνες.

1. Τρομάζω πολύ χωρίς να υπάρχει κανένας απολύτως λόγος.

- ☐ Δεν ισχύει ή ισχύει σπάνια
- ☐ Ισχύει μερικές φορές
- ☐ Ισχύει ή ισχύει συχνά

2. Φοβάμαι να μείνω μόνος/η στο σπίτι.

- ☐ Δεν ισχύει ή ισχύει σπάνια
- ☐ Ισχύει μερικές φορές
- ☐ Ισχύει ή ισχύει συχνά

3. Οι άλλοι μου λένε ότι ανησυχώ υπερβολικά.

- ☐ Δεν ισχύει ή ισχύει σπάνια
- ☐ Ισχύει μερικές φορές
- ☐ Ισχύει ή ισχύει συχνά

4. Φοβάμαι να πάω στο σχολείο.

- ☐ Δεν ισχύει ή ισχύει σπάνια
- ☐ Ισχύει μερικές φορές
- ☐ Ισχύει ή ισχύει συχνά

5. Είμαι ντροπαλός/ή.

- ☐ Δεν ισχύει ή ισχύει σπάνια
- ☐ Ισχύει μερικές φορές
- ☐ Ισχύει ή ισχύει συχνά

ΤΕΛΟΣ

S.C.A.R.E.D. (Screen for Child Anxiety Related Disorders)

Γα Γονείς



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή

Παιδοψυχιατρική Κλινική
Νοσοκομείο Παιδων "Η Αγία Σοφία"
Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Γερ. Κολαΐτης

Συναισθήματα και άγχος στα παιδιά

Παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα την κατάσταση του παιδιού σας για καθεμιά από τις παρακάτω ερωτήσεις που αναφέρονται στους τελευταίους 3 μήνες από την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

1. Το παιδί μου τρομάζει πολύ χωρίς να υπάρχει κανένας απολύτως λόγος.

- ☐ Δεν αληθεύει ή αληθεύει σπάνια
- ☐ Αληθεύει μερικές φορές
- ☐ Αληθεύει ή αληθεύει συχνά

2. Το παιδί μου φοβάται να μείνει μόνο στο σπίτι.

- ☐ Δεν αληθεύει ή αληθεύει σπάνια
- ☐ Αληθεύει μερικές φορές
- ☐ Αληθεύει ή αληθεύει συχνά

3. Οι άλλοι λένε ότι το παιδί μου ανησυχεί υπερβολικά.

- ☐ Δεν αληθεύει ή αληθεύει σπάνια
- ☐ Αληθεύει μερικές φορές
- ☐ Αληθεύει ή αληθεύει συχνά

4. Το παιδί μου φοβάται να πάει στο σχολείο.

- ☐ Δεν αληθεύει ή αληθεύει σπάνια
- ☐ Αληθεύει μερικές φορές
- ☐ Αληθεύει ή αληθεύει συχνά

5. Το παιδί μου είναι ντροπαλό.

- ☐ Δεν αληθεύει ή αληθεύει σπάνια
- ☐ Αληθεύει μερικές φορές
- ☐ Αληθεύει ή αληθεύει συχνά

ΤΕΛΟΣ

C.B.C.L. (Child Behavior Checklist for Ages 6-18)



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ (ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-18 ΧΡΟΝΩΝ)

Μόνο για χρήση του γραφείου
Κωδικός

ΠΛΗΡΕΣ
ΟΝΟΜΑ
ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνομα

Πατρώνυμο

Επώνυμο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε απαντήστε με ακρίβεια – για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακά)

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗ ΦΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΠΑΤΕΡΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΜΗΤΕΡΑΣ

☐ Αγόρι ☐ Κορίτσι

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Ημέρα _____ Μήνας _____ Έτος _____

ΤΑΞΗ

ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΔΕΝ ΠΑΕΙ

ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ☐

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο έτσι ώστε να εκφράζει τις δικές σας απόψεις για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και εάν άλλοι μπορεί να μη συμφωνούν μαζί σας. Μπορείτε να προσθέσετε σχόλια δίπλα σε κάθε ερώτηση και στον χώρο που υπάρχει στη σελίδα 2. **Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.**

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (γράψτε με κεφαλαία το πλήρες όνομά σας)

Το φύλο σας: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

Η σχέση σας με το παιδί:

☐ Βιολογικός γονιός ☐ Πατριός/Μητριά ☐ Παππούς

☐ Ανάδοχος γονιός ☐ Θετός γονιός ☐ Άλλος: _____

I. Παρακαλούμε αναφέρετε τα κύρια σπορ στα οποία αρέσει στο παιδί σας να συμμετέχει. Για παράδειγμα: κολύμβηση, ποδόσφαιρο, μπάσκετ.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

☐ Κανένα

α. _____

β. _____

γ. _____

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Παρακαλούμε αναφέρετε τα αγαπημένα χόμπι, δραστηριότητες και παιχνίδια του παιδιού σας, εκτός από σπορ. Για παράδειγμα: συλλογή γραμματοσήμων, κούκλες, βιβλία, πιάνο, χειροτεχνίες, ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτοκίνητα, μουσική, ψάρεμα κ.τ.λ. (Μη συμπεριλάβετε το ραδιόφωνο και την τηλεόραση.)

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

☐ Κανένα

α. _____

β. _____

γ. _____

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Παρακαλούμε αναφέρετε τις οργανώσεις, λέσχες, ομίλους ή ομάδες στις οποίες συμμετέχει το παιδί σας.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο ενεργά συμμετέχει στην καθένα;

☐ Καμία

α. _____

β. _____

γ. _____

Λιγότερο ενεργά	Στο μέσο όρο	Περισσότερο ενεργά	Δεν ξέρω
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

IV. Παρακαλούμε αναφέρετε τις εργασίες ή τα θελήματα που κάνει το παιδί σας. Για παράδειγμα: φυλά μικρά παιδιά, στρώνει το κρεβάτι του, εργάζεται σε μαγαζί (συμπεριλάβετε και δουλειές για τις οποίες αμείβεται).

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τις κάνει;

☐ Καμία

α. _____

β. _____

γ. _____

Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

1. Περίπου πόσους στενούς φίλους έχει το παιδί σας; (Μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

☐ Κανένα ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4 ή περισσότερους

2. Περίπου πόσες φορές την εβδομάδα κάνει πράγματα με τους φίλους του εκτός σχολείου; (Μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

☐ Λιγότερο από 1 φορά ☐ 1-2 φορές ☐ 3 ή περισσότερες φορές

VI. Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, το παιδί σας:

Χειρότερα Στο μέσο όρο Καλύτερα

- α. Πόσο καλά τα πάει με τους αδελφούς και τις αδελφές του; ☐ ☐ ☐ ☐ Δεν έχει αδελφία
- β. Πόσο καλά τα πάει με τα άλλα παιδιά; ☐ ☐ ☐ ☐
- γ. Πόσο καλά συμπεριφέρεται στους γονείς του; ☐ ☐ ☐ ☐
- δ. Πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του; ☐ ☐ ☐ ☐

VII. 1. Επίδοση στα μαθήματα

☐ Δεν πάει σχολείο διότι _____

Σημειώστε για κάθε μάθημα στο κατάλληλο κουτάκι	Κάτω από τη βάση	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο
α. Γλώσσα, Ελληνικά	☐	☐	☐	☐
β. Ιστορία	☐	☐	☐	☐
γ. Αριθμητική ή Μαθηματικά	☐	☐	☐	☐
δ. Φυσική, Χημεία	☐	☐	☐	☐
ε. _____	☐	☐	☐	☐
στ. _____	☐	☐	☐	☐
ζ. _____	☐	☐	☐	☐

2. Βρίσκεται το παιδί σας σε ειδική αγωγή, αποκαταστασιακό πρόγραμμα, τάξη ένταξης, ειδικό σχολείο;

☐ Όχι ☐ Ναι - Είδος προγράμματος τάξης ή σχολείου:

3. Έχει το παιδί σας επαναλάβει κάποια τάξη;

☐ Όχι ☐ Ναι - Ποιες τάξεις και για ποιο λόγο;

4. Έχει το παιδί σας προβλήματα με τα μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο;

☐ Όχι ☐ Ναι - Παρακαλούμε περιγράψτε:

Πότε άρχισαν αυτά τα προβλήματα; _____

Έχουν λυθεί αυτά τα προβλήματα; ☐ Όχι ☐ Ναι - Πότε;

Έχει το παιδί σας κάποια αρρώστια ή αναπηρία (ψυχική, νοητική ή σωματική); ☐ Όχι ☐ Ναι - Παρακαλούμε περιγράψτε:

Τι σας ανησυχεί περισσότερο για το παιδί σας;

Παρακαλούμε περιγράψτε τα πιο θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού σας.

ΣΕΛΙΔΑ 2

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

“ Ψυχική υγεία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά ”
ΠΜΣ “Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα”

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς παιδιών. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβετε υπόψη τη συμπεριφορά του παιδιού στο περὶν ή στους τελευταίους 6 μήνες. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας **πολύ ή πολύ συχνά**, βάλτε σε κύκλο το 2. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας **κάπως ή μερικές φορές**, βάλτε σε κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει **καθόλου** βάλτε σε κύκλο το 0. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη και αν μερικές φαίνονται να μην ταιριάζουν στο παιδί σας.

0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε)

1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές

2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Συμπεριφέρεται πολύ ανώριμα για την ηλικία του | 0 1 2 | 32. Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος |
| 0 1 2 | 2. Πίνει αλκοόλ χωρίς την άδεια των γονιών (περιγράψτε): _____ | 0 1 2 | 33. Αισθάνεται, παραπονιέται ότι κανείς δεν τον αγαπάει |
| 0 1 2 | 3. Είναι πνεύμα αντιλογίας | 0 1 2 | 34. Αισθάνεται ότι οι άλλοι είναι εναντίον του, ότι τον έχουν βάλει στο μάτι |
| 0 1 2 | 4. Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει | 0 1 2 | 35. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι κατώτερος |
| 0 1 2 | 5. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον ευχαριστούν | 0 1 2 | 36. Τραυματίζεται συχνά, παθαίνει εύκολα ατυχήματα |
| 0 1 2 | 6. Κάνει τα κακά του έξω από την τουαλέτα | 0 1 2 | 37. Μπλέκει σε πολλούς καβγάδες |
| 0 1 2 | 7. Καυχείται, κάνει τον καμπόσο | 0 1 2 | 38. Τον πειράζουν πολύ οι άλλοι |
| 0 1 2 | 8. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα | 0 1 2 | 39. Κάνει παρέα με παιδιά που μπλέκουν σε φασαρίες |
| 0 1 2 | 9. Δεν μπορεί να βγάλει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, έμμονες ιδέες (περιγράψτε): _____ | 0 1 2 | 40. Ακούει ήχους ή φωνές που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____ |
| 0 1 2 | 10. Δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, είναι ανήσυχος, υπερκινητικός | 0 1 2 | 41. Είναι παρορμητικός, ενεργεί χωρίς να σκέφτεται |
| 0 1 2 | 11. Είναι προσκολλημένος στους μεγάλους, πολύ εξαρτημένος | 0 1 2 | 42. Προτιμά να είναι μόνος του, παρά με άλλους |
| 0 1 2 | 12. Παραπονιέται ότι νιώθει μοναξιά | 0 1 2 | 43. Λέει ψέματα, κάνει μικροπατήσεις |
| 0 1 2 | 13. Βρίσκεται σε σύγχυση, σαν να είναι χαμένος | 0 1 2 | 44. Τρώει τα νύχια του |
| 0 1 2 | 14. Κλαίει πολύ | 0 1 2 | 45. Είναι νευρικός, έχει τεταμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση |
| 0 1 2 | 15. Βασανίζει ζώα | 0 1 2 | 46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (περιγράψτε): _____ |
| 0 1 2 | 16. Είναι σκληρός και μοχθηρός με τους άλλους, τους κάνει τον νταή | 0 1 2 | 47. Έχει εφιάλτες |
| 0 1 2 | 17. Ονειροπολεί, χάνεται μέσα στις σκέψεις του | 0 1 2 | 48. Δεν τον συμπαθούν τα άλλα παιδιά |
| 0 1 2 | 18. Προσπαθεί επίτηδες να τραυματισθεί ή να σκοτωθεί | 0 1 2 | 49. Έχει δυσκολιότητα, δεν ενεργεί κανονικά |
| 0 1 2 | 19. Ζητάει πολλή προσοχή από τους άλλους | 0 1 2 | 50. Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης |
| 0 1 2 | 20. Καταστρέφει τα πράγματά του | 0 1 2 | 51. Αισθάνεται ζαλάδες |
| 0 1 2 | 21. Καταστρέφει πράγματα που ανήκουν στην οικογένειά του ή σε άλλους | 0 1 2 | 52. Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος |
| 0 1 2 | 22. Είναι ανυπάκουος στο σπίτι | 0 1 2 | 53. Τρώει υπερβολικά |
| 0 1 2 | 23. Είναι ανυπάκουος στο σχολείο | 0 1 2 | 54. Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο |
| 0 1 2 | 24. Δεν τρώει καλά | 0 1 2 | 55. Είναι υπέρβαρος |
| 0 1 2 | 25. Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά | 0 1 2 | 56. Έχει σωματικά ενοχλήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία: |
| 0 1 2 | 26. Δεν φαίνεται να αισθάνεται τύψεις όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα | 0 1 2 | α. Διαφόρους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά) |
| 0 1 2 | 27. Ζηλεύει εύκολα | 0 1 2 | β. Πονοκεφάλους |
| 0 1 2 | 28. Παραβαίνει τους κανόνες στο σπίτι, το σχολείο ή αλλού | 0 1 2 | γ. Ναυτία, τάση για εμετό |
| 0 1 2 | 29. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη, εκτός από το σχολείο (περιγράψτε): _____ | 0 1 2 | δ. Προβλήματα με τα μάτια του (όχι ότι φορά γυαλιά) (περιγράψτε): _____ |
| 0 1 2 | 30. Φοβάται να πάει στο σχολείο | 0 1 2 | ε. Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα |
| 0 1 2 | 31. Φοβάται μήπως σκεφθεί ή κάνει κάτι κακό | 0 1 2 | στ. Κοιλιακούς πόνους |
| | | 0 1 2 | ζ. Κάνει εμετούς |
| | | 0 1 2 | η. Άλλα (περιγράψτε): _____ |

ΣΕΛΙΔΑ 3

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

“ Ψυχική υγεία σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά ”
ΠΜΣ “Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα”

0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε)		Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις. 1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές		2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά			
0	1	2	57. Επιτίθεται και χτυπά τους άλλους	0	1	2	84. Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε): _____
0	1	2	58. Σκαλίζει τη μύτη του, τσιμπά επιμόνα το δέρμα του ή άλλα μέρη του σώματός του (περιγράψτε): _____	0	1	2	85. Έχει παράξενες ιδέες (περιγράψτε): _____
0	1	2	59. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα δημόσια	0	1	2	86. Είναι πεισματάρης, δύσθυμος, ευερέθιστος
0	1	2	60. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα πάρα πολύ	0	1	2	87. Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεσή του ή στα συναισθήματά του
0	1	2	61. Είναι κακός μαθητής	0	1	2	88. Είναι πολύ συχνά μωτρωμένος
0	1	2	62. Είναι αδελφός, δεν έχει καλό συντονισμό	0	1	2	89. Είναι καχύποπτος
0	1	2	63. Προτιμά να κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά	0	1	2	90. Βρίζει, λέει βρομόλογα
0	1	2	64. Προτιμά να κάνει παρέα με μικρότερα παιδιά	0	1	2	91. Μιλά για αυτοκτονία
0	1	2	65. Αρνείται να μιλήσει στους άλλους	0	1	2	92. Μιλά ή περπατά στον ύπνο του (περιγράψτε): _____
0	1	2	66. Επαναλαμβάνει ορισμένες πράξεις ξανά και ξανά σαν κάτι να τον αναγκάζει (περιγράψτε): _____	0	1	2	93. Μιλά πάρα πολύ
0	1	2	67. Κάνει φυγές από το σπίτι	0	1	2	94. Πειράζει πολύ τους άλλους, είναι πειραχτήρι
0	1	2	68. Φωνάζει πολύ, ουρλιάζει	0	1	2	95. Εμφανίζει εκρήξεις οργής, αρπάζεται εύκολα
0	1	2	69. Είναι μυστικοπαθής, κρατά πράγματα μέσα του	0	1	2	96. Σκέφτεται το σεξ πάρα πολύ
0	1	2	70. Βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____	0	1	2	97. Απειλεί τους άλλους
				0	1	2	98. Πιπιλά το δάχτυλό του
				0	1	2	99. Καπνίζει
				0	1	2	100. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί (περιγράψτε): _____
0	1	2	71. Δεν είναι άνετος, ντροπιάζεται εύκολα, αισθάνεται εύκολα αμηχανία	0	1	2	101. Κάνει σκασιαρχείο ή αδικαιολόγητες απουσίες
0	1	2	72. Βάζει φωτιές	0	1	2	102. Είναι νωθρός, αργός στις κινήσεις του, του λείπει η ενεργητικότητα
0	1	2	73. Έχει σεξουαλικά προβλήματα (περιγράψτε): _____	0	1	2	103. Είναι δυστυχισμένος, θλιμμένος, μελαγχολικός
				0	1	2	104. Κάνει πολύ περισσότερη φασαρία από άλλα παιδιά
0	1	2	74. Του αρέσει να κάνει επίδειξη	0	1	2	105. Κάνει χρήση ουσιών για μη ιατρικούς λόγους (μη συμπεριλάβετε το κάπνισμα ή το αλκοόλ) (περιγράψτε): _____
0	1	2	75. Είναι πολύ ντροπαλός ή δειλός				
0	1	2	76. Κοιμάται λιγότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά	0	1	2	106. Κάνει βανδαλισμούς
0	1	2	77. Κοιμάται περισσότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά κατά τη διάρκεια της ημέρας ή και της νύχτας (περιγράψτε): _____	0	1	2	107. Κατουριέται κατά τη διάρκεια της ημέρας
0	1	2	78. Είναι απρόσεκτος, η προσοχή του διασπάται εύκολα	0	1	2	108. Κατουριέται στον ύπνο
0	1	2	79. Έχει προβλήματα λόγου (περιγράψτε): _____	0	1	2	109. Είναι γκρινιάρης
				0	1	2	110. Επιθυμεί να ανήκει στο αντίθετο φύλο
0	1	2	80. Κοιτάζει με κενό βλέμμα	0	1	2	111. Απομονώνεται στον εαυτό του, δεν κάνει σχέσεις με άλλους
0	1	2	81. Κλέβει από το σπίτι	0	1	2	112. Αγωνιά, είναι αγχώδης.
0	1	2	82. Κλέβει από άλλα μέρη	0	1	2	113. Παρακαλούμε γράψτε τυχόν προβλήματα του παιδιού σας που δεν αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο
0	1	2	83. Μαζεύει πράγματα που του είναι άχρηστα (περιγράψτε): _____	0	1	2	_____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____



Y.S.R. (Youth Self Report)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 11-18 ΧΡΟΝΩΝ

Μόνο για χρήση του γραφείου κωδικός

ΤΟ ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ ΣΟΥ

ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΟΥ

☐ Αγόρι ☐ Κορίτσι

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ημέρα _____ Μήνας _____ Έτος _____

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ _____

ΔΕΝ ΠΑΩ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ☐

Όνομα

Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΟΥ

Η ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΦΥΛΗ ΣΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΟΥ

Ημέρα _____ Μήνας _____ Έτος _____

ΕΑΝ ΕΡΓΑΖΕΣΑΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΟΥ:

Πατρώνυμο

Επώνυμο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε απάντησε με ακρίβεια - για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακά)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ _____

Παρακαλούμε συμπλήρωσε αυτό το έντυπο ώστε να εκφράζει τις δικές σου απόψεις για τη συμπεριφορά σου ακόμη και εάν άλλοι μπορεί να μη συμφωνούν μαζί σου. Μπορείς να προσθέσεις σχόλια δίπλα σε κάθε ερώτηση και στο χώρο που υπάρχει στη σελίδα 2. **Βεβαιώσου ότι απάντησες σε όλες τις ερωτήσεις.**

I. Παρακαλούμε ανέφερε τα κύρια σπορ στα οποία σου αρέσει να συμμετέχεις. Για παράδειγμα, κολλύμβηση, ποδόσφαιρο, ποδόσφαιρο, μπιάσκετ

☐ Κανένα

α. _____

β. _____

γ. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνεις στο καθένα;

Λιγότερο από το μέσο όρο

Στο μέσο όρο

Περισσότερο από το μέσο όρο

☐ ☐ ☐

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου, πόσο καλά τα καταφέρνεις στο καθένα;

Κάτω από το μέσο όρο

Στο μέσο όρο

Πάνω από το μέσο όρο

☐ ☐ ☐

II. Παρακαλούμε ανέφερε τα αγαπημένα χόμπι σου, τις δραστηριότητές σου και τα παιχνίδια σου, εκτός από σπορ. Για παράδειγμα: χαρτιά, βιβλία, πιάνο, χειροτεχνίες, ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτοκίνητα, ψάρεμα κ.τ.λ. (Μη συμπεριλάβεις το ραδιόφωνο και την τηλεόραση)

☐ Κανένα

α. _____

β. _____

γ. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνεις στο καθένα;

Λιγότερο από το μέσο όρο

Στο μέσο όρο

Περισσότερο από το μέσο όρο

☐ ☐ ☐

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου, πόσο καλά τα καταφέρνεις στο καθένα;

Κάτω από το μέσο όρο

Στο μέσο όρο

Πάνω από το μέσο όρο

☐ ☐ ☐

III. Παρακαλούμε ανέφερε τις οργανώσεις, λέσχες, ομίλους ή ομάδες στις οποίες συμμετέχεις.

☐ Καμία

α. _____

β. _____

γ. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου, πόσο ενεργά συμμετέχεις στην καθεμία;

Λιγότερο ενεργά

Στο μέσο όρο

Περισσότερο ενεργά

☐ ☐ ☐

IV. Παρακαλούμε ανέφερε τις εργασίες ή τα θελήματα που κάνεις. Για παράδειγμα: φυλάω μικρά παιδιά, στρώνω το κρεβάτι μου, εργάζομαι σε μαγαζί, (Να συμπεριλάβεις και δουλειές για τις οποίες αμείβεσαι.)

☐ Καμία

α. _____

β. _____

γ. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου, πόσο καλά τις κάνεις;

Κάτω από το μέσο όρο

Στο μέσο όρο

Πάνω από το μέσο όρο

☐ ☐ ☐

Βεβαιώσου ότι απάντησες σε όλες τις ερωτήσεις.

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
<http://www.ASEBA.org/>

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
Για την Ελλάδα: Αλεξάνδρα Ρούσου, Εταιρεία για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων,
Μενάδρου 23 & Αγινήτου, Ιλίσσια, τηλ. 2107211845, <http://www.mednet.gr/>
ΣΕΛΙΔΑ 1

6-1-01 Έκδοση - 501

Βεβαιώσου ότι απάντησες σε όλες τις ερωτήσεις.

1. Περίπου πόσους στενούς φίλους έχεις; (Μη συμπεριλάβεις αδελφούς και αδελφές)

☐ Κανένα ☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4 ή περισσότερους

2. Περίπου πόσες φορές την εβδομάδα κάνεις πράγματα με τους φίλους σου εκτός σχολείου; (Μη συμπεριλάβεις αδελφούς και αδελφές)

☐ Λιγότερο από 1 φορά ☐ 1-2 φορές ☐ 3 ή περισσότερες φορές

VI. Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας σου:

	Χειρότερα	Στο μέσο όρο	Καλύτερα	
α. Πόσο καλά τα πας με τους αδελφούς και τις αδελφές σου;	☐	☐	☐	☐ Δεν έχω αδελφία
β. Πόσο καλά τα πας με τα άλλα παιδιά;	☐	☐	☐	
γ. Πόσο καλά συμπεριφέρεσαι στους γονείς σου;	☐	☐	☐	
δ. Πόσο καλά τα καταφέρνεις να κάνεις πράγματα μόνος σου;	☐	☐	☐	

VII. Επίδοση στα μαθήματα ☐ Δεν πάω σχολείο διότι _____

Σημείωσε για κάθε μάθημα στο κατάλληλο κουτάκι		Κάτω από τη βάση	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο
Άλλα μαθήματα π.χ. Η/Υ, Ξένες γλώσσες κ.λπ. Μη συμπεριλάβεις γυμναστική, μαθήματα οδήγησης ή άλλα μη σχολικά μαθήματα.	α. Ελληνικά	☐	☐	☐	☐
	β. Ιστορία	☐	☐	☐	☐
	γ. Μαθηματικά	☐	☐	☐	☐
	δ. Φυσική, Χημεία	☐	☐	☐	☐
	ε. _____	☐	☐	☐	☐
	στ. _____	☐	☐	☐	☐
	ζ. _____	☐	☐	☐	☐

Έχεις κάποια αρρώστια ή αναπηρία; ☐ Όχι ☐ Ναι – Παρακαλούμε περιγράψε:

Έχεις ανησυχίες ή προβλήματα σχετικά με το σχολείο;

Σε απασχολεί κάτι άλλο για τον εαυτό σου;

Σε παρακαλούμε περιγράψε τα πιο θετικά χαρακτηριστικά σου:

ΣΕΛΙΔΑ 2

Βεβαιώσου ότι απάντησες σε όλες τις ερωτήσεις.

Βαθμολογώ την απόδοσή σε όλες τις ερωτήσεις.

αρκούν να είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβε υπόψη σου το συμπεριφορά σου στα παρόν ή τους τελευταίους 6 μήνες. Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς σου ταυρίζεται πολύ ή πολύ συχνά, βάλε σε κύκλο το 2. Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς σου ταυρίζεται κάπως ή μερικές φορές, βάλε σε κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο της συμπεριφοράς δεν σου ταυρίζεται καθόλου, βάλε σε κύκλο το 0.

0=Δεν ταυρίζω		1=Ταυρίζω κάπως ή μερικές φορές		2=Ταυρίζω πολύ ή πολύ συχνά
0 1 2	1. Συμπεριφέρωμαι πολύ ανήσυχα για την ηλικία μου	0 1 2	33. Αισθάνομαι ότι κανείς δεν με αγαπά	
0 1 2	2. Πίνω αλκοόλ, χωρίς την άδεια των γονιών μου (περίγραψε): _____	0 1 2	34. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι είναι κακίτοις μου, ότι με έχουν βάψει στο μέλι	
0 1 2	3. Είμαι πεινύμα ανυπακούος	0 1 2	35. Αισθάνομαι ότι δεν αξίζω τίποτα, ότι είμαι κατώτερος	
0 1 2	4. Δεν καταφέρνω να τελειώσω κάτι που αρχίζω	0 1 2	36. Τραυματίζομαι συχνά, καθόλου εύκολα στο γέλιο	
0 1 2	5. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που με ευχαριστούν	0 1 2	37. Μιλάω σε πολλούς καθηγίδες	
0 1 2	6. Αγαπά το ζώο	0 1 2	38. Με ταυρίζουν πολύ οι άλλοι	
0 1 2	7. Κακός είμαι	0 1 2	39. Κάνω παρά με παιδιά που μιλάουν σε φασαρίες	
0 1 2	8. Δεν μπορώ να συγκρατηθώ, δεν προσπαθώ την προσοχή μου για καλά ώρα	0 1 2	40. Ακούω ήχους ή φωνές που οι άλλοι νομίζουν ότι δεν υπάρχουν (περίγραψε): _____	
0 1 2	9. Δεν μπορώ να βγάλω από το μυαλό μου ορεσμένες σκέψεις, άσπινος ιδέες (περίγραψε): _____	0 1 2	41. Ενεργώ χωρίς να σκεφθώ πρώτα	
0 1 2	10. Δεν μπορώ να σταθώ σκέτος, είμαι ανήσυχος, υπερκινητικός	0 1 2	42. Προσπαθώ να είμαι μόνος μου, παρά με άλλους	
0 1 2	11. Είμαι υπερβολικά εξαρτημένος από τους μεγάλους	0 1 2	43. Λέω ψέματα, κάνω μικροσπάτες	
0 1 2	12. Νοιώθω μοναχός	0 1 2	44. Τρώω τα νύχια μου	
0 1 2	13. Νοιώθω σύγχυση, σαν να είμαι χαμένος	0 1 2	45. Είμαι νευρικός, τα νύχια μου είναι ποικιμενά	
0 1 2	14. Ξοδαί πολύ	0 1 2	46. Μέση του σώματός μου έχουν νευρικές κινήσεις, σπασμούς-πυλματα (περίγραψε): _____	
0 1 2	15. Είμαι πολύ ειλικρινής			
0 1 2	16. Είμαι πολύς και μεθελός με τους άλλους	0 1 2	47. Βάζω σφάδης	
0 1 2	17. Ονειροπαλ πολύ	0 1 2	48. Δεν με συμπεριούν τα παιδιά	
0 1 2	18. Προσπαθώ απόηδες να τραυματισθώ ή να σκοτωθώ	0 1 2	49. Μπορώ να κάνω ορεσμένα πράγματα καλύτερα από άλλα παιδιά	
0 1 2	19. Σηρώ πολλή προσοχή από τους άλλους	0 1 2	50. Έχω πολλούς φίλους, είμαι αγχώδης	
0 1 2	20. Κατατρέφω τα πράγματά μου	0 1 2	51. Αισθάνομαι ζυλίδες	
0 1 2	21. Κατατρέφω πράγματα που ανήκουν σε άλλους	0 1 2	52. Αισθάνομαι υπερβολικά έντονος	
0 1 2	22. Είμαι ανεπάρκους στους γονείς μου	0 1 2	53. Τρώω υπερβολικά	
0 1 2	23. Είμαι ανεπάρκους στο σχολείο	0 1 2	54. Αισθάνομαι υπερβολικά κυριαρχμένος χωρίς λόγο	
0 1 2	24. Δεν τρώω όσο καλά θα έπρεπε	0 1 2	55. Είμαι παχός	
0 1 2	25. Δεν τα πώ καλά με τα άλλα παιδιά	0 1 2	56. Έχω σωματικό αναλτήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία:	
0 1 2	26. Δεν αισθάνομαι τύπος όταν έρω κάνει κάτι που δεν θα έπρεπε	0 1 2	α. Διαφορετους πόρους (μυός από πονοκεφάλους, πόρους στην κοιλιά)	
0 1 2	27. Ζηλεύω τους άλλους	0 1 2	β. Πονοκεφάλους	
0 1 2	28. Παραβιάζω τους κανόνες στο σπίτι, στο σχολείο ή αλλού	0 1 2	γ. Ναυτία, τάση για εμετό	
0 1 2	29. Φοβόμαι ορεσμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη κενός από το σχολείο (περίγραψε): _____	0 1 2	δ. Πρεβλήματα με τα μέλη μου (ήρ ότι φορά γυναιά) (περίγραψε): _____	
0 1 2	30. Φοβόμαι να πάω στο σχολείο	0 1 2	ε. Εξανθήματα ή άλλα δερματικά πρεβλήματα	
0 1 2	31. Φοβόμαι μέλως ακαθό ή κάτω από ακαθό	0 1 2	στ. Κολικοκός πόρους	
0 1 2	32. Αισθάνομαι ότι πρέπει να είμαι τέλειος	0 1 2	ζ. Κόω τιμωός	
			η. Άλλα (περίγραψε): _____	

ΕΓΚΛΑ 2

Βαθμολογώ την απόδοσή σε όλες τις ερωτήσεις.

C.D.I. (Children Depress Inventory)
ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ 6-18



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή

Παιδοψυχιατρική Κλινική
Νοσ. Παίδων “ Η Αγία Σοφία - Παίδων Πεντέλης”
Δ/ντής: Αναπλ. Καθηγητής Γερ. Κολαΐτης

Τα συναισθήματά σου

Κάθε παιδί έχει διαφορετικά αισθήματα και ιδέες. Θα ήθελα να ξέρω για σένα. Θα σε παρακαλούσα να διαλέξεις σε κάθε ερώτηση τη φράση που περιγράφει καλύτερα την ψυχική σου κατάσταση τον τελευταίο μήνα.

Βάλε ένα σημάδι στην απάντησή σου. Βάλε X μέσα στο κουτάκι ο δίπλα από την απάντησή σου. Να ένα παράδειγμα για να δεις πώς γίνεται. Προσπάθησε με αυτό το παράδειγμα βάζοντας το σημάδάκι δίπλα στη φράση που σε περιγράφει καλύτερα.

- ☐ Διαβάζω βιβλία συνεχώς
☐ Διαβάζω βιβλία καμιά φορά
☐ Ποτέ δεν διαβάζω βιβλία

Διάλεξε τις προτάσεις που περιγράφουν τα συναισθήματά σου και τις ιδέες σου τον τελευταίο μήνα.

Ερώτηση 1

- ☐ Καμιά φορά αισθάνομαι λυπημένος/η
☐ Αισθάνομαι συχνά λυπημένος/η
☐ Είμαι συνέχεια λυπημένος/η

Ερώτηση 2

- ☐ Τίποτα δε θα πάει ποτέ καλά για μένα
☐ Δεν είμαι σίγουρος/η αν τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα
☐ Νομίζω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά για μένα

Ερώτηση 3

- ☐ Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά
☐ Συχνά κάνω πράγματα λάθος
☐ Τα κάνω όλα λάθος

Ερώτηση 4

- ☐ Διασκεδάω με πολλά πράγματα
☐ Καμιά φορά διασκεδάω με τα πράγματα που κάνω
☐ Τίποτα από όσα κάνω δε με διασκεδάει

Ερώτηση 5

- ☐ Νιώθω πάντοτε ότι είμαι κακός/ιά
☐ Νιώθω συχνά ότι είμαι κακός/ιά
☐ Σπάνια νιώθω ότι είμαι κακός/ιά

Ερώτηση 6

- ☐ Πού και πού νομίζω ότι κάτι κακό μου συμβαίνει
☐ Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί
☐ Είμαι σίγουρος/η ότι κάτι τρομερό θα μου συμβεί

συνεχίζεται...

Ερώτηση 7

- ☐ Μισώ τον εαυτό μου
- ☐ Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
- ☐ Μου αρέσει ο εαυτός μου

Ερώτηση 8

- ☐ Νομίζω πάντα ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά
- ☐ Συχνά νομίζω ότι φταίω εγώ όταν κάτι πάει στραβά
- ☐ Όταν κάτι πάει στραβά, συνήθως δεν φταίω εγώ

Ερώτηση 9

- ☐ Δεν σκέφτομαι να αυτοκτονήσω
- ☐ Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω, αλλά δεν θα το έκανα
- ☐ Θέλω να αυτοκτονήσω

Ερώτηση 10

- ☐ Κάθε μέρα θέλω να κλαίω
- ☐ Συχνά θέλω να κλαίω
- ☐ Πού και πού θέλω να κλαίω

Ερώτηση 11

- ☐ Με ανησυχούν συνέχεια διάφορα πράγματα
- ☐ Ανησυχώ συχνά για διάφορα πράγματα
- ☐ Πού και πού ανησυχώ για διάφορα πράγματα

Ερώτηση 12

- ☐ Μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους
- ☐ Συχνά δεν μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους
- ☐ Ποτέ δεν θέλω να είμαι με άλλους ανθρώπους

Ερώτηση 13

- ☐ Δεν μπορώ να αποφασίσω για τίποτα
- ☐ Δυσκολεύομαι να αποφασίζω
- ☐ Είμαι αποφασιστικός/ή

Ερώτηση 14

- ☐ Η εμφάνισή μου είναι καλή
- ☐ Υπάρχουν διάφορα στην εμφάνισή μου που δεν μου αρέσουν
- ☐ Η εμφάνισή μου είναι απαίσια

Ερώτηση 15

- ☐ Πρέπει να πιέζομαι συνέχεια να μελετήσω για το σχολείο
- ☐ Συχνά πρέπει να πιεστώ για να μελετήσω για το σχολείο
- ☐ Η μελέτη για το σχολείο δεν είναι πρόβλημα

Ερώτηση 16

- ☐ Κάθε βράδυ δυσκολεύομαι να κοιμηθώ
- ☐ Συχνά δυσκολεύομαι να κοιμηθώ
- ☐ Κοιμάμαι αρκετά καλά

Ερώτηση 17

- ☐ Καμιά φορά αισθάνομαι κουρασμένος/η
- ☐ Συχνά νιώθω κουρασμένος/η
- ☐ Συνέχει αισθάνομαι κουρασμένος/η

Ερώτηση 18

- ☐ Τις περισσότερες μέρες δεν πεινάω
- ☐ Συχνά δεν θέλω να φάω
- ☐ Συνήθως τρώω καλά

συνεχίζεται...

Ερώτηση 19

- ☐ Δεν ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου
- ☐ Ανησυχώ συχνά για πόνους στο σώμα μου
- ☐ Πάντα ανησυχώ για πόνους στο σώμα μου

Ερώτηση 20

- ☐ Δεν αισθάνομαι μόνος/η
- ☐ Συχνά αισθάνομαι μόνος/η
- ☐ Συνέχεια αισθάνομαι μόνος/η

Ερώτηση 21

- ☐ Ποτέ δεν διασκεδάζω στο σχολείο
- ☐ Καμιά φορά διασκεδάζω στο σχολείο
- ☐ Συχνά διασκεδάζω στο σχολείο

Ερώτηση 22

- ☐ Έχω πολλούς φίλους
- ☐ Έχω μερικούς φίλους αλλά θα ήθελα να έχω πιο πολλούς
- ☐ Δεν έχω κανένα φίλο

Ερώτηση 23

- ☐ Πάω καλά στα μαθήματά μου
- ☐ Δεν είμαι τόσο καλός/ή με τα μαθήματα όπως πιο παλιά
- ☐ Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που ήμουν καλός/ή

Ερώτηση 24

- ☐ Ποτέ δεν είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά
- ☐ Αν το θελήσω, μπορεί να είμαι τόσο καλός/ή όσο τα άλλα παιδιά
- ☐ Είμαι καλός/ή όσο είναι και τα άλλα παιδιά

Ερώτηση 25

- ☐ Κανένας δεν με αγαπάει πραγματικά
- ☐ Δεν είμαι σίγουρος/η αν κάποιος με αγαπάει
- ☐ Είμαι σίγουρος/η ότι μερικοί με αγαπούν

Ερώτηση 26

- ☐ Συνήθως κάνω ό, τι μου λένε
- ☐ Συχνά κάνω αυτό που μου λένε
- ☐ Ποτέ δεν κάνω αυτό που μου λένε

Ερώτηση 27

- ☐ Τα πάω καλά με τους άλλους
- ☐ Καυγαδίζω συχνά
- ☐ Μου φαίνεται ότι συνέχεια τσακώνομαι

ΤΕΛΟΣ