**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ/COVID-19 (CRISIS)- Προσαρμοσμένο για τον Αυτισμό και τις σχετιζόμενες Νευροαναπτυξιακές καταστάσεις (AFAR)**

*Έντυπο Συνέχειας- Τρέχουσα Μορφή για Γονείς/Φροντιστές*

*(3-21 ετών)*

The **C**o**R**onav**I**ru**S** Health **I**mpact **S**urvey (CRISIS) - **A**dapted for **A**utismand **R**elatedNeurodevelopmentalconditions (AFAR)

Parent/Caregiver Follow-Up Form Current Form V 0.5.1

(3-21 years)

**Άδεια Χρήσης:** CC-BY-4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

Τα βασικά ερωτηματολόγια CRISISαναπτύχθηκαν μέσω της συνεργασίας των ερευνητικών ομάδων της Kathleen Merikangas και του Argyris Stringaris στο Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (National Institute of Mental Health Intramural Research Program Mood Spectrum Collaboration) και της ομάδας του Michael P. Milham στο Child Mind Institute και στο NYS Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research.

*Συνεισφέροντες και Σύμβουλοι:* Evelyn Bromet, Stan Colcombe, Kathy Georgiades, Dan Klein, Giovanni Salum

*Συντονιστές:* Lindsay Alexander, Ioanna Douka, Julia Dunn, Diana Lopez, Ken Towbin

*Τεχνική Υποστήριξη και Επιμέλεια:* Irene Droney, Beth Foote, Jianping He, Georgia O’ Callaghan, Judith Milham, Courtney Quick, Diana Paksarian, Kayla Sirois

**Ομάδα ανάπτυξης της μελέτης CRISIS AFAR (3-21 χρονών):** Η προσαρμογή είχε ως στόχο την αξιολόγηση των ειδικών αναγκών και αλλαγών που σχετίζονται με την κρίση του Κορωνοϊού/ COVID19 σε παιδιά και εφήβους (3-21 χρονών) με αυτισμό και σχετιζόμενες νευροαναπτυξιακές καταστάσεις. Εν συντομία, διατηρήθηκε η γενική δομή των βασικών εντύπων CRISIS, προστέθηκαν ερωτήσεις που εστιάζουν σε υπηρεσίες, σε βασικές προσαρμοστικές συμπεριφορές, καθώς και σε συνοσηρά συμπτώματα που συνδέονται με τις Διαταραχές στο Φάσμα του Αυτισμού (ΔΦΑ) και τις σχετιζόμενες καταστάσεις. Μερικές ερωτήσεις που δεν θεωρήθηκαν ειδικές καταργήθηκαν και άλλες επαναδιατυπώθηκαν, ώστε να ταιριάζουν καλύτερα στον πληθυσμό στόχο (λεπτομερής περίληψη είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήματος στο [Adriana.DiMartino@chidmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@chidmind.org)).

***Υπεύθυνοι Κυρίως Περιεχομένου:*** Adriana Di Martino, Louise Gallagher, Stelios Georgiades, Panagiota (Neny) Pervanidou, Audrey Thurm, Bethany Vibert. Επιπρόσθετο περιεχόμενο: Η ενότητα με τίτλο Σχολείο και Υπηρεσίες αφορούσε σε μεγάλο βαθμό ερωτήσεις που επιλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο CARING through COVID που αναπτύχθηκε από τη Shafali Jeste και τους συνεργάτες της και προσαρμόστηκε ελαφρώς.

**Σύμβουλοι:** So Hyun (Sophy) Kim, Meng-Chuan Lai, Bennett Leventhal, Young Shin Kim, Alessandro Zuddas.

***Επιμέλεια και τεχνική υποστήριξη:*** Evdokia Anagnostοu, Lindsay Alexander, Jake Stroud, Irene Dronney

Η ομάδα μας ενθαρρύνει την προηγούμενη ενημέρωσή μας για αναφορές στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, επιστημονικές αναφορές ή δημοσιεύσεις,δεδομένων τα οποία έχουν συλλεχθεί με το CRISIS και την παρούσα προσαρμογή του ([merikank@mail.nih.gov](mailto:merikank@mail.nih.gov) and [Adriana.DiMartino@childmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@childmind.org), αντίστοιχα), αν και αυτό δεν είναι υποχρεωτικό. Επίσης, ενθαρρύνουμε την εθελοντική ανταλλαγή των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί με το CRISIS με στόχο τη διεξαγωγή ψυχομετρικών μελετών υπό την επίβλεψη του Dr. Stringaris ([argyris.stringaris@nih.gov](mailto:argyris.stringaris@nih.gov)). Παρακαλούμε, επικοινωνήστε στο [Adriana.DiMartino@childmind.org](mailto:Adriana.DiMartino@childmind.org) εάν θέλετε να συνεισφέρετε με δεδομένα που δεν ταυτοποιούνται για το CRISIS AFAR.

**Μετάφραση-Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης:** Νένη Περβανίδου, Γεράσιμος Μακρής

**Αριθμός Αναγνώρισης:**

**Μπορεί να έχετε ήδη συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο παρόμοιο με αυτό που ακολουθεί. Αυτή τη στιγμή, ενδιαφερόμαστε να μάθουμε πως είναι τα πράγματα τώρα. Έτσι, κατασκευάσαμε ένα συντομότερο ερωτηματολόγιο για αυτό το σκοπό. Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέτετε στη συμπλήρωσή του.**

**Χώρα:**

**Περιφέρεια/Νομός/Περιοχή/Πόλη:**

**Η ηλικία σας (σε έτη):**

**Η ηλικία του παιδιού σας (σε έτη):**

**ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:**

**Ποιά είναι η σχέση σας με το παιδί;**

* 1. Μητέρα
  2. Πατέρας
  3. Γιαγιά/Παππούς
  4. Θεία/Θείος
  5. Ανάδοχος γονέας
  6. Άλλος: προσδιορίστε \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ / ΕΚΘΕΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΟΡΩΝΟΪΟ/COVID-19**

**Κατά τη διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ:**

**1. …το παιδί σας εκτέθηκε ή ήρθε σε επαφή με κάποιον πιθανό να έχει Κορωνοϊό/COVID-19; (σημειώστε όλα όσα ταιριάζουν)**

* 1. Ναι, κάποιον με θετικό τεστ
  2. Ναι, κάποιον με ιατρική διάγνωση αλλά όχι τεστ
  3. Ναι, κάποιον με πιθανά συμπτώματα, αλλά όχι ιατρική διάγνωση
  4. Όχι, από όσο γνωρίζω

**2. … ήταν το παιδί σας ύποπτο κρούσμα λοίμωξης από Κορωνοϊό/COVID-19;**

* 1. Ναι, έχει θετικό τεστ
  2. Ναι, έχει ιατρική διάγνωση αλλά όχι τεστ
  3. Ναι, έχει μερικά πιθανά συμπτώματα, αλλά όχι ιατρική διάγνωση
  4. Χωρίς συμπτώματα ή σημεία

**3. … έχει παρουσιάσει το παιδί σας κάποια από τα ακόλουθα συμπτώματα; (σημειώστε όλα όσα ταιριάζουν)**

1. Πυρετό
2. Βήχα
3. Δυσκολία στην αναπνοή
4. Πονόλαιμο
5. Κόπωση
6. Απώλεια γεύσης ή όσφρησης
7. Μόλυνση του ματιού
8. Άλλο \_\_\_\_
9. Κανένα από τα παραπάνω

**4. … έχει κάποιος από την οικογένεια του παιδιού σας διαγνωστεί με Κορωνοϊό; /COVID-19; (σημειώστε όλα όσα ταιριάζουν)**

1. Ναι, μέλος του σπιτιού
2. Ναι, μέλος εκτός σπιτιού
3. Όχι

**5. … έχει συμβεί κάτι από τα ακόλουθα σε μέλη της οικογένειας του παιδιού σας λόγω του Κορωνοϊού/COVID-19; (σημειώστε όλα όσα ταιριάζουν)**

* 1. Σωματική ασθένεια
  2. Νοσηλεία
  3. Εθελοντική απομόνωση (καραντίνα) με συμπτώματα λοίμωξης
  4. Εθελοντική απομόνωση (καραντίνα) χωρίς συμπτώματα λοίμωξης (π.χ. λόγω πιθανής έκθεσης)
  5. Απώλεια εργασίας ή απόλυση από την εργασία
  6. Μειωμένη ικανότητα να κερδίσει χρήματα
  7. Θάνατος
  8. Τίποτα από τα παραπάνω

**Κατά τη διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ πόσο ανησυχούσε το παιδί σας σχετικά με το:**

**6. …αν θα μολυνθεί το ίδιο;**

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Υπερβολικά

**7. …αν θα μολυνθούν φίλοι ή μέλη της οικογένειας;**

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Υπερβολικά

**8. ...αν η Σωματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον Κορωνοϊό/COVID-19;**

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Υπερβολικά

**9. …αν η Ψυχική/Συναισθηματική του/της υγεία θα επηρεαστεί από τον Κορωνοϊό/COVID-19;**

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Υπερβολικά

**10. Πόσο συχνά το παιδί σας κάνει ερωτήσεις, διαβάζει, βλέπει περιεχόμενο ή μιλάει για τον Κορωνοϊό /COVID-19;**

* 1. Ποτέ
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τον περισσότερο καιρό
  6. Μη εφαρμόσιμο, λόγω περιορισμένης ικανότητας επικοινωνίας του παιδιού μου

**11. Η κρίση για τον Κορωνοϊό/COVID-19 στη χώρα έχει οδηγήσει σε τυχόν θετικές αλλαγές στη ζωή του παιδιού σας;**

* 1. Καμμία
  2. Ελάχιστες
  3. Μερικές
* **Αν απαντήσατε το β ή το γ στην ερώτηση 11, παρακαλώ προσδιορίστε:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΡΩΝΟΪΟΥ/COVID-19 ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ:**

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ:**

**12. … πόσο χρόνο αφιέρωνε το παιδί σας στο να βγαίνει εκτός σπιτιού (π.χ. να πηγαίνει σε καταστήματα, πάρκα κ.τ.λ.);**

* 1. Καθόλου
  2. 1-2 ημέρες την εβδομάδα
  3. Λίγες ημέρες την εβδομάδα
  4. Αρκετές ημέρες την εβδομάδα
  5. Κάθε ημέρα

**13. … πόσο στρες προκάλεσαν στο παιδί σας οι περιορισμοί κυκλοφορίας;**

* 1. Καθόλου
  2. Ήπιο
  3. Μέτριο
  4. Πολύ
  5. Υπερβολικό
  6. Δεν υπάρχουν περιορισμοί στην κυκλοφορία

**14. … πόσο δύσκολη ήταν για το παιδί σας η ακύρωση σημαντικών γεγονότων της ζωής του (όπως πάρτι γενεθλίων, αποφοίτηση, χοροεσπερίδες, διακοπές κ.τ.λ.);**

* 1. Καθόλου
  2. Λίγο
  3. Μέτρια
  4. Πολύ
  5. Υπερβολικά

**15 … σε τι βαθμό προκάλεσαν οικονομικά προβλήματα στην οικογένειά σας οι αλλαγές που σχετίζονται με την κρίση του Κορωνοϊού/COVID-19 στη χώρα;**

* 1. Καθόλου
  2. Λίγο
  3. Μέτρια
  4. Πολύ
  5. Υπερβολικά

**16. … σε τι βαθμό ανησυχεί το παιδί σας για τη σταθερότητα στην κατάσταση διαβίωσής σας;**

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Υπερβολικά
6. Άγνωστο λόγω περιορισμένης ικανότητας επικοινωνίας του παιδιού μου

**17. … σε τι βαθμό ανησυχεί το παιδί σας μήπως δεν έχετε να φάτε λόγω έλλειψης χρημάτων;**

α. Ναι

β. Όχι

γ. Άγνωστο λόγω περιορισμένης ικανότητας επικοινωνίας του παιδιού μου

**18. … πόσο αισιόδοξο είναι το παιδί σας ότι η κρίση του Κορωνοϊού /COVID-19 στη χώρα θα τελειώσει σύντομα;**

* 1. Καθόλου
  2. Λίγο
  3. Μέτρια
  4. Πολύ
  5. Υπερβολικά
  6. Άγνωστο λόγω περιορισμένης ικανότητας επικοινωνίας του παιδιού μου

**Σας ευχαριστούμε! Τώρα θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε σχετικά με τις καθημερινές συμπεριφορές του παιδιού σας και τον ύπνο του κατά την διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ.**

**ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ (ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ)**

**Κατά τη διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ πόσο αυτόνομα το παιδί σας:**

1. **…έπαιζε και/ή διασκέδαζε μόνο του, με κατάλληλο τρόπο, για τουλάχιστον 20 λεπτά;**
2. Αυτόνομα (χωρίς υποστήριξη, παρότρυνση ή επίβλεψη)
3. Με μέτρια επίβλεψη (μερικές προφορικές και/ή οπτικές υπενθυμίσεις)
4. Με στενή επίβλεψη (υποστήριξη με οδηγίες βήμα-βήμα)
5. Καθόλου
6. **…οργάνωνε/άρχιζε καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. άρχιζε και ολοκλήρωνε σχολικές εργασίες/μαθήματα/άλλες δουλειές, ακολουθούσε ένα γενικό πρόγραμμα ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων);**
7. Αυτόνομα (χωρίς υποστήριξη, παρότρυνση ή επίβλεψη)
8. Με μέτρια επίβλεψη (μερικές προφορικές ή/και οπτικές υπενθυμίσεις)
9. Με στενή επίβλεψη (υποστήριξη με οδηγίες βήμα-βήμα)
10. Καθόλου
11. **…ολοκλήρωνε δραστηριότητες αυτοφροντίδας (π.χ. ντύσιμο/αλλαγή ρούχων αυτόνομα/βούρτσισμα δοντιών/λούσιμο/ντους καθημερινά) και/ή άρχιζε τις δραστηριότητες της ημέρας;**
12. Αυτόνομα (χωρίς υποστήριξη, παρότρυνση ή επίβλεψη)
13. Με μέτρια επίβλεψη (μερικές προφορικές ή/και οπτικές υπενθυμίσεις)
14. Με στενή επίβλεψη (υποστήριξη με οδηγίες βήμα-βήμα)
15. Καθόλου
16. **…διαχειριζόταν τις ώρες των γευμάτων και άλλες ανάγκες σχετιζόμενες με το φαγητό (π.χ. προετοιμασία, οργάνωση και καθαριότητα);**
17. Αυτόνομα (χωρίς υποστήριξη, παρότρυνση ή επίβλεψη)
18. Με μέτρια επίβλεψη (μερικές προφορικές ή/και οπτικές υπενθυμίσεις)
19. Με στενή επίβλεψη (υποστήριξη με οδηγίες βήμα-βήμα)
20. Καθόλου

**ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ:**

1. **…περίπου, τι ώρα πήγαινε το παιδί σας για ύπνο τις ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ**;
2. πριν τις 8 μ.μ.
3. μεταξύ 8-10 μ.μ.
4. μεταξύ 10-12 μ.μ.
5. μετά τα μεσάνυχτα

**24. …περίπου, τι ώρα πήγαινε το παιδί σας για ύπνο τα** **ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ**;

1. πριν τις 8 μ.μ.
2. μεταξύ 8-10 μ.μ.
3. μεταξύ 10-12 μ.μ.
4. μετά τα μεσάνυχτα

**25.…κατά μέσο όρο, πόσες ώρες τη νύχτα κοιμόταν το παιδί σας τις ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ;**

* 1. <6 ώρες
  2. 6-8 ώρες
  3. 8-10 ώρες
  4. >10 ώρες

**26. …κατά μέσο όρο, πόσες ώρες τη νύχτα κοιμόταν το παιδί σας τα ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ;**

1. <6 ώρες
2. 6-8 ώρες
3. 8-10 ώρες
4. >10 ώρες

**27. …κατά μέσο όρο, είχε το παιδί σας δυσκολία να κοιμηθεί (π.χ. εντός 20**

**λεπτών) αφού πήγαινε στο κρεβάτι;**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια (λιγότερο από μία φοράτην εβδομάδα)
  3. Περιστασιακά (μία ή δύο φορές την εβδομάδα)
  4. Συχνά (τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  5. Τακτικά (καθημερινά)

**28. …κατά μέσο όρο, το παιδί σας ξυπνούσε και παρέμενε ξύπνιο κατά την**

**διάρκεια της νύχτας, αφού πρώτα είχε κοιμηθεί;**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια (λιγότερο από μία φοράτην εβδομάδα)
  3. Περιστασιακά (μία ή δύο φορές την εβδομάδα)
  4. Συχνά (τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)
  5. Τακτικά (καθημερινά)

**29. … πόσες ημέρες την εβδομάδα έκανε άσκηση το παιδί σας (π.χ. ώστε να χτυπάει πιο γρήγορα η καρδιά του ή να ανασαίνει πιο γρήγορα) για τουλάχιστον 30 λεπτά;**

* 1. Καμμία
  2. 1-2 ημέρες
  3. 3-4 ημέρες
  4. 5-6 ημέρες
  5. Καθημερινα

**30. …πόσες ημέρες την εβδομάδα περνούσε το παιδί σας εκτός σπιτιού;**

* 1. Καμμία
  2. 1-2 ημέρες
  3. 3-4 ημέρες
  4. 5-6 ημέρες
  5. Καθημερινά

**ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ**

**Κατά τη διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ, πόσο συχνά το παιδί σας:**

**31. … παρουσίαζε επαναλαμβανόμενες κινητικές στρερεοτυπίες/μανιερισμούς (π.χ. επαναλαμβανόμενες κινήσεις ολόκληρου του σώματος ή μόνο των χεριών και των δακτύλων);**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τακτικά

**32. … παρουσίαζε συμπεριφορές αισθητηριακής αναζήτησης (π.χ. οπτική παρατήρηση αντικειμένων, να αγγίζει ή να αισθάνεται αντικείμενα για μεγάλο χρονικό διάστημα);**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τακτικά

**33. …ενασχολούνταν με άλλες τελετουργίες ή ρουτίνες;**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τακτικά

**34. … προσαρμοζόταν εύκολα σε αλλαγές στην καθημερινή ρουτίνα (π.χ. αλλαγές στην ώρα, το μέρος, τη σειρά στις συνήθεις ή τακτικά προγραμματισμένες καθημερινές δραστηριότητες, όπως ραντεβού, ώρες γευμάτων ή σε μη αναμενόμενα**

**γεγονότα/δραστηριότητες);**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τακτικά

**35. … απαιτούσε από τα μέλη της οικογένειας και άλλους με τους οποίους σχετιζόταν να διατηρούν συγκεκριμένες ρουτίνες και συνήθειες και να κάνουν τα πράγματα με συνέπεια και χρειαζόταν προειδοποίηση ή αλλαγή στην όλη συμπεριφορά της οικογένειας (π.χ. η ολοκλήρωση δραστηριοτήτων να διαρκεί περισσότερο χρόνο, ή να αλλάζει το πρόγραμμα της οικογένειας ώστε να διευκολυνθεί το παιδί);**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τακτικά

**36. … απασχολούνταν σε δραστηριότητα σχετική με κάποιο πολύ περιορισμένο, ισχυρό ενδιαφέρον (π.χ. να παίζει με το συγκεκριμένο παιχνίδι/θέμα, να μιλάει για το παιχνίδι/θέμα, να βλέπει περιεχόμενο σχετικό με το παιχνίδι/θέμα);**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Τακτικά

**ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 2 ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ**

**37. … αποτελούσε κάποιο από τα ακόλουθα σημαντικό πρόβλημα στην συμπεριφορά του παιδιού σας (το οποίο δεν είχε ήδη περιοριστεί προηγουμένως με θεραπεία); Παρακαλούμε επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν:**

* 1. Υπερκινητικότητα
  2. Δυσκολία να παραμείνει σε μια δραστηριότητα
  3. Να θυμώνει ή να χάνει την ψυχραιμία του εύκολα
  4. Λεκτική επιθετικότητα
  5. Σωματική επιθετικότητα προς άλλους ή ιδιοκτησία
  6. Σκόπιμος τραυματισμός του εαυτού
  7. Να είναι ανυπάκουο και να τσακώνεται συχνά
  8. Να κλαίει εύκολα
  9. Να ανησυχεί υπερβολικά για κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. το να πηγαίνει στο σχολείο, το να συμμετέχει σε πάρτι γενεθλίων, το να μιλάει δημόσια)
  10. Να ανησυχεί υπερβολικά για τον αποχωρισμό από τον γονέα/φροντιστή
  11. Να φαίνεται υπερβολικά φοβισμένο
  12. Κανένα από τα παραπάνω

**37α**. **Για κάθε επιλεγμένο σύμπτωμα, συμπληρώστε:**

**Κατά την διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων πόσο σημαντικό**

**πρόβλημα ήταν αυτό για εσάς;**

* 1. Ελάχιστα
  2. Αρκετά
  3. Πολύ
  4. Πάρα πολύ

**ΧΡΗΣΗ ΨΗΦΙΑΚΩΝ ΜΕΣΩΝ (ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ)**

**Κατά τη διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ, πόσο χρόνο την ημέρα αφιέρωνε το παιδί σας:**

**38. …να παρακολουθεί τηλεόραση ή ψηφιακά μέσα (π.χ., Netflix, YouTube, ή να σερφάρει στο διαδίκτυο);**

1. Καθόλου τηλεόραση ή ψηφιακά μέσα
2. Λιγότερο από 1 ώρα
3. 1-3 ώρες
4. 4-6 ώρες
5. Περισσότερο από 6 ώρες

**39. ... να χρησιμοποιεί μέσα κοινωνικής δικτύωσης (π.χ. Facetime, Facebook, Instagram, Snapchat, Twitter, TikTok);**

* 1. Καθόλου μέσα κοινωνικής δικτύωσης
  2. Λιγότερο από 1 ώρα
  3. 1-3 ώρες
  4. 4-6 ώρες
  5. Περισότερο από 6 ώρες

**40. … να παίζει βιντεοπαιχνίδια**

1. Καθολου βιντεοπαιχνίδια
2. Λιγότερο από 1 ώρα
3. 1-3 ώρες
4. 4-6 ώρες
5. Περισσότερο από 6 ώρες

**41. … απασχολούνταν σε αλληλεπιδράσεις με συνομηλίκους εκτός σπιτιού μέσω διαδικτύου/μηνυμάτων/email/τηλεφωνικής κλήσης/βιντεοκλήσης (εκτός από βιντεοπαιχνίδια);**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Συστηματικά
  6. Μη εφαρμόσιμο (π.χ. το παιδί μου δεν είχε αυτή την δυνατότητα)

**42. …** **απασχολούνταν σε αλληλεπιδράσεις με ενήλικες εκτός σπιτιού, όπως μέλη της ευρύτερης οικογένειας (δεν συμπεριλαμβάνονται θεραπευτές ή δάσκαλοι), μέσω διαδικτύου/μηνυμάτων/email/τηλεφωνικής κλήσης/βιντεοκλήσης;**

* 1. Καθόλου
  2. Σπάνια
  3. Περιστασιακά
  4. Συχνά
  5. Συστηματικά
  6. Δεν ισχυει (π.χ. το παιδί μου δεν είχε αυτή την δυνατότητα)

**ΣΧΟΛΕΙΟ και ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ΄**

**Ευχαριστούμε για τις απαντήσεις σας στις παραπάνω ερωτήσεις.**

**Τώρα θα θέλαμε να σας ρωτήσουμε σχετικά με αλλαγές σε υπηρεσίες που παρέχονται στο σχολείο ή από εξωτερικούς παρόχους. Θα σας ρωτήσουμε σχετικά με τις ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ.**

1. **Τις τελευταίες δύο εβδομάδες,** **πώς επηρεάστηκε η πρόσβαση του παιδιού σας στις ακόλουθες παρεμβάσεις ή υπηρεσίες τις οποίες λαμβάνει ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ; Παραλείψτε την ερώτηση εάν το παιδί σας βρίσκεται σε κανονική διακοπή του σχολείου λόγω καλοκαιριού ή άλλων διακοπών.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Το παιδί μου εξακολουθεί να λαμβάνει αυτή την υπηρεσία μέσω του σχολείου (μπορεί διαφοροποιημένα) (1) | Το παιδί μου δεν είχε πρόσβαση και δεν έλαβε αυτή την υπηρεσία από την έναρξη του COVID-19 (2) | Το παιδί μου δεν λάμβανε προηγούμενως τακτικά αυτή την υπηρεσία (3) |
| Ειδική Διαπαιδαγώγηση (1) | * Ο | * Ο | * Ο |
| Λογοθεραπεία (2) | * Ο | * Ο | * Ο |
| Εργοθεραπεία (3) | * Ο | * Ο | * Ο |
| Φυσικοθεραπεία (4) | * Ο | * Ο | * Ο |
| Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (ABA Therapy) (5) | * Ο | * Ο | * Ο |
| Θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (6) | * Ο | * Ο | * Ο |
| Γενική ψυχολογία/συμβουλευτική στο σχολείο (7) | * Ο | * Ο | * Ο |

***43β. Για κάθε υπηρεσία παραπάνω, εάν έχει επιλεγεί η επιλογή (1):***

**Παρακαλούμε προσδιορίστε πως** *[εισάγετε το όνομα της υπηρεσίας από τον*

*πίνακα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]* **παρέχεται τις τελευταίες 2 εβδομάδες:**

α. Με χρήση τηλεϊατρικής (Zoom, skype, τηλεφωνικές συνομιλίες)

β. Μέσω emails και υλικού που στέλνεται στο σπίτι μου

γ. Από δάσκαλο, συμπεριφορικό θεραπευτή ή άλλο θεραπευτή που έρχεται στο σπίτι μου

δ. Μέσω δια ζώσης ραντεβού έξω από το σπίτι

***43γ.*** *[Για κάθε υπηρεσία παραπάνω, εάν στην ερώτηση 43β έχει επιλεγεί η επιλογή (α), τότε*

*ρωτήστε]:*

***Παρακαλώ για*** *[προσδιορίστε την υπηρεσία με βάση την προηγούμενη ερώτηση]* ***την***

***οποία το παιδί σας λαμβάνει τώρα μέσω τηλεϊατρικής (π.χ., Zoom,***

***Skype,τηλεφωνικές συνομιλίες)* πόσο βοηθητικές βρήκατε αυτές τις παροχές τις**

**τελευταίες 2 εβδομάδες;**

* 1. Καθόλου βοηθητικές
  2. Λίγο βοηθητικές
  3. Κάπως βοηθητικές
  4. Εξαιρετικά βοηθητικές

***43δ.*** *[Για κάθε υπηρεσία παραπάνω, εάν στην ερώτηση 43β έχει επιλεγεί η επιλογή (β), τότε*

*ρωτήστε]:*

***Παρακαλώ για*** *[προσδιορίστε την υπηρεσία με βάση την προηγούμενη ερώτηση]* ***την***

***οποία το παιδί σας λαμβάνει τώρα μέσω emails ή υλικού που στέλνεται στο σπίτι:***

**πόσο βοηθητικές βρήκατε αυτές τις παροχές τις τελευταίες 2 εβδομάδες;**

* 1. Καθόλου βοηθητικές
  2. Λίγο βοηθητικές
  3. Κάπως βοηθητικές
  4. Εξαιρετικά βοηθητικές

1. **Υπήρξαν αλλαγές στις υπηρεσίες που το παιδί σας λαμβάνει ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ, οι οποίες επηρέασαν το παιδί σας κατά την διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ; ΝΑΙ/ΌΧΙ**

**44α. Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ υποδείξτε γιατί (επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Οι αλλαγές συνέβησαν λόγω του COVID-19 (1) | Οι αλλαγές συνέβησαν εξαιτίας άλλων αιτιών (π.χ., καλοκαιρινή διακοπή, νέα σχολική χρονιά, αλλαγή πόλης) (2) |
| Ειδική Διαπαιδαγώγηση (1) |  |  |
| Λογοθεραπεία (2) |  |  |
| Εργοθεραπεία (3) |  |  |
| Φυσικοθεραπεία (4) |  |  |
| Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (ABA Therapy) (5) |  |  |
| Θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (6) |  |  |
| Γενική ψυχολογία/συμβουλευτική στο σχολείο (7) |  |  |

**45**. **Τις τελευταίες 2 εβδομάδες,** **πως επηρεάστηκε η πρόσβαση σας στις ακόλουθες παρεμβάσεις ή υπηρεσίες τις οποίες λαμβάνει το παιδί σας ΕΚΤΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ λόγω της πανδημίας του Κορωνοϊού (COVID-19);**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Το παιδί μου εξακολουθεί να λαμβάνει αυτή την υπηρεσία (μπορεί διαφοροποιημένα) (1) | Το παιδί μου δεν είχε πρόσβαση και δεν έλαβε αυτή την υπηρεσία από την έναρξη του COVID-19 (2) | Το παιδί μου δεν λάμβανε προηγούμενως τακτικά αυτή την υπηρεσία (3) |
| Λογοθεραπεία (1) |  |  |  |
| Εργοθεραπεία (2) |  |  |  |
| Φυσικοθεραπεία (3) |  |  |  |
| Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (ABA Therapy) (4) |  |  |  |
| Θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (5) |  |  |  |
| Γενική ψυχολογία/συμβουλευτική (6) |  |  |  |
| Ιατρικές επισκέψεις (Ψυχιατρική/Αναπτυξιακή Παιδιατρική/Νευρολογία κτλ) (7) |  |  |  |
| Θεραπευτική Ψυχαγωγία (π.χ. θεραπευτική κολύμβηση, μουσική κτλ (8) |  |  |  |

***45β.*** *[Για κάθε υπηρεσία παραπάνω, εάν έχει επιλεγεί η επιλογή (1)]:*

**Παρακαλούμε προσδιορίστε πως** *[εισάγετε το όνομα της υπηρεσίας από τον*

*πίνακα:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]* **παρέχεται τις τελευταίες 2 εβδομάδες:**

α. Με χρήση τηλεϊατρικής (Zoom, skype, τηλεφωνικές συνομιλίες)

β. Μέσω emails και υλικού που στέλνεται στο σπίτι μου

γ. Από δάσκαλο, συμπεριφορικό θεραπευτή ή άλλο θεραπευτή που έρχεται στο σπίτι μου

δ. Μέσω δια ζώσης ραντεβού έξω από το σπίτι

***45γ.*** *[Για κάθε υπηρεσία παραπάνω, εάν στην ερώτηση 45β έχει επιλεγεί η επιλογή (α), τότε*

*ρωτήστε]:*

***Παρακαλώ για*** *[προσδιορίστε την υπηρεσία με βάση την προηγούμενη ερώτηση]* ***την***

***οποία το παιδί σας λαμβάνει τώρα μέσω τηλεϊατρικής (π.χ., Zoom,***

***Skype,τηλεφωνικές συνομιλίες)* πόσο βοηθητικές βρήκατε αυτές τις παροχές τις**

**τελευταίες 2 εβδομάδες;**

1. Καθόλου βοηθητικές
2. Λίγο βοηθητικές
3. Κάπως βοηθητικές
4. Εξαιρετικά βοηθητικές

***45δ.*** *[Για κάθε υπηρεσία παραπάνω, εάν στην ερώτηση 45β έχει επιλεγεί η επιλογή (β), τότε*

*ρωτήστε]:*

***Παρακαλώ για*** *[προσδιορίστε την υπηρεσία με βάση την προηγούμενη ερώτηση]* ***την***

***οποία το παιδί σας λαμβάνει τώρα μέσω emails ή υλικού που στέλνεται στο σπίτι:***

**πόσο βοηθητικές βρήκατε αυτές τις παροχές τις τελευταίες 2 εβδομάδες;**

* 1. Καθόλου βοηθητικές
  2. Λίγο βοηθητικές
  3. Κάπως βοηθητικές
  4. Εξαιρετικά βοηθητικές

1. **Υπήρξαν αλλαγές στις υπηρεσίες που το παιδί σας λαμβάνει ΕΚΤΟΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ, οι οποίες επηρέασαν το παιδί σας κατά την διάρκεια των ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΩΝ; ΝΑΙ/ΌΧΙ**

**46α. Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ υποδείξτε γιατί (επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Οι αλλαγές συνέβησαν λόγω του COVID-19 (1) | Οι αλλαγές συνέβησαν εξαιτίας άλλων αιτιών (π.χ., καλοκαιρινή διακοπή, αλλαγή ασφάλειας, αλλαγή πόλης) (2) |
| Λογοθεραπεία (1) |  |  |
| Εργοθεραπεία (2) |  |  |
| Φυσικοθεραπεία (3) |  |  |
| Εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (ABA Therapy) (4) |  |  |
| Θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων (5) |  |  |
| Γενική ψυχολογία/συμβουλευτική (6) |  |  |
| Ιατρικές επισκέψεις (Ψυχιατρική/Αναπτυξιακή Παιδιατρική/Νευρολογία κτλ) (7) |  |  |
| Θεραπευτική Ψυχαγωγία (π.χ. θεραπευτική κολύμβηση, μουσική κτλ (8) |  |  |

1. **Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, χρειάστηκε το παιδί σας να έχει πρόσβαση σε κάποιον από τους ακόλουθους παρόχους και πώς αυτή συνέβη;**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Το παιδί μου δεν χρειάστηκε πρόσβαση σε αυτόν τον πάροχο (1) | Ναι, το παιδί μου είχε πρόσβαση μέσω υπηρεσιών τηλεϋγείας ή τηλεϊατρικής (2) | | Ναι, το παιδί μου είχε πρόσβαση μέσω επισκέψεων στο σπίτι (3) | Ναι, το παιδί μου είχε πρόσβαση μέσω δια ζώσης συναντήσεων στο ιατρείο/γραφείο (4) | Το παιδί μου δεν είχε πρόσβαση σε αυτόν τον πάροχο (5) |
| Οικογενειακός Ιατρός/Γενικός Παιδίατρος (1) |  |  |  | |  |  |
| Ψυχίατρος (2) |  |  |  | |  |  |
| Νευρολόγος/ Αναπτυξιακός Παιδίατρος (3) |  |  |  | |  |  |
| Γαστρεντερολόγος (4) |  |  |  | |  |  |
| Ψυχολόγος (5) |  |  |  | |  |  |
| Άλλες ειδικότητες (όπως ενδοκρινολόγος, οδοντίατρος) (6) |  |  |  | |  |  |

1. **Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, υπήρξαν αλλαγές στην πρόσβαση στους ακόλουθους παρόχους; ΝΑΙ/ΌΧΙ**

**48α. Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ υποδείξτε γιατί (επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Οι αλλαγές συνέβησαν λόγω του COVID-19 (1) | Οι αλλαγές συνέβησαν εξαιτίας άλλων αιτιών (π.χ., καλοκαιρινή διακοπή, αλλαγή ασφάλειας, αλλαγή πόλης) (2) |
| Οικογενειακός Ιατρός/Γενικός Παιδίατρος (1) |  |  |
| Ψυχίατρος (2) |  |  |
| Νευρολόγος/ Αναπτυξιολόγος Παιδίατρος (3) |  |  |
| Γαστρεντερολόγος (4) |  |  |
| Ψυχολόγος (5) |  |  |
| Άλλες ειδικότητες (π.χ. ενδοκρινολόγος, οδοντίατρος) (6) |  |  |

**49. Τις τελευταίες δύο εβδομάδες, ποιά από τα ακόλουθα έχετε βιώσει συνολικά; Παρακαλούμε επιλέξτε όλα όσα ταιριάζουν.**

* 1. Τα προγραμματισμένα ραντεβού του παιδιού μου ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν.
  2. Οι προγραμματισμένες διαδικασίες ή θεραπείες του παιδιού μου ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν.
  3. Είχα δυσκολία να βρω ή να μιλήσω στον γιατρό/στους γιατρούς του παιδιού μου.
  4. Είχα πρόβλημα με την πρόσβαση στα φάρμακα του παιδιού μου ή στο να λάβω συνταγές.
  5. Είχα πρόβλημα με την διαχείριση ή τη χορήγηση των φαρμάκων του παιδιού μου.
  6. Δυσκολεύομαι να ανταποκριθώ οικονομικά στα φάρμακα, στις θεραπείες ή την ψυχοθεραπεία του παιδιού μου.
  7. Έχασα την πρόσβαση σε μια κλινική δοκιμή.
  8. Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, υπήρχαν αλλαγές σε φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί στο παιδί σας για την *ψυχική του υγεία* ή *για προβλήματα συμπεριφοράς;* (ΝΑΙ/ΟΧΙ)**

**α. Εάν Ναι:**

**50α**. **Ποιες επιλογές θα ήταν οι περισσότερο βοηθητικές ώστε να διαχειριστείτε καλύτερα την φαρμακευτική αγωγή του παιδιού σας;**

* + - 1. Υπενθυμίσεις ή ειδοποιήσεις για τη χορήγηση φαρμάκων
      2. Βοήθεια για το οικονομικό κόστος των φαρμάκων
      3. Πρόσβαση σε αναπλήρωση της ή αρκετή φαρμακευτική αγωγή στο σπίτι
      4. Βοήθεια στην προσαρμογή της δόσης του φαρμάκου
      5. Τα φάρμακα έχουν διακοπεί
      6. Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, υπήρχαν αλλαγές σε φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί στο παιδί σας για την *σωματική υγεία του/της;* *(ΝΑΙ/ΟΧΙ)***

**α. Εάν Ναι:**

**51α.** **Ποιες επιλογές θα ήταν οι περισσότερο βοηθητικές ώστε να διαχειριστείτε καλύτερα την φαρμακευτική αγωγή του παιδιού σας;**

* + - 1. Υπενθυμίσεις ή ειδοποιήσεις για τη χορήγηση φαρμάκων
      2. Βοήθεια για το οικονομικό κόστος των φαρμάκων
      3. Πρόσβαση σε αναπλήρωση της ή αρκετή φαρμακευτική αγωγή στο σπίτι
      4. Βοήθεια στην προσαρμογή της δόσης του φαρμάκου
      5. Τα φάρμακα έχουν διακοπεί
      6. Άλλο (Παρακαλώ προσδιορίστε)­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ**

**Παρακαλούμε περιγράψτε οτιδήποτε άλλο σας απασχολεί σχετικά με την επίδραση του Κορωνοϊού/ COVID-19 στο παιδί σας.**

**[ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΕΙΜΕΝΟΥ]**

**Παρακαλούμε δώστε τυχόν σχόλια που θα θέλατε σχετικά με αυτήν την έρευνα ή/και σχετικά θέματα.**

**[ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΕΙΜΕΝΟΥ]**