



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Διερεύνηση στάσεων και συμπεριφορών υγείας εφήβων**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Μαργαρίτα Λιόπα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:  
Κ. Σουλιώτης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων  
Μ. Γείτονα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Μ. Σαρίδη, Επιστημονική Συνεργάτης

Κόρινθος, Ιούνιος 2018

Copyright © Μαργαρίτα Λιόπα, 2018.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Με την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών, για την επιτυχή έκβαση του οποίου οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τη καίρια συμβολή τους στη διερεύνηση των γνώσεών μου σχετικά με θέματα που άπτονται του ευαίσθητου χώρου της υγείας.

Ιδιαίτερα νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσας μελέτης, κ. Σουλιώτη Κυριάκο, «Επίκουρο Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου» καθώς και την κ. Σαρίδη Μαρία, «Επιστημονική Σύμβουλο» της έρευνας για την ανάθεση του θέματος, την πολύτιμη βοήθεια, στήριξη και καθοδήγηση κατά τη διάρκεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου μελέτης.

Την παρούσα διπλωματική εργασία την αφιερώνω στους γονείς μου, για την υπομονή και την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	iv
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	vii
ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ .....	ix
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	xi
ABSTRACT .....	xiv
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	xvi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Σύγχρονα Προβλήματα Εφηβείας.....	17
1.1. Εισαγωγή .....	17
1.2. Η «δύσκολη» εφηβεία.....	18
1.3. Σχέσεις γονέων και εφήβων.....	20
1.4. Οι οικογενειακές συγκρούσεις.....	22
1.5. Τα προβλήματα συμπεριφοράς.....	25
1.6. Ψυχική υγεία και κατάθλιψη .....	27
1.7. Ο εαυτός, η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση του εφήβου .....	32
1.8. Επιθετικότητα και φαινόμενα βίας .....	37
1.8.1. Σχολικό περιβάλλον και σχολική επίδοση .....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία των εφήβων.....	42
2.1. Εισαγωγή .....	42
2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία .....	44
2.3. Χρήση ουσιών.....	47
2.4. Διατροφή, άσκηση και σωματικό βάρος .....	51
2.5. Ψυχοκοινωνική υγεία.....	54
2.6. Σεξουαλική συμπεριφορά .....	57
1.8. Εκφοβισμός και βία στο σχολείο .....	60
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Υλικό και Μέθοδος της Έρευνας.....	65
3.1. Σκοπός και στόχοι.....	65
3.2. Σχεδιασμός της έρευνας.....	66
3.3. Καθορισμός του δείγματος .....	68
3.4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων .....	69

3.4.	Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	71
3.5.	Στατιστική ανάλυση.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Αποτελέσματα Έρευνας.....		74
4.1.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	74
4.1.1.	Βαθμίδα εκπαίδευσης και σχολική επίδοση.....	74
4.1.2.	Οικογενειακή κατάσταση.....	75
4.1.3.	Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.....	76
4.2.	Επιπολασμός εφηβικών συμπεριφορών υγείας και διερεύνηση κατά φύλο και ηλικία .....	80
4.2.1.	Χρήση αλκοόλ.....	80
4.2.2.	Διαιτητικές συνήθειες .....	85
4.2.3.	Υγιεινή .....	90
4.2.4.	Ψυχική υγεία .....	94
4.2.5.	Φυσική δραστηριότητα .....	96
4.2.6.	Προστατευτικοί παράγοντες .....	99
4.2.7.	Σεξουαλική συμπεριφορά .....	103
4.2.8.	Χρήση καπνού.....	107
4.2.9.	Βία και ατυχήματα .....	111
4.3	Συμπεριφορές υγείας εφήβων και διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών μεταβλητών.....	117
4.4.	Συσχετίσεις συμπεριφορών υγείας .....	129
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Συζήτηση - Συμπεράσματα .....		131
5.1	Συζήτηση .....	131
5.2.	Βασικές συμπεριφορές υγείας εφήβων.....	131
5.2.1.	Χρήση αλκοόλ.....	132
5.2.2.	Διαιτητικές συνήθειες .....	134
5.2.3.	Υγιεινή .....	137
5.2.4.	Ψυχική υγεία .....	139
5.2.5.	Φυσική δραστηριότητα .....	141
5.2.6.	Προστατευτικοί παράγοντες .....	143
5.2.7.	Σεξουαλική συμπεριφορά .....	146
5.2.8.	Χρήση καπνού.....	148

5.2.9. Βία και ατυχήματα .....	149
5.3. Περιορισμοί – Αδύνατα σημεία.....	152
5.4. Συμπεράσματα - Εισηγήσεις.....	153
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	157
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	157
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	164
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	174
Παράρτημα Α .....	175

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=92) .....	78
Πίνακας 2: Κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών .....	81
Πίνακας 3: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.....	82
Πίνακας 4: Κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την προμήθεια αλκοόλ τον τελευταίο μήνα.....	84
Πίνακας 5: Δείκτης Μάζας Σώματος .....	85
Πίνακας 6: Κατανομή εφήβων ανάλογα με τον ΔΜΣ ανά φύλο και ηλικία (N, %) .....	86
Πίνακας 7: Συχνότητα αίσθησης πείνας τον τελευταίο μήνα.....	87
Πίνακας 8: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με διατροφικές συνήθειες .....	88
Πίνακας 9: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τον καθαρισμό/βούρτσισμα δοντιών .....	90
Πίνακας 10: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με το πλύσιμο των χεριών.....	92
Πίνακας 11: Επίδραση του φύλου των εφήβων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το πλύσιμο των χεριών.....	93
Πίνακας 12: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με συναισθήματα.....	94
Πίνακας 13: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με φιλικές σχέσεις .....	95
Πίνακας 14: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα .....	96
Πίνακας 15: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τις αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο.....	100
Πίνακας 16: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τις εμπειρίες στο σχολείο και στο σπίτι.....	101
Πίνακας 17: Κατανομή των εφήβων που είχαν σεξουαλική εμπειρία σύμφωνα με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής .....	104
Πίνακας 18: Συμπεριφορές που σχετίζονται με το σεξ (προφύλαξη) .....	105
Πίνακας 19: Επίδραση του φύλου των εφήβων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το σεξ (προφύλαξη) .....	105
Πίνακας 20: Συμπεριφορές που σχετίζονται με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα.....	106
Πίνακας 21: Κατανομή των εφήβων που καπνίζουν σύμφωνα με την ηλικία έναρξης καπνίσματος .....	107

Πίνακας 22: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τη χρήση καπνού .....	109
Πίνακας 23: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με βία και ατυχήματα .....	111
Πίνακας 24: Επίδραση του φύλου των εφήβων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με βία και ατυχήματα .....	112
Πίνακας 25: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά φύλο .....	117
Πίνακας 26: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά ηλικία .....	118
Πίνακας 27: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά περιοχή μόνιμης κατοικίας .	119
Πίνακας 28: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.....	120
Πίνακας 29: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά σχολική επίδοση .....	121
Πίνακας 30: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά τομέα εργασίας πατέρα.....	122
Πίνακας 31: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά τομέα εργασίας μητέρας.....	123
Πίνακας 32: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο πατέρα.	124
Πίνακας 33: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο μητέρας	125
Πίνακας 34: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές με βάση την επικοινωνία με γονείς .....	126
Πίνακας 35: Συμπεριφορές υγείας εφήβων–διαφορές με βάση την επικοινωνία μεταξύ των γονέων .....	127
Πίνακας 36: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές με βάση την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.....	128
Πίνακας 37: Συσχετίσεις συμπεριφοράς υγείας .....	129



## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1: Κατανομή εφήβων του δείγματος κατά βαθμίδα εκπαίδευσης.....	74
Γράφημα 2: Κατανομή εφήβων του δείγματος κατά βαθμίδα εκπαίδευσης.....	75
Γράφημα 3: Κατανομή των εφήβων του δείγματος που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών.....	81
Γράφημα 4: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας κατανάλωσης αλκοόλ στο σύνολο και ανά φύλο.....	83
Γράφημα 5: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας κατανάλωσης αλκοόλ ανά ηλικία.....	83
Γράφημα 6: Κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την προμήθεια αλκοόλ τον τελευταίο μήνα.....	84
Γράφημα 7: Χαρακτηρισμός βάρους του δείγματος.....	86
Γράφημα 8: Κατανομή συχνότητας διατροφικών συνηθειών στο σύνολο και ανά φύλο.....	89
Γράφημα 9: Κατανομή συχνότητας διατροφικών συνηθειών ανά ηλικία.....	90
Γράφημα 10: Κατανομή συχνότητας καθαρισμού/βουρτσίσματος δοντιών.....	91
Γράφημα 11: Κατανομή συχνότητας πλυσίματος χεριών.....	92
Γράφημα 12: Κατανομή συχνότητας φυσικής δραστηριότητας στο σύνολο και ανά φύλο.....	98
Γράφημα 13: Κατανομή συχνότητας φυσικής δραστηριότητας ανά ηλικία.....	99
Γράφημα 14: Κατανομή συχνότητας αδικαιολόγητης απουσίας από το σχολείο.....	100
Γράφημα 15: Κατανομή εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.....	102
Γράφημα 16: Κατανομή των εφήβων του δείγματος που έχουν σεξουαλική εμπειρία σύμφωνα με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής.....	104
Γράφημα 17: Κατανομή των εφήβων του δείγματος που καπνίζουν σύμφωνα με την ηλικία έναρξης καπνίσματος.....	108
Γράφημα 18: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας καπνίσματος στο σύνολο και ανά φύλο.....	110
Γράφημα 19: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας καπνίσματος ανά ηλικία.....	110
Γράφημα 20: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας συμπεριφορών βίας και ατυχημάτων στο σύνολο και ανά φύλο.....	113
Γράφημα 21: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας συμπεριφορών βίας και ατυχημάτων ανά ηλικία.....	114
Γράφημα 22: Κατανομή μορφών σοβαρών τραυματισμών.....	115

Γράφημα 23: Κατανομή αιτιών σοβαρών τραυματισμών.....	115
Γράφημα 24: Κατανομή μορφών εκφοβισμού .....	116

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η εφηβική ηλικία αποτελεί εκείνη τη φάση της ανθρώπινης ανάπτυξης κατά την οποία εδραιώνονται και υιοθετούνται συμπεριφορές, στάσεις και πεποιθήσεις που αφορούν στην υγεία, οι οποίες συνήθως παγιώνονται και ακολουθούν τα άτομα και στην ενήλικη ζωή τους. Η διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών για την αποφυγή επιβλαβών για την υγεία έξεων αποτελεί έναν εκ των κύριων στόχων της προαγωγής της υγείας στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό, με απώτερο σκοπό να διαμορφώσει και να θεμελιώσει θετικές για την υγεία πεποιθήσεις και στάσεις στην ενήλικη ζωή.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των στάσεων και συμπεριφορών που επηρεάζουν την υγεία των εφήβων ηλικίας 14-18 ετών του νομού Κορινθίας. Ειδικότερα, επιδιώκεται η ανεύρεση του επιπολασμού με τον οποίο εμφανίζονται οι διάφορες συμπεριφορές υγείας στους εφήβους και η αναζήτηση των πιθανών παραγόντων που επιδρούν στην εμφάνιση εφηβικών συμπεριφορών κινδύνου που σχετίζονται με τις βασικές αιτίες νοσηρότητας και διαταραχών της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων σήμερα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι μη πειραματική, περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό. Οι συμπεριφορές υγείας που μελετήθηκαν προσανατολίστηκαν σε εννέα θεματικές ενότητες: χρήση αλκοόλ, διαιτητικές συνήθειες, υγιεινή, ψυχική υγεία, φυσική δραστηριότητα, προστατευτικοί παράγοντες, σεξουαλική συμπεριφορά, χρήση καπνού, βία και ατυχήματα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 92 έφηβοι ηλικίας 14-18 ετών που φοιτούν στις τάξεις Γυμνασίου και Λυκείου του νομού Κορινθίας. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου που περιελάμβανε μια κλίμακα 71 ερωτήσεων κλειστού τύπου για την ανίχνευση των στάσεων των εφήβων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής και της διασταυρωμένης πινακοποίησης με τη στατιστική δοκιμασία Chi Square Test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το t στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων, ενώ μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 22.0.

**Αποτελέσματα:** Σχεδόν εννέα στους δέκα εφήβους (89,1%) έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό μέχρι σήμερα στη ζωή τους, ενώ πρόωμη έναρξη κατανάλωσης οινοπνεύματος ( $\leq 13$  ετών) δήλωσε το 26,8% του δείγματος. Ποσοστό 6,5% ανέφερε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ( $>5$  ποτά την ημέρα), κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Σχεδόν ένας στους πέντε εφήβους (17,5%) ήταν υπέρβαρος (αναλογία αγόρια προς κορίτσια 5:1), αλλά όχι παχύσαρκος. Οι έφηβοι ανέφεραν κατανάλωση φρούτων (89,1%), λαχανικών (95,6%) και πρόσληψη αναψυκτικών (73,9%) τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, καθώς και κατανάλωση fast food (60,9%) τουλάχιστον μία ημέρα την εβδομάδα. Βουρτσίζουν καθημερινά τα δόντια τους (100%), πλένουν πάντα τα χέρια τους πριν το φαγητό (73,9%) και μετά τη χρήση της τουαλέτας (80,4%), κάνοντας χρήση σαπουνιού (84,8%). Τους τελευταίους 12 μήνες ένιωσαν συναισθήματα μοναξιάς (56,6%), είχαν έντονες ανησυχίες (32,6%) που τους κράτησαν άυπνους, παρουσίασαν αυτοκτονικό ιδεασμό (8,7%), ενώ ανέφεραν την ύπαρξη δύο ή περισσότερων στενών φίλων (91,4%). Ποσοστό 13% ανέφερε καθημερινή φυσική δραστηριότητα την τελευταία εβδομάδα (13%), ενώ το 63% δήλωσε καθιστικές δραστηριότητες από 1-4 ώρες την ημέρα. Σχεδόν τρεις στους δέκα εφήβους (28,3%) είχαν τουλάχιστον μία ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στη ζωή τους, δήλωσαν χρήση προφυλακτικού (92,3%) αλλά και άλλης μεθόδου αντισύλληψης (23,1%). Το 34,8% των εφήβων έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα, αλλά μόνο το 13% είναι ενεργοί καπνιστές, κάνοντας χρήση και άλλων προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα. Δέκα έφηβοι (10,9%) ανέφεραν ότι έχουν δεχτεί σωματική επίθεση και ενεπλάκησαν σε καβγά τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, ενώ ένας στους τέσσερις (25%) κάποιον σοβαρό τραυματισμό τουλάχιστον μία φορά. Επίσης, σχεδόν ένας στους δέκα εφήβους (13%) ανέφερε πως έπεσε θύμα εκφοβισμού τον τελευταίο μήνα. Μεταξύ αυτών, αναφέρθηκαν τέσσερις περιπτώσεις εκφοβισμού καθημερινά.

**Συμπεράσματα:** Η εφηβεία είναι μια μοναδική περίοδος της ζωής, γεμάτη αλλαγές και προκλήσεις, αλλά και κινδύνους και προβληματικές συμπεριφορές. Τονίζεται η αξία της επιτήρησης των συμπεριφορών υγείας των νέων της χώρας μας μέσω συνεχών ερευνητικών διαδικασιών. Κρίνεται απαραίτητη η αξιόπιστη καταγραφή με έγκυρα εργαλεία των συμπεριφορών υγείας που οι νέοι τείνουν να υιοθετήσουν σήμερα. Μια τέτοια καταγραφή με συντονισμένο και τακτικό τρόπο απαιτείται στο πλαίσιο αποτύπωσης της υπάρχουσας κατάστασης, εκτίμησης των αναγκών, προσδιορισμού

απώτερων στόχων, καθώς και στον σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Η έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, καθώς και η εκπαίδευση στο περιβάλλον του σχολείου με βιωματικό και διαδραστικό τρόπο, μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή των αρνητικών συμπεριφορών και στη βελτίωση της προσωπικότητας των εφήβων.

**Λέξεις κλειδιά:** *εφηβεία, μαθητές, συμπεριφορές υγείας, συμπεριφορές κινδύνου.*

## ABSTRACT

**Background:** Adolescence is the phase of human development in which attitudes, attitudes and beliefs about health are consolidated and adopted, which are usually consolidated and followed by individuals in their adult lives. Forming healthy behaviours to avoid harmful to health is one of the main goals of health promotion in children and adolescents, with the ultimate goal of shaping and building health-conscious beliefs and attitudes in adulthood.

**Objective:** Exploring attitudes and behaviours that affect the health of adolescents aged 14-18 in the county of Corinth. In particular, the prevalence of the various health behaviours in adolescents and the search for potential factors affecting the appearance of adolescent risk behaviors associated with the underlying causes of morbidity and disorders of the physical and psychosocial health of young people today.

**Material-method:** The present research work is non-experimental, descriptive overview and cross-sectional design. The health behaviors studied were geared to nine modules: alcohol use, dietary behaviours, hygiene, mental health, physical activity, protective factors, agents, sexual behaviour, tobacco use, violence and unintentional injury. The sample consisted of 92 adolescents aged 14-18 years attending high school and Lyceum classes in the county of Corinth. The empirical material collection was carried out using a questionnaire that included a range of 71 closed-type questions to detect adolescent positions. Data analyzed using descriptive statistics and cross-tabulation with the Chi Square Test. For the comparison of quantitative variables between two groups, the independent samples t statistical test was used, while the more than two groups used the parametric analysis of One-way ANOVA Test. In order to verify the existence of a linear relationship between the quantitative variables, Pearson's parametric correlation coefficient was used. Statistical analysis of the results was done with SPSS 22.0.

**Results:** Nearly nine out of ten adolescents (89.1%) have experienced some alcoholic drink to date in their lives, while early onset of alcohol consumption ( $\leq 13$  years) reported 26.8% of the sample. 6.5% reported excessive alcohol consumption ( $> 5$  drinks per day) during the last month. Nearly one in five teenagers (17.5%) was overweight (boys to girls ratio 5:1), but not obese. Adolescents reported eating fruits (89.1%),

vegetables (95.6%) and soft drinks (73.9%) at least once a day, as well as fast food (60.9%) at least one day per week . They daily brush their teeth (100%), always wash their hands before eating (73.9%) and after using the toilet (80.4%) using soap (84.8%). In the last 12 months, they felt lonely (56.6%), had serious concerns (32.6%) that kept them awake, they had a suicidal ideation (8.7%) and reported two or more close friends (91, 4%). 13% reported daily physical activity in the last week (13%), while 63% reported seating activities from 1-4 hours a day. Nearly three out of ten adolescents (28.3%) had at least one complete sexual intercourse in their lives, they said using a condom (92.3%) and another method of contraception (23.1%). 34.8% of adolescents have experienced smoking, but only 13% are active smokers, using other tobacco products other than cigarettes. Ten adolescents (10.9%) reported having been physically assaulted and injured at least once during the last year, while one in four (25%) had a serious injury at least once. Nearly one in ten adolescents (13%) reported that had been bullied in the last month. Among them, four instances of bullying were reported daily.

**Conclusions:** Adolescence is a unique period of life, full of changes and challenges, but also dangers and problematic behaviours. The necessity of the surveillance of adolescent's health behaviours through study protocols is vital. It is of paramount importance the reliable and valid registration of health behaviours that adolescents tend to adopt nowadays. Such registering in a coordinated and regular manner is required in the context of depicting the current situation, estimating needs, defining future goals, and designing effective programs for adolescent health promotion. Valid and timely information, as well as education in the school environment in an experiential and interactive way, can help to change negative behaviours and improve the personality of adolescents.

**Keywords:** *adolescence, students, health behaviours, risk behaviors*

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Σύγχρονα Προβλήματα Εφηβείας

### 1.1. Εισαγωγή

Η εφηβεία συνιστά την περίοδο μετάβασης μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής. Βιολογικά, χαρακτηρίζεται από την αρχή της ήβης, η οποία αποτελεί τη μεγαλύτερη και πιο χαρακτηριστική πλευρά της εφηβείας, όσον αφορά το βιολογικό μέρος της. Παρά το μεταβατικό της χαρακτήρα, η εφηβική ηλικία είναι μια ξεχωριστή περίοδος ανάπτυξης, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και ιδιαίτερους αναπτυξιακούς στόχους που την καθιστούν διαφορετική από άλλες αναπτυξιακές περιόδους (Smith et al., 1999).

Η εφηβική ηλικία αποτελεί την τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ενηλικίωση και την ωριμότητα. Πρόκειται για εκείνη τη φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα από τον κόσμο του παιδιού (της ανεμελιάς, της ανευθυνότητας και της εξάρτησης από τρίτους) στον κόσμο του ενήλικου (της υπευθυνότητας και της αυτοδιαχείρισης). Το πέρασμα αυτό γίνεται βαθμιαία, σε ένα διάστημα στο οποίο το αναπτυσσόμενο άτομο (ο έφηβος) δεν είναι πια παιδί, ούτε όμως ακόμη ενήλικος. Δεδομένου ότι παρουσιάζει κάποια χαρακτηριστικά που θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα που θυμίζουν την ώριμη, η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος μεταβατική (Παρασκευόπουλος, 1985).

Από την άλλη πλευρά, αρκετοί επιστήμονες θεωρούν ότι η εφηβεία δεν αποτελεί ένα ξεχωριστό αναπτυξιακό στάδιο, διαφωνώντας με την άποψη ότι στην εφηβεία το παιδί αποκτά μια νέα προσωπικότητα. Αντιθέτως, υποστηρίζουν πως η ανάπτυξη του παιδιού σε έφηβο είναι το ίδιο σταδιακή και ανεπαίσθητη όσο και η αντίστοιχη ανάπτυξη του εφήβου σε ενήλικα. Μία σύγχυση σχετικά με τα όρια της εφηβείας είναι διάχυτη, ενώ διαφαίνεται σε φράσεις όπως «ενδιάμεσο στάδιο» και «ουδέτερη ζώνη μεταξύ παιδικής και εφηβικής ηλικίας» (Martin, 1999).

## 1.2. Η «δύσκολη» εφηβεία

Η εφηβεία είναι ο δρόμος που ενώνει την παιδική ηλικία με την ενήλικη ζωή, όπου οδεύοντας ο έφηβος θα αποκτήσει τελικά, παρά τις λοξοδρομήσεις και τα αδιέξοδα, μια γνώριμη, αναγνωρίσιμη μορφή (Herbert, 1999). Αποτελεί παράλληλα μια περίοδο έκστασης και άγχους, ευτυχίας και προβλημάτων, εξερεύνησης και ψυχικής πίεσης. Μια περίοδο ρήξης των συνδετικών κρίκων με το παρελθόν και δημιουργίας νέων με το μέλλον. Μια περίοδο πιθανής σύγχυσης τόσο για τον ίδιο τον έφηβο και τους γονείς του που διατηρούν την επιμέλεια της ανατροφής του, όσο και για τους άλλους ενήλικες οι οποίοι είναι επιφορτισμένοι με το έργο της ανάπτυξης και της ψυχοκοινωνικής του προσαρμογής (Νομικού, 2004).

Από κοινωνιολογική άποψη, η εφηβεία είναι ένα φαινόμενο που διακρίνεται από την διαφορετικότητα αναφορικά με την καθολικότητα και την ομοιογένεια των χαρακτηριστικών της. Διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον και ως προς τη διάρκεια της και ως προς τις διαδικασίες ένταξης των εφήβων στην κοινωνία των ενηλίκων. Όσο πολυπλοκότερη είναι μια κοινωνία, τόσο μεγαλύτερη είναι η χρονική διάρκεια της εφηβείας, καθώς και η ένταση των συγκρούσεών της. Αλλά ακόμη και εντός της ίδιας κοινωνίας, όπως συμβαίνει ειδικά στις κοινωνίες δυτικού πολιτισμού, η εφηβεία ποικίλει σύμφωνα με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και τις δραστηριότητες που καλλιεργούνται και αναπτύσσονται σε αυτό.

Ο Hall (1904) υποστήριξε ότι η εφηβεία είναι μία περίοδος αναταραχής και άγχους, η οποία χαρακτηρίζεται από ακραίες αλλαγές στη διάθεση και απρόβλεπτη συμπεριφορά. Πρόκειται για μια άποψη που θεωρείται ως παραδοσιακή για την εφηβεία, με τους σύγχρονους ερευνητές όμως να υποστηρίζουν ότι η εφηβεία δε συνεπάγεται περισσότερη αναστάτωση συγκριτικά με τις άλλες περιόδους της ζωής, εφόσον οι έφηβοι προετοιμαστούν κατάλληλα για τους ρόλους που πρόκειται να αναλάβουν στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους (Μακρή-Μπότσαρη, 2007).

Η εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρόχρονη αναπτυξιακή περίοδο διάρκειας 7 έως 8 χρόνων, η οποία ξεκινά στην ηλικία κατά την οποία ένα νεαρό άτομο αρχίζει να ωριμάζει σεξουαλικά (περίπου από το 11<sup>ο</sup> έτος). Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί επακριβώς το τέλος της εφηβείας (περίπου στο 18<sup>ο</sup> έτος), αφού συνήθως καθορίζεται

από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και συνεπώς ποικίλει σημαντικά από πολιτισμό σε πολιτισμό. Η εφηβεία περιλαμβάνει το σύνολο των αλλαγών που διαδραματίζονται στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιολογικό (βιοσωματικό), το γνωστικό, τον ψυχολογικό-συναισθηματικό και τον κοινωνικό.

Στο βιοσωματικό τομέα συμβαίνουν ταχύτερες αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους του σώματος: ύψος, βάρος, αναλογίες, περίγραμμα, θέση και λειτουργία οργανικών συστημάτων με αποκορύφωμα την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας. Στο γνωστικό τομέα η εμφάνιση της αφαιρετικής σκέψης προσδίδει μια νέα αντίληψη και κατανόηση του κόσμου. Καθώς οι έφηβοι εισέρχονται στην περίοδο επίσημης λειτουργικής σκέψης, επίκεινται σε γνωστικές αλλαγές: η σκέψη κινείται στο χώρο του πιθανού, των υποθετικών καταστάσεων και των θεωριών, εφοδιάζει τους εφήβους με την ικανότητα ανακάλυψης εναλλακτικών λύσεων για κάθε θέμα, προάγοντας την ατομική κρίση και τη δημιουργικότητα. Ο ψυχολογικο-συναισθηματικός τομέας χαρακτηρίζεται από ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης, με κομβικό σημείο αυτής της ηλικιακής περιόδου την συναισθηματική αυτονομία του εφήβου από την οικογένεια. Ο κοινωνικός τομέας χαρακτηρίζεται από την τάση του εφήβου για αυτονομία σε όλους τους τομείς, για ανεξαρτοποίηση από τους ενήλικους, καθώς και για αποδοχή από την ομάδα των συνομηλίκων (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Οι ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη κατά την εφηβεία εκδηλώνονται σε πολλούς τομείς ως απόρροια των αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογικών, γνωστικών, ψυχολογικών και κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων. Από αυτούς τους παράγοντες κανένας δεν ενεργεί ανεξάρτητα από τους άλλους και κανένας δεν είναι ο κύριος υποκινητής της ανάπτυξης. Για παράδειγμα, η εφηβεία είναι μια περίοδος ραγδαίων βιοσωματικών αλλαγών, με τις ορμονικές αλλαγές να αποτελούν μέρος αυτής της ανάπτυξης. Οι αλλαγές στα επίπεδα ορμονών όμως δεν φέρουν την κύρια ευθύνη για τις ψυχολογικές και τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν στην περίοδο αυτή. Στην πραγματικότητα, η ποιότητα και η χρονική στιγμή της εκδήλωσης των ορμονικών ή των άλλων βιολογικών αλλαγών επηρεάζουν και επηρεάζονται από το ψυχολογικό, το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο (Νόβα-Καλτσούνη και συν., 2002).

### 1.3. Σχέσεις γονέων και εφήβων

Η γονική φροντίδα και τρυφερότητα παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαδικασία δόμησης της ταυτότητας, κατά την κρίσιμη περίοδο της εφηβείας (Αναστασόπουλος, 1997). Εξίσου σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η ελευθερία και η αυτονομία, ως πλαίσιο αναφοράς της γονικής συμπεριφοράς προς τους εφήβους. Η ανάγκη των εφήβων για ελευθερία, αυτονομία και αυτοέκφραση οδηγεί τους γονείς σε συμπεριφορές ανάλογης δεκτικότητας και ελαστικότητας, ωθώντας τους εφήβους να προσαρμοστούν ομαλά στον κόσμο των ενηλίκων. Η αίσθηση των εφήβων ότι τυγχάνουν εμπιστοσύνης και αντιμετώπισης ως υπεύθυνων και ώριμων ατόμων, αποτελεί μία μεταβλητή με σημαντική συμβολή στην αύξηση της αυτοεκτίμησής τους, η οποία με τη σειρά της είναι βασικό και κυρίαρχο στοιχείο, κατά τη δόμηση της ταυτότητας τους. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες στη διαδικασία δόμησης της ταυτότητας των εφήβων είναι η αίσθηση αποδοχής από τους γονείς, το επίπεδο της οικογενειακής ενδοεπικοινωνίας, η οικογενειακή συνοχή και ισορροπία, η κοινή υποστήριξη ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, καθώς επίσης και ο δημιουργικός και καθοδηγητικός γονικός έλεγχος (Παπαδάτος, 2003).

Στο πλαίσιο μελέτης των σχέσεων μεταξύ εφήβων και γονέων μέσα από το πρίσμα της δημοκρατικοποίησης της οικογένειας και της επικράτησης ενός γενικότερου πνεύματος ελευθερίας, αναδεικνύεται η σημαντικότητα του διαλόγου ως βασικό χαρακτηριστικό της ομαλής λειτουργίας της οικογένειας. Οι γονείς, όταν συζητούν με τους εφήβους για όλα σχεδόν τα θέματα που τους απασχολούν και όταν οι τυχόν διαφοροποιήσεις ή/και εντάσεις στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας επιλύονται με τον πλέον εποικοδομητικό διάλογο, έχει ως αποτέλεσμα οι έφηβοι να συγκροτούν με μεγαλύτερη ευκολία και αυτοπεποίθηση την ταυτότητά τους (Μακρή-Μπότσαρη, 2000α).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση του ιδιαίτερου ρόλου της μητέρας, όσον αφορά στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού. Η μητέρα είναι το κύριο πρόσωπο αναφοράς για το παιδί και ειδικότερα τον έφηβο, η δεσπύζουσα μορφή με την οποία αναπτύσσει μια έντονη αμφίδρομη δυαδική σχέση, μια σχέση αλληλεπίδρασης, αλληλοσυμπλήρωσης και αλληλεκπλήρωσης (Birns & Hay, 1988). Η σχέση του παιδιού με τη μητέρα συνδέεται περισσότερο με την ψυχική υγεία του, για λόγους κυρίως κοινωνικούς και μερικώς βιολογικούς, ενώ ο ρόλος του πατέρα είναι κοινωνικά

περιορισμένος. Ωστόσο η διαφορετική και συνήθως μικρότερη χρονικά εμπλοκή του πατέρα με το παιδί, δε σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι ο ρόλος του είναι λιγότερο σημαντικός. Ο πατέρας κατέχει μια σημαντική θέση στη διαδικασία εξέλιξης του παιδιού από την προγεννητική ακόμη περίοδο. Ο ρόλος του είναι πολύτιμος στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της κοινωνικοποίησης του παιδιού και ιδιαίτερα φανερός στην εδραίωση του Υπερεγώ. Το Υπερεγώ είναι πηγή δύναμης για το Εγώ και το άτομο που υποφέρει από πατρική στέρηση έχει συνήθως αδύναμο Εγώ. Η μητέρα αλλά και ο πατέρας λειτουργούν στη βρεφική ηλικία ως μορφές προσκόλλησης και αργότερα ως φορείς κοινωνικοποίησης. Ο ρόλος του πατέρα αναδεικνύεται ιδιαίτερα καθοριστικός κατά την περίοδο της εφηβείας, τόσο για την έφηβη κόρη, στο υποσυνείδητο της οποίας καταγράφεται ως πρότυπο που θα καθορίσει τις μελλοντικές επιλογές ως προς τον σύντροφό της, όσο και για τον γιο, ως ανδρικό στερεοτυπικό πρότυπο προς μίμηση (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Όταν και οι δυο γονείς είναι παρόντες, διαθέτουν σχεδόν ίσο χρόνο για συζήτηση, για έλεγχο και για έκθεση των απόψεών τους, ειδικότερα σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού. Οι έφηβοι φαίνεται να συζητούν διαφορετικά θέματα με τον πατέρα από ότι με τη μητέρα τους (Cole & Cole, 2002). Οι μητέρες επιδεικνύουν μεγαλύτερη προθυμία να επεκταθούν και να συζητήσουν με τους εφήβους και πιο προσωπικά τους θέματα, όπως την επιλογή των φίλων και τη διασκέδασή τους. Από την άλλη οι έφηβοι φαίνεται να δηλώνουν πως η άποψη του πατέρα είναι πιο καθοριστική σε τομείς όπως η οικονομική τους συντήρηση καθώς και οι θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις (Roggman, 1992). Στις περισσότερες έρευνες καταγράφεται μια αυξημένη αυστηρότητα του πατέρα, κυρίως προς τις κόρες, στον τομέα της επιλογής των φίλων και της διασκέδασης (Μακρή-Μπότσαρη, 2000α).

Σήμερα η μορφή του θεσμού της οικογένειας έχει διαφοροποιηθεί δραματικά σε σχέση με το παρελθόν. Η αύξηση των διαζυγίων, η απόκτηση παιδιού εκτός γάμου καθώς και η αυξητική τάση των συμβιωτικών σχέσεων, έχουν αλλάξει ριζικά τη δομή της παραδοσιακής οικογένειας. Για τον λόγο αυτό, τα πρότυπα ταύτισης και οι στόχοι που θέτουν οι έφηβοι στις μέρες μας αλλάζουν με ταχύτατους ρυθμούς, καθώς οι σχέσεις τους με τους γονείς είναι περισσότερο απαιτητικές και σύνθετες από κάθε άλλη εποχή. Ο χρόνος ενασχόλησης των γονέων με τους εφήβους είναι σαφώς μειωμένος σε σχέση με το παρελθόν και συνεχίζει να μειώνεται διαρκώς, εξαιτίας του φόρτου εργασίας των

γονέων και της πληθώρας των λοιπών ενασχολήσεων. Αλλά και οι ίδιοι οι έφηβοι με τη σειρά τους, εκτός από το εξαντλητικό σχολικό ωράριο οφείλουν να ανταποκριθούν και σε ένα πλήθος άλλων ρόλων και ασχολιών που τους στερεί τον ελεύθερο χρόνο για την ανάπτυξη ενδοοικογενειακών διαπροσωπικών σχέσεων.

Η συναισθηματική και κοινωνική έκφραση των εφήβων επηρεάζεται άμεσα από το επίπεδο και την ποιότητα της επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς. Η εκτίμηση και ο σεβασμός μεταξύ των γονέων έχουν σημαντικό αντίκτυπο και στον τρόπο έκφρασης της εκτίμησης και του σεβασμού των εφήβων, τόσο προς τους γονείς τους, όσο και προς τους άλλους συγγενείς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι η θετική συμπεριφορά του πατέρα προς τη μητέρα προσφέρει ιδιαίτερη ικανοποίηση στους εφήβους (Cohen & Clark, 1984).

Αναδεικνύεται, λοιπόν, ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος των γονέων στη δόμηση μιας υγιούς και δημιουργικής σχέσης με τον επαναστατημένο και σαστισμένο έφηβο του σήμερα, ο οποίος αναζητά την ταυτότητά του. Επίσης σημαντικός είναι και ο τρόπος που ο ίδιος ο έφηβος θα προβεί στη διαχείριση των συγκρούσεών του και στη διαπραγμάτευση των πεποιθήσεών του με τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και με τους σημαντικούς άλλους, κατά τη συγκρότηση της ταυτότητάς του (Μακρή-Μπότσαρη, 2000β).

#### **1.4. Οι οικογενειακές συγκρούσεις**

Ανάμεσα στα πλαίσια αναφοράς της ανάπτυξης κατά την εφηβεία, το οικογενειακό πλαίσιο έχει προσελκύσει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των ενασχολούμενων με αυτή την ηλικιακή ομάδα. Η εστίαση συνήθως αφορά στο ζήτημα της σύγκρουσης γονέων και εφήβων, καθώς και στις αλλαγές που καταγράφονται στο βαθμό της οικειότητας και της συντροφικότητας των σχέσεων αυτών. Αυτή η ερευνητική προσπάθεια έχει καταλήξει σε ορισμένα γενικά συμπεράσματα, τα κυριότερα των οποίων είναι τα εξής (Cole & Cole, 2002; Μακρή-Μπότσαρη, 2008):

- Η συχνότητα των συγκρούσεων μεταξύ των εφήβων και των γονέων τους παρουσιάζει αυξητική τάση στα πρώτα χρόνια της εφηβείας, χωρίς ωστόσο να παρατηρείται γενικότερη συναίνεση μεταξύ των ερευνητών αναφορικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες της τάσης αυτής.

- Η αύξηση της συχνότητας των ήπιων συγκρούσεων εφήβων-γονέων συνοδεύεται από εξασθένιση της οικειότητας στις μεταξύ τους σχέσεις και, ειδικότερα, από μείωση του χρόνου που οι έφηβοι περνούν μαζί με τους γονείς τους.
- Οι αλλαγές στις σχέσεις εφήβων-γονέων επιδρούν όχι μόνο στην ψυχολογική ανάπτυξη των εφήβων, αλλά και στην ψυχική υγεία των γονέων τους, αφού πολλοί γονείς έχουν αναφέρει δυσκολίες προσαρμογής στο κλίμα που δημιουργείται από την προσπάθεια των εφήβων για αυτονομία και εξατομίκευση.
- Η ένταση της πρώτης εφηβικής περιόδου ακολουθείται κατά κανόνα από την αποκατάσταση σχέσεων των εφήβων με τους γονείς τους, οι οποίες είναι λιγότερο εριστικές, περισσότερο ισόνομες και λιγότερο ευμετάβλητες.

Η ανάγκη του εφήβου για αυτοπροσδιορισμό και αυτονόμηση οδηγούν σε συγκρούσεις με το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον. Η ορθή ή όχι διαχείριση των συγκρούσεων, ο επανακαθορισμός και η επαναδιαπραγμάτευση των σχέσεων γονέων-εφήβου από το γονεϊκό του περιβάλλον, μπορούν να έχουν θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα στην αυτοεκτίμηση και στη διαμόρφωση της ταυτότητάς του. Το πέρασμα του εφήβου από την κλειστή εξάρτηση της οικογένειας στην αυτονομία χαρακτηρίζεται από τη μείωση της συμμετοχής του στην οικογενειακή ζωή και την ταυτόχρονη αύξηση της διαπροσωπικής σύγκρουσης με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Έρευνες σχετικά με την οικογένεια κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής, καταδεικνύουν ότι και μόνο η παρουσία των εφήβων μέσα στην οικογένεια είναι πηγή άγχους και σημαντικός αποσταθεροποιητικός παράγοντας της ομαλότητας της οικογενειακής ζωής.

Η γονική στήριξη και ο τρόπος διαπαιδαγώγησης συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη των προβλημάτων συμπεριφοράς. Ο ρόλος του γονέα είναι να βοηθήσει τον έφηβο να μεγαλώσει και όχι να προσπαθεί να τον καθυστερήσει. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς πρέπει να αφήνουν το παιδί ελεύθερο να κάνει τα πράγματα όπως τα θέλει και να το βοηθούν μόνο σε κατάλληλες στιγμές. Η άσκηση στην πειθαρχία θα πρέπει να γίνεται πολύ πριν φτάσει το παιδί στην εφηβεία και να έχει εδραιωθεί, είναι περιττό να προσπαθεί ο γονιός να επιβάλλει την πειθαρχία στην εφηβεία. Η επιρροή που μπορεί να ασκήσει ένας γονιός πάνω στον έφηβο εξαρτάται από την προηγούμενη σχέση τους. Οι θετικές σχέσεις των εφήβων με τους γονείς τους προάγουν την ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή και το ψυχολογικό τους ευ ζην. Αντίθετα, η έλλειψη γονεϊκής στήριξης

και η μη ενασχόληση των γονέων με τα παιδιά τους αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς στην εφηβεία (Μακρή-Μπότσαρη, 2005α).

Οι κυριότεροι παράγοντες που διαφοροποιούν το υψηλό από το χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης είναι η αποδοχή των παιδιών από τους γονείς, ο καθορισμός από τους γονείς προσδιορισμένων ορίων της παιδικής συμπεριφοράς, καθώς και ο σεβασμός της ατομικής πρωτοβουλίας και γενικά της ελευθερίας του παιδιού. Οι έφηβοι των οποίων οι γονείς είναι δημοκρατικοί (στοργικοί, διαλεκτικοί και σταθεροί), επιδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα ικανοτήτων και ψυχολογικής ωριμότητας συγκριτικά με συνομήλικούς τους με ανεκτικούς, αυταρχικούς ή αδιάφορους γονείς. Η δημοκρατική διαπαιδαγώγηση διατηρεί μια θετική σχέση με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και ωριμότητα του εφήβου, καθώς και με την υψηλή του επίδοση στο σχολείο. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές που συμβαίνουν στις σχέσεις γονέων-παιδιών κατά την εφηβεία είναι αποτέλεσμα των βιολογικών αλλαγών της ήβης. Όπως υποστηρίζουν, η ωρίμανση των χαρακτηριστικών της ήβης οδηγεί στη σταδιακή αποκατάσταση πιο συμμετρικών σχέσεων, με τους εφήβους να αποκτούν μεγαλύτερη αυτονομία αλλά και επιρροή στη λήψη των οικογενειακών αποφάσεων (Μακρή-Μπότσαρη, 2005β).

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η σύγκρουση των εφήβων με τους γονείς τους και ειδικότερα με τη μητέρα τους αρχίζει να αυξάνει με την απαρχή της ήβης. Μια ενδιαφέρουσα αντιπαράθεση ανάμεσα στους ερευνητές αναφέρεται στην κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ των αναπτυξιακών αλλαγών της ήβης και του μετασχηματισμού των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων ενδέχεται να επηρεάσει το χρόνο έναρξης και την εξελικτική πορεία της ήβης, με συνέπεια οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες με περισσότερες συγκρούσεις και λιγότερο οικείες σχέσεις να εμφανίσουν ταχύτερη και πιο πρόωμη ήβη.

Η πλειοψηφία των εφήβων διαγράφει μια ασφαλή τροχιά εξέλιξης προς την ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή, ειδικότερα όταν υπάρχει συνέχεια στις σχέσεις αποδοχής και ζεστασιάς με τους γονείς τους. Βέλτιστη προσαρμογή επιδεικνύεται από εκείνους τους εφήβους που ενθαρρύνονται από τους γονείς τους για να αποκτήσουν την αυτονομία τους, διατηρώντας ισχυρούς δεσμούς με την οικογένειά τους.



## 1.5. Τα προβλήματα συμπεριφοράς

Τα προβλήματα συμπεριφοράς κατά την εφηβεία διακρίνονται σε εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα. Εξωτερικευμένα είναι τα προβλήματα στα οποία η συμπεριφορά είναι περισσότερο έκδηλη και έχει περισσότερες άμεσες αρνητικές επιπτώσεις για το άτομο και την κοινωνία. Προβλήματα τέτοιας μορφής είναι η χρήση ουσιών, οι διαταραχές διαγωγής, η σχολική αποτυχία και η παραβατικότητα. Στα εσωτερικευμένα προβλήματα, χαρακτηριστικό παράδειγμα των οποίων είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, η συμπεριφορά μπορεί να συγκαλύπτεται και να μη γίνεται εύκολα αντιληπτή. Πολλά από τα συμπτώματα των εσωτερικευμένων προβλημάτων μπορούν να θεωρηθούν ως φυσιολογικές εκδηλώσεις των πολλών αλλαγών που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Αναφορικά με τα προβλήματα αυτά, οι ερευνητές φαίνεται να έχουν καταλήξει σε ορισμένα γενικά συμπεράσματα (Cole & Cole, 2002; Ντόλτο & Ντόλτο-Τόλιτς, 2004; Μακρή-Μπότσαρη, 2008):

- Είναι αναγκαία η διάκριση μεταξύ της περιστασιακής και της διαρκής έκθεσης σε καταστάσεις κινδύνου. Για παράδειγμα, παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των εφήβων έχει βιώσει την εμπειρία του αλκοόλ πριν από την αποφοίτησή τους από τη μέση εκπαίδευση και κάποιοι από αυτούς έχουν βρεθεί τουλάχιστον μια φορά σε κατάσταση μέθης, σχετικά λίγοι είναι οι νέοι που θα εμφανίσουν πρόβλημα αλκοολισμού ή που θα επιτρέψουν στο αλκοόλ να επηρεάσει δυσμενώς την πορεία τους στο σχολείο ή τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.
- Είναι αναγκαία η διάκριση ανάμεσα στα προβλήματα των οποίων η ρίζα και η απαρχή βρίσκονται στην εφηβεία και στα προβλήματα των οποίων η ρίζα τοποθετείται σε προγενέστερες περιόδους της ζωής του εφήβου. Δεδομένου ότι μερικοί έφηβοι επιδεικνύουν παραβατική συμπεριφορά, πολλοί έχουν την τάση συσχέτισης της παραβατικότητας με την εφηβεία. Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα φανερώνουν ότι οι έφηβοι με παραβατική συμπεριφορά αντιμετώπιζαν από νεαρότερη ηλικία προβλήματα στην οικογένεια ή/και στο σχολείο, με ορισμένους μάλιστα από αυτούς να εμφανίζουν προβλήματα από την προσχολική ακόμα ηλικία. Διαχρονικές μελέτες έχουν επίσης καταδείξει ότι πολλά άτομα που εκδηλώνουν κατάθλιψη και διάφορες άλλες συναισθηματικές διαταραχές κατά την εφηβεία, είχαν εμφανίσει κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή (π.χ. υπερβολικό άγχος) στην

παιδική ηλικία. Όλες αυτές οι μελέτες φανερώνουν ότι η εμφάνιση ενός προβλήματος κατά την εφηβεία δεν σημαίνει ότι αυτό αποτελεί απαραίτητα ένα πρόβλημα της εφηβείας.

- Πολλά από τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων είναι σχετικά παροδικά ως προς τη φύση τους και εξομαλύνονται με την ενηλικίωση. Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι η χρήση ουσιών και η παραβατικότητα, τα οποία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά στους εφήβους σε σχέση με τους ενήλικες. Ωστόσο, τα περισσότερα από τα άτομα αυτά που ως έφηβοι έκαναν κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ή είχαν επιδείξει παραβατική συμπεριφορά, εξελίσσονται σε εγκρατείς και νομοταγείς ενήλικες.

Αντίθετα με την πορεία εξέλιξης των εξωτερικευμένων προβλημάτων, τα οποία φαίνεται να κορυφώνονται στη μέση εφηβική ηλικία και στη συνέχεια να φθίνουν, η αντίστοιχη πορεία εξέλιξης των εσωτερικευμένων προβλημάτων δεν φαίνεται να είναι ίδια. Για παράδειγμα, η συχνότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αρχίζει να αυξάνεται στην πρώτη εφηβική ηλικία, συνεχίζοντας όμως την ανοδική της πορεία και στην ενήλικη ζωή, αν και όχι με τόσο δραματικούς ρυθμούς. Ακόμα πιο ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι οι διαφορές φύλου που έχουν τεκμηριωθεί στη συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των ενηλίκων έχουν ως απαρχή την εφηβεία, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους άνδρες (Νόβα-Καλτσούνη και συν., 2002).

Οι παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως και οι παράγοντες προστασίας από τέτοια προβλήματα κατά την εφηβεία, τοποθετούνται στο επίπεδο του ατόμου αλλά και στο επίπεδο του κοινωνικού του περιγύρου. Στο ατομικό επίπεδο, έχουν συστηματικά αναδειχθεί ως προστατευτικοί παράγοντες οι θετικές εκτιμήσεις του εαυτού, η διαμόρφωση ισχυρής ταυτότητας, η σχολική επιτυχία και οι υψηλές εκπαιδευτικές φιλοδοξίες (Makri-Botsari, 2001). Οι οικογένειες εφήβων με παραβατική συμπεριφορά είναι λιγότερο συνεκτικές, υπόκεινται σε αυστηρότερο γονεϊκό έλεγχο και διέπονται από περισσότερες συγκρούσεις μεταξύ των μελών τους συγκριτικά με τις οικογένειες εφήβων χωρίς παραβατική συμπεριφορά (Cole & Cole, 2002).

Αν τα παιδιά βιώσουν την παραμέληση, την απόρριψη και την εχθρότητα από τους γονείς τους, είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσουν ένα μεγάλο αριθμό προβλημάτων σε διάφορους λειτουργικούς τομείς της προσωπικότητάς τους, όπως μαθησιακές δυσκολίες, νευρωτικές διαταραχές, γνωστικά προβλήματα, ψυχοσωματικά προβλήματα και διαταραχές της προσωπικότητας. Αντιθέτως, η απόκτηση αυτονομίας εντός ενός περιβάλλοντος θετικών σχέσεων με τους γονείς οδηγεί σε καλύτερη προσαρμογή του νεαρού ατόμου κατά την προοδευτική απομάκρυνσή του από την επίδραση των ενηλίκων, αυξημένη αυτοπεποίθηση, ενισχυμένη αντίσταση στην πίεση από τους συνομηλίκους και υψηλότερη αυτοεκτίμηση.

Οι γονείς αποτελούν τον κοινωνικό καθρέφτη του παιδιού. Αν ο έφηβος αισθάνεται ότι οι γονείς του το περιβάλλουν με στοργή, σεβασμό και εμπιστοσύνη, τότε μπορεί να σκεφτεί τον εαυτό του ως άξιο στοργής, σεβασμού και εμπιστοσύνης. Όσο ανεξάρτητος και αν είναι ο έφηβος, θέλει πάντα να ενδιαφέρονται οι γονείς του για αυτόν και για τις πράξεις του. Η βεβαιότητα του παιδιού ότι κάποιος το πιστεύει αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα προωθητικά στο δύσκολο αγώνα του, ακόμα και στην κορύφωση της αποτυχίας του (Θεοδωροπούλου, 2010).

## **1.6. Ψυχική υγεία και κατάθλιψη**

Μια κύρια αναπτυξιακή απαίτηση της εφηβείας είναι η απόκτηση ταυτότητας του Εγώ. Ο έφηβος καλείται να διαμορφώσει μια ενιαία και σταθερή εικόνα για τον εαυτό του ως πρόσωπο, καθώς επίσης και για το ρόλο που θα διαδραματίσει μέσα στην κοινωνία. Σε μια ταχέως αναπτυσσόμενη κοινωνία με ποικίλους, απαιτητικούς και ασαφείς ρόλους ενηλίκων, το έργο αυτό γίνεται δύσκολο και χρονοβόρο. Μια τέτοια κοινωνία συνεπάγεται για τον έφηβο αυξημένη συναισθηματική ένταση, άγχος και εσωτερικές συγκρούσεις, συχνά συνοδευόμενες από αντιλήψεις προσωπικής ανασφάλειας, αβεβαιότητας και ανεπαρκούς ικανότητας. Η ανικανότητα επιρροής του εφήβου σε γεγονότα και συνθήκες που επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή του μπορεί να προβάλλει, εκτός από το άγχος, συναισθήματα ανασφάλειας, αδυναμίας αντίδρασης, ματαιότητας και απελπισίας, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εφήβων (Κουρκούτας, 2008).

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές της εφηβείας. Η εφηβική κατάθλιψη μπορεί να είναι μακρόχρονη και επαναλαμβανόμενη. Πρόκειται για παράγοντα κινδύνου ψυχοπαθολογίας και ψυχοκοινωνικής δυσπροσαρμογής στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Το καταθλιπτικό άτομο εμφανίζει αρνητική θεώρηση του εαυτού, αρνητική ερμηνεία των προσωπικών εμπειριών και αρνητική θεώρηση του μέλλοντος. Ο αρνητισμός αυτός επηρεάζει επιπλέον την αυτοεκτίμηση, την απόδοση αιτίων, τις προσδοκίες και την ανάκληση των εμπειριών, ενώ εκδηλώνεται με αυστηρή αυτοκριτική και αυτομομφή, αρνητικές προβλέψεις για το μέλλον, αρνητική ερμηνεία των εμπειριών, εμμονή σε δυσάρεστες αναμνήσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Ντόλτο & Ντόλτο-Τόλις, 2004).

Η κατάθλιψη δεν είναι ούτε αδυναμία του χαρακτήρα, ούτε δικαιολογημένη θλίψη, ούτε μια περίεργη συμπεριφορά. Είναι μια ασθένεια με πολλά πρόσωπα, εξαιρετικά διαδεδομένη που συχνά συνδέεται με τη μοναξιά. Παρά το γεγονός ότι αποτελεί σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από τα συμπτώματά της που είναι ποικίλα και εκδηλώνονται, τόσο με τρόπο ψυχολογικό, όσο και με τρόπο οργανικό (Cryan et al., 2002). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα συμπτώματα της κατάθλιψης εκτείνονται σχεδόν σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και περιλαμβάνουν: λύπη, θλίψη, ευερεθιστικότητα, άγχος, εχθρότητα, ενοχές, θυμό, εκνευρισμό, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα, ανημπορία, αδυναμία συγκέντρωσης, μειωμένη ικανότητα σκέψης, απώλεια ευχαρίστησης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντληση, απώλεια όρεξης, απώλεια ενδιαφέροντος, απαισιοδοξία, απελπισία, απόπειρες αυτοκτονίας, σκέψεις αναξιότητας, σκέψεις θανάτου (Herbert, 1999; Cryan et al., 2002; Σκαπινάκης, 2003; Σολδάτος, 2005; Χριστοδούλου, 2005; Makri-Botsari, 2005; Λυκούρας, 2009; Μενεδιάτου, 2012).

Η κατάθλιψη μπορεί να καλύπτεται στην εφηβεία με συνέπεια να μη γίνει εύκολα αντιληπτή. Άλλωστε καθένα από τα προαναφερθέντα συμπτώματα ενδέχεται να εμφανισθεί φυσιολογικά στην εφηβεία, χωρίς να υποδηλώνει μια καταθλιπτική διαταραχή. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι έφηβοι οδεύουν προς την ενηλικίωση ομαλά, χωρίς μεγάλες αναστατώσεις και κλυδωνισμούς, με σταθερότητα μεταξύ της εφηβικής και της ενήλικης προσωπικότητας (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Στην εφηβική κατάθλιψη παρατηρείται συχνή εμφάνιση και έντονη παραμονή των συμπτωμάτων αυτών, δυσχέρεια της εξελικτικής πορείας του εφήβου προς την ωριμότητα, παρεμπόδιση των σχέσεων του με τους συνομηλίκους και τους ενήλικες, καθώς και αρνητικές επιπτώσεις της συμπεριφοράς του προς τους άλλους (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Πολλές φορές οι υψηλοί στόχοι που θέτουν οι έφηβοι για τον εαυτό τους και τα υψηλά κριτήρια αυτοεκτίμησης δυσχεραίνουν τη ζωή τους, καθώς οι ίδιοι προβαίνουν σε αυστηρότατη αυτοκριτική δημιουργώντας μεγάλη απόσταση ανάμεσα στην πραγματική και στην ιδεώδη εικόνα του εαυτού τους. Αυτή η αποτυχία τους στη διαμόρφωση μιας σαφούς εικόνας του εαυτού τους οδηγεί στη σύγχυση ρόλων, η οποία θεωρείται βασική αιτιολογία πολλών μορφών διαταραχών της συμπεριφοράς που παρουσιάζουν οι έφηβοι (Herbert, 1999; Κουρκούτας, 2008).

Παρά το γεγονός ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης των εφήβων είναι πολύ κοινά με αυτά των ενηλίκων και η διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται σύμφωνα με τα ίδια κριτήρια του DSM-IV, υπάρχουν διαφορές. Στους εφήβους μπορεί επιπλέον να παρατηρηθούν μείωση της σχολικής επίδοσης, εγκατάλειψη σπουδών, απάθεια, μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, καθώς και παραβατική και αντικοινωνική συμπεριφορά, όπως χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και επιθετικότητα (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η μεγάλη πλειοψηφία των εφήβων με καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζει και δυσθυμική διαταραχή. Στη διαταραχή αυτή παρατηρείται καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον ένα χρόνο, συνοδευόμενη και από άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης, τα οποία όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Κατά τη διάρκεια της περιόδου της διαταραχής το άτομο ποτέ δεν εμφανίζεται χωρίς σύμπτωμα για διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών κάθε φορά. Αν και το ποσοστό των εφήβων με κλινική κατάθλιψη έχει βρεθεί να κυμαίνεται γύρω ή ακόμα και κάτω από το 5%, καταθλιπτικά συμπτώματα αναφέρονται περίπου στο 20% των εφήβων (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001). Πολλά άτομα βιώνουν κατά καιρούς καταθλιπτικά συμπτώματα, χωρίς να υποφέρουν από την ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται ως κατάθλιψη στην κλινική ορολογία. Είναι αναγκαία η διάκριση ανάμεσα στην κατάθλιψη ως σύμπτωμα (π.χ. θλίψη), την κατάθλιψη ως σύνδρομο (μια ομάδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων) και την κατάθλιψη ως ψυχοπαθολογική διαταραχή (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εφηβική κατάθλιψη σχετίζονται τόσο με τον ίδιο τον έφηβο, όσο και με τον κοινωνικό του περίγυρο. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ιδιοσυγκρασία του εφήβου, ο τρόπος ανατροφής του, η γονεϊκή στοργή και φροντίδα, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, τα στρεσογόνα γεγονότα, διάφοροι βιοχημικοί και γενετικοί παράγοντες, οι καταθλιπτικές σκέψεις και ιδέες, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον του σχολείου και των συνομηλίκων (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2001).

Σε ατομικό επίπεδο, πολλές έρευνες έχουν επανειλημμένως αναδείξει ως παράγοντες κινδύνου εφηβικής κατάθλιψης τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τις αρνητικές αυτοαντιλήψεις, τη χαμηλή σχολική επίδοση και την έλλειψη εκπαιδευτικών επιδιώξεων (Κουρκούτας, 2008). Η συνάφεια της κατάθλιψης με την αυτοεκτίμηση και τις αυτοαντιλήψεις του ατόμου είναι συνεπής με τις γνωστικές θεωρίες της κατάθλιψης, σύμφωνα με τις οποίες οι αρνητικές εκτιμήσεις του εαυτού διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής. Η αρνητική θεώρηση του εαυτού αποτελεί μέρος της γνωστικής τριάδας (αρνητική θεώρηση για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον), η οποία ευθύνεται για πολλά από τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μενεδιάτου, 2012). Στο επίπεδο του κοινωνικού περιγύρου παρατηρείται ότι οι ανεπαρκείς, από πλευράς ποσότητας και ποιότητας, σχέσεις του εφήβου με τους γονείς και τους συνομηλίκους του αποτελούν συστηματική συμμεταβλητή της κατάθλιψης (Micucci, 2009).

Στο πλαίσιο του οικογενειακού περιβάλλοντος, η μελέτη της εφηβικής κατάθλιψης διαπιστώνει ότι οι καταθλιπτικοί έφηβοι συνήθως προέρχονται από οικογένειες, στις οποίες οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη τους ήταν λιγότερο συνεκτικές, στοργικές, υποστηρικτικές και ασφαλείς, και περισσότερο ανταγωνιστικές, συγκρουσιακές και επικριτικές από τις αντίστοιχες διαπροσωπικές σχέσεις σε οικογένειες μη καταθλιπτικών εφήβων. Οι σοβαρές συναισθηματικές δυσκολίες που βιώνει ένας γονιός είναι πιθανό να εκθέσουν τον έφηβο στην ανάπτυξη κατάθλιψης στο μέλλον. Η έλλειψη υποστήριξης, η ανύπαρκτη επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας, η δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων τους και οι συγκρουσιακές σχέσεις, συμβάλλουν στην εμφάνιση αλλά και μεταβίβαση της κατάθλιψης στην επόμενη γενιά (Kaufman, 1991).

Επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν επίσης τη γενετική προδιάθεση και την κληρονομικότητα, μεταξύ των παραγόντων εκείνων που ευνοούν την εμφάνιση της κατάθλιψης στους εφήβους, εφόσον συνδυαστούν και με άλλες μεταβλητές. Ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας σε παιδιά και εφήβους, είναι το ιστορικό ψυχοπαθολογίας της οικογένειας και ειδικότερα η κατάθλιψη της μητέρας. Η μητρική κατάθλιψη αποτελεί ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου ψυχοπαθολογίας στο παιδί από ότι η μητρική ψύχωση (Kaufman, 1991; Μακρή-Μπότσαρη, 2003).

Αναφορικά με την κληρονομικότητα, παρατηρείται ότι σε οικογένειες όπου ο ένας ή και οι δύο γονείς υποφέρουν από κατάθλιψη, η πιθανότητα να εμφανίσει και το παιδί καταθλιπτική διαταραχή είναι υψηλή. Πιο συγκεκριμένα, το 40%-50% των παιδιών με καταθλιπτικό γονέα εκδηλώνουν ψυχικές διαταραχές. Τα παιδιά αυτά έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα συναισθηματικής διαταραχής και έξι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Επομένως οι καταθλιπτικοί έφηβοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό γονεϊκής κατάθλιψης σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς εφήβους. Έρευνες έδειξαν ότι το 55% των καταθλιπτικών εφήβων είχαν έναν τουλάχιστον γονέα με ψυχικές διαταραχές, ενώ μεταξύ μη καταθλιπτικών εφήβων το ποσοστό εκείνων που είχαν έναν τουλάχιστον γονέα με ιστορικό ψυχοπαθολογίας ήταν πολύ μικρότερο και ίσο με 22% (Tsigos & Chrousos, 2002).

Οι οικογένειες με καταθλιπτικούς γονείς χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή πρότυπα ανατροφής, διαταραγμένη συζυγική σχέση, υψηλότερα ποσοστά διαζυγίων, ασθενέστερη συνοχή, περισσότερες συγκρούσεις μεταξύ των μελών της και μεγαλύτερο έλλειμμα εκφραστικότητας συγκριτικά με τις οικογένειες όπου κανένας από τους δύο γονείς δεν είναι καταθλιπτικός. Οι οικογένειες αυτές εστιάζουν λιγότερο στην ανάπτυξη ανεξαρτησίας, ενώ τα μέλη της συμμετέχουν από κοινού σε λιγότερες ευχάριστες δραστηριότητες. Στις ενδοοικογενειακές τους σχέσεις οι καταθλιπτικοί γονείς είναι λιγότερο στοργικοί, εμφανίζουν λιγότερο ευχάριστη διάθεση, έχουν περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας, είναι πιο δυσφορικοί και αμφιθυμικοί σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς γονείς. Επιπλέον, εμφανίζονται περισσότερο επικριτικοί, αυταρχικοί και εχθρικοί απέναντι στα παιδιά τους (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με καταθλιπτικό γονέα βιώνουν ένα ευρύ φάσμα αγχογόνων παραγόντων, όπως είναι το επιπεδοποιημένο συναίσθημα του γονέα τους και η συναισθηματική απομάκρυνση από αυτόν, η ανησυχία για την ασθένεια του γονέα, η έλλειψη γονεϊκής στοργής και φροντίδας, η ευερεθιστότητα και η μη ψυχολογική διαθεσιμότητα του γονέα, καθώς και τα συναισθήματα ευθύνης για τον ασθενή γονέα.

### **1.7. Ο εαυτός, η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση του εφήβου**

Οι γνωστικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά την προεφηβική και εφηβική ηλικία καθιστούν δυνατή μια περισσότερο πολύπλοκη αντίληψη για την έννοια του εαυτού. Παράλληλα η εξέλιξη της έννοιας του εαυτού (self-concept) επηρεάζεται από την αυξανόμενη συναισθηματική ανεξαρτησία από τους γονείς, τη σεξουαλική συμπεριφορά, τις επαγγελματικές επιλογές και τις κοινωνικές σχέσεις. Ο τρόπος με τον οποίο οι έφηβοι κατανοούν και αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ασκεί σημαντική επίδραση στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν στα διάφορα γεγονότα ζωής (Coleman & Hendry, 1999).

Η έννοια του εαυτού αποτελεί έναν από τους πιο δημοφιλείς αλλά ενδεχομένως και τον πιο συγκεχυμένο τομέα ψυχολογικής έρευνας, αφού μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 1980 επικρατούσε ασάφεια, τόσο σε επίπεδο ορολογίας, όσο και σε επίπεδο ορισμού και μέτρησης. Για πολλούς ερευνητές η έννοια του εαυτού είναι κάτι το αυτονόητο προκειμένου να μη νιώθουν την ανάγκη διατύπωσης ενός αυστηρού εννοιολογικού και λειτουργικού ορισμού της. Η ασάφεια στον ορισμό είχε ως αποτέλεσμα τα ευρήματα των μελετών στον τομέα της έννοιας του εαυτού να είναι συχνά αντιφατικά μεταξύ τους. Ανεξάρτητα από τις αντιθέσεις και αντιπαραθέσεις σχετικά με τον ορισμό της έννοιας του εαυτού, ένας γενικά παραδεκτός ορισμός αυτής της εννοιολογικής κατασκευής είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και σχετίζεται με τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τις αξίες, τους στόχους και τις φιλοδοξίες του (Μακρή-Μπότσαρη, 2001α).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Burns (1982) ο εαυτός είναι ένα σύνολο υποκειμενικά αξιολογούμενων χαρακτηριστικών και συναισθημάτων, που διαδραματίζει ένα τριπλό ρόλο: (α) διατηρεί την εσωτερική συνοχή του ατόμου, (β) καθορίζει τον τρόπο με τον



οποίο ερμηνεύονται οι διάφορες εμπειρίες και (γ) παρέχει ένα σύνολο προσδοκιών. Πρόκειται για μια σύνθετη εννοιολογική κατασκευή η οποία περιλαμβάνει διαφορετικές γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές. Βασικές συνιστώσες της έννοιας του εαυτού είναι η αυτοαντίληψη (self-perception) ή αυτοεικόνα (self-image) και η αυτοεκτίμηση (self-esteem) (Burns, 1982; Μακρή-Μπότσαρη, 2001α). Ο Rosenberg (1986) ορίζει την έννοια του εαυτού ως το σύνολο των σκέψεων και συναισθημάτων του ατόμου που αναφέρονται στον εαυτό του ως αντικείμενο, ενώ ο Rogers υποστηρίζει ότι η έννοια του εαυτού αντιπροσωπεύει έναν οργανωμένο και σταθερό τύπο αντιλήψεων (Pervin & John, 2001).

Η αυτοαντίληψη αντιστοιχεί στην γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αντιπροσωπεύει μια δήλωση, μια περιγραφή ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του. Ο James (1963) όρισε την αυτοαντίληψη ως το σύνολο των αντιλήψεων που έχει το άτομο για τον εαυτό του και τις ικανότητες του, τονίζοντας παράλληλα ότι η εικόνα του εαυτού καθορίζεται από την εικόνα των άλλων (αντίληψη - αξιολόγηση) για αυτόν. Με τον όρο αυτοαντίληψη νοείται επίσης και το σύνολο των χαρακτηριστικών που το άτομο νομίζει ότι κατέχει. Υπό αυτή την έννοια, η αυτοαντίληψη ως λειτουργία θυμίζει αυτή τη λειτουργία της ταυτότητας, δηλαδή της συνειδητοποιημένης εικόνας που έχει το άτομο για τον εαυτό του ως μία πλήρης οντότητα. Η αντίληψη του ατόμου σχετικά με τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά του συνδέεται με το πρωταρχικό και καθολικό ζήτημα της αναζήτησης της ατομικής ταυτότητας, γεγονός το οποίο αντικατοπτρίζει την προσπάθειά του να αποκτήσει πλήρη γνώση του εαυτού του, προϋπόθεση απαραίτητη για να καταλάβει ποιος είναι, αλλά και για να ορίσει τον σκοπό του στη ζωή (Πουρκός, 1997).

Στην αντίπερα όχθη, η αυτοεκτίμηση αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αναφέρεται στη σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως άτομο. Τα άτομα, αναλόγως της θετικής ή αρνητικής στάσης που έχουν για τον εαυτό τους, θεωρείται ότι έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση, ή στην αντίθετη περίπτωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση (Γεωργογιάννης, 2007). Η αυτοεκτίμηση αναπτύσσεται μέσα από τις σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους, καθώς τα άτομα προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν την απόρριψη, να πετύχουν αποδοχή και να βρουν ικανοποίηση και ασφάλεια. Δηλαδή, προσπαθούμε να εκτιμήσουμε τη γνώμη ή τις στάσεις που έχουν οι άλλοι προς τον εαυτό μας και μετά εσωτερικοποιούμε τις στάσεις αυτές στη δική μας

αυτοεκτίμηση. Επομένως, ο όρος «αυτοαντίληψη» χρησιμοποιείται για να δηλώσει τα γνωστικά σχήματα που διαμορφώνει το άτομο για τον εαυτό του (γνωστική πτυχή εαυτού), ενώ ο όρος «αυτοεκτίμηση» αναφέρεται στην αυτοαξιολόγηση που κάνει το άτομο (συναισθηματική πτυχή εαυτού) (Λεονταρή, 1998).

Στη θεωρία του περί αυτοεκτίμησης ο Mead (1934) υπογραμμίζει ότι η κοινωνία είναι αυτή που δίνει μορφή και νόημα στην αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του (Μπότσαρη-Μακρή, 2001α). Υπογραμμίζει ακόμα τη σημασία που έχουν για τη συνειδητοποίηση του εαυτού η γλώσσα και οι συμβολικοί κώδικες, καθώς και η ικανότητα του ατόμου να μπαίνει στη θέση των άλλων και να βλέπει τον εαυτό του μέσα από τη δική τους σκοπιά. Αυτός ο γενικευμένος άλλος αποτελεί μια σημαντική προσθήκη στην ιδέα του εαυτού ως αποτέλεσμα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μέσω ενός συμβολικού συστήματος επικοινωνίας. Ο γενικευμένος άλλος αντιπροσωπεύει τις συλλογικές κρίσεις των σημαντικών άλλων σχετικά με τον εαυτό κάποιου. Το άτομο διαμορφώνει την αυτοαντίληψη μέσα από την ανατροφοδότηση που λαμβάνει μέσα από τους σημαντικούς άλλους, φτάνοντας στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης εικόνας του εαυτού, είτε πρόκειται για μια θετική είτε για μια αρνητική εικόνα (Μπότσαρη-Μακρή, 2001α).

Οι ερευνητές αναγνωρίζουν ως βασικές κατηγορίες σημαντικών άλλων τους γονείς, τους καθηγητές, την ευρύτερη ομάδα των συνομηλίκων (συμμαθητές, συμφοιτητές, συνάδελφοι στον εργασιακό χώρο) και τους στενούς φίλους. Σε γενικές γραμμές, θέση σημαντικών άλλων για κάποιον επέχουν εκείνα τα άτομα, των οποίων η γνώμη θεωρείται από τον ίδιο αξιόλογη και έγκυρη. Η επίδραση που ασκούν στην αυτοεκτίμηση οι αξιολογήσεις από τους άλλους, εξαρτάται από το κατά πόσο οι αξιολογήσεις αυτές είναι ευνοϊκές, από τη συνέπεια της ανατροφοδότησης, από την ειλικρίνεια και τον αριθμό των αξιολογητών, καθώς και από την αντίληψη που σχηματίζει το άτομο για τα κίνητρά τους. Ωστόσο μολονότι όλα αυτά είναι λογικά και ενδεχομένως βάσιμα, σημασία έχει η οπτική του παρατηρητή καθώς τελικά αυτός μόνο μπορεί να προσδιορίσει αν ένας συγκεκριμένος άλλος είναι σημαντικός ή όχι. Σε τελική ανάλυση, σημαντικοί άλλοι είναι εκείνοι που ασκούν πράγματι σημαντική επίδραση στον εαυτό κάποιου και όχι εκείνοι που έχουν συγκεκριμένους ρόλους ή δύναμη (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Η στήριξη του εφήβου από τους γονείς και τους καθηγητές, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την εκτίμηση, το ενδιαφέρον ή τη βοήθεια που προσφέρεται στον έφηβο, καθιστά λιγότερο πιθανή την εμφάνιση της εφηβικής κατάθλιψης, συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός υψηλού επιπέδου αυτοεκτίμησης. Ειδικότερα η οικογένεια ασκεί, άμεσα ή έμμεσα, σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της εφηβικής αυτοεκτίμησης, αφού πρόκειται για τον χώρο μέσα στον οποίο μορφοποιείται και πλάθεται η αρχική αίσθηση για τον εαυτό, μέσα από την εσωτερική και εξωτερική αλληλεπίδραση του αναπτυσσόμενου ατόμου με τους γονείς του και τα υπόλοιπα συγγενικά μέλη. Πολύ σημαντική είναι επίσης η κοινωνική στήριξη από καθηγητές, καθώς για πολλούς εφήβους το καθοριστικό γεγονός της σχολικής ζωής περιστρέφεται γύρω από τις σχέσεις του με τον καθηγητή. Οι θετικές εμπειρίες του μαθητή συνδέονται με την οικειότητα, τη συμπαράσταση και την ενίσχυση από τους καθηγητές τους (Montague & Rinaldi, 2001; Henricsson & Rydell, 2004).

Η ομάδα των συνομηλίκων παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη των διεργασιών της εφηβείας, βοηθά τον έφηβο και του δίνει μια προσωρινή ταυτότητα. Μέσα σε αυτήν ανακαλύπτει καινούρια κοινωνικά κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς, διαφορετικά από αυτά που προτείνει η οικογένειά του. Μια καλά οργανωμένη ομάδα μπορεί επίσης να θέτει απαγορεύσεις, καθορίζοντας επιτρεπόμενες ή μη συμπεριφορές. Ταυτόχρονα, ο έφηβος έχει μεγάλη υποστήριξη από την ομάδα, η οποία καλλιεργεί συγκεκριμένα πρότυπα ανάλογα με την ιδεολογία της. Η ομάδα συνομηλίκων ενέχει μεγάλη σημασία για τον έφηβο στην προσπάθεια επίτευξης της αυτονομίας του από τους γονείς του. Η ομάδα των συμμαθητών παρέχει ίσως στον έφηβο την ευκαιρία να πειραματισθεί με νέες συμπεριφορές και ενήλικους κοινωνικούς ρόλους σε ένα πλαίσιο που διευκολύνει την ανάπτυξη της ταυτότητας του εαυτού.

Σε γενικές γραμμές η κοινωνική στήριξη αναφέρεται στην προσφερόμενη εκτίμηση, φροντίδα ή βοήθεια που το άτομο νοιώθει ότι λαμβάνει από διάφορες πηγές, και μπορεί να είναι συναισθηματική ή υλική, ή να έχει τη μορφή πληροφοριών. Όσο ισχυρότερη είναι η συνάφεια της αυτοεκτίμησης με την κοινωνική στήριξη που προσφέρεται στο άτομο από κάποια πρόσωπα του κοινωνικού του περίγυρου, τόσο πιο σημαντικά είναι για το άτομο τα πρόσωπα αυτά. Για τα παιδιά ηλικίας από 4 μέχρι 7 ετών η γονική στήριξη έχει ισχυρότερη συνάφεια με την αυτοεκτίμηση σε σχέση με την στήριξη που προσφέρεται από τους συνομηλίκους. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και εισέρχονται

στην περίοδο της εφηβείας τους, η στήριξη από τους συνομηλίκους αποκτά ολοένα και πιο αυξημένη σημασία, ενώ η σχέση μεταξύ γονεϊκής στήριξης και αυτοεκτίμησης εξασθενεί. Σε ολόκληρο το ηλικιακό φάσμα (προέφηβοι, έφηβοι, φοιτητές και ενήλικες) η ευρύτερη ομάδα των συνομηλίκων (συμμαθητές, συμφοιτητές, συνάδελφοι στον εργασιακό χώρο) είναι κρισιμότερη για την αυτοεκτίμηση (Μακρή-Μπότσαρη, 2008).

Κάθε άτομο έχει ανάγκη για θετική εκτίμηση από πρόσωπα που το ίδιο θεωρεί σημαντικά στη ζωή του. Αυτή η ανάγκη έχει τις ρίζες της στη νηπιακή ηλικία, όταν το μικρό παιδί προσπαθεί να αποσπάσει το θετικό ενδιαφέρον των άλλων και την αποδοχή των εμπειριών του, όπως αυτό τις βιώνει. Ένα παιδί δύσκολα θα βιώσει συναισθήματα αυταξίας και ευτυχίας, αν δε βιώσει στην αρχή μιας προσπάθειάς του τη θετική αποδοχή. Η ανάγκη για θετική εκτίμηση από τους άλλους συνδέεται πολύ στενά με μια άλλη βασική ανάγκη του ατόμου, την ανάγκη για θετική αυτοεκτίμηση, που μαζί αποτελούν προϋπόθεση για την πορεία του ατόμου προς την αυτοπραγμάτωση.

Ο Rogers (1961) επισημαίνει ότι η προϋπόθεση για την ανάπτυξη της θετικής αυτοεκτίμησης δεν είναι μόνο η θετική εκτίμηση από τους άλλους, αλλά και η άνευ όρων αποδοχή, δηλαδή η πλήρης αποδοχή του ατόμου με τις όποιες εμπειρίες και συμπεριφορά του, χωρίς καμιά διάθεση κριτικής αξιολόγησης ή κτητικής και δεσποτικής τάσης. Όταν υπάρχει ένα κλίμα καλής διάθεσης και αποδοχής χωρίς προϋποθέσεις, το ίδιο το άτομο μαθαίνει να εκφράζεται ελεύθερα και να είναι ανοιχτό στα συναισθήματά του (Hurlock, 1978).

Όταν τα άτομα δέχονται συνεχείς κριτικές, αξιολογήσεις και αποδοκιμασίες, βιώνουν εμπειρίες που βρίσκονται σε ασυμφωνία με τον εαυτό τους. Η αντίληψή τους γίνεται επιλεκτική και προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις εμπειρίες με τρόπους που είναι σύμφωνοι με την αυτοεκτίμησή τους, ενώ οι εμπειρίες που βρίσκονται σε ασυμφωνία με τον εαυτό τους εκλαμβάνονται ως απειλητικές. Η αμυντική αυτή στάση εμποδίζει τα άτομα να αποδεχθούν τον εαυτό τους, καθώς η αποδοχή του εαυτού προϋποθέτει την αντίληψη των συναισθημάτων, των κινήτρων, των κοινωνικών και προσωπικών τους εμπειριών, χωρίς τη διαστρέβλωση βασικών αισθητηριακών δεδομένων (Bouchey, 2004). Συνεπώς, ελλοχεύει ο κίνδυνος η έννοια του εαυτού τους να μη βασίζεται στις προσωπικές τους εμπειρίες, αλλά να στηρίζεται μονίμως στις αντιλήψεις που οι άλλοι έχουν για το άτομό τους, οπότε είναι πολύ πιθανό τα άτομα να σχηματίσουν μια

παραμορφωμένη εικόνα για τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα να συμπεριφέρονται όχι όπως αυτά επιθυμούν αλλά όπως οι άλλοι αναμένουν να συμπεριφερθούν. Μια τέτοια σύγκρουση δημιουργεί υπερβολικό άγχος και θέτει εμπόδια στη πορεία τους προς την αυτοπραγμάτωση. Μόνο όταν τα άτομα μπορούν να επικοινωνούν με τον εαυτό τους, πέρα από κάθε διαδικασία άμυνας, βιώνουν μια καλή ζωή που έχει ως κύριο χαρακτηριστικό τη δημιουργικότητα (Μακρή-Μπότσαρη, 2001β).

## **1.8. Επιθετικότητα και φαινόμενα βίας**

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ποσοτική και ποιοτική διαφοροποίηση των φαινομένων βίας και παραβατικότητας των εφήβων σε παγκόσμιο επίπεδο. Μεγαλύτερη ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι οι παράνομες πράξεις έχουν διαφοροποιηθεί ποιοτικά. Οι απλές κλοπές παραχώρησαν τη θέση τους σε διαρρήξεις, ληστείες και βανδαλισμούς. Μια νέα, ιδιαίτερα ανησυχητική από κοινωνιολογική άποψη, μορφή εγκληματικότητας είναι αυτή που αποκαλείται «παράλογο» ή «ακατανόητο» έγκλημα, το οποίο σε ορισμένες χώρες αποτελεί μια μορφή καθημερινής πραγματικότητας. Η βία λαμβάνει χώρα σε ποικίλες κοινωνικές ομάδες, ακόμα και σε εξωτερικούς χώρους χωρίς ιδιαίτερο λόγο. Τα φαινόμενα αυτά θα πρέπει να εξεταστούν σε συνάρτηση με παράλληλα φαινόμενα διάλυσης ή διαφοροποίησης του θεσμού της οικογένειας, ατομικισμού-απομόνωσης και αλλοτρίωσης και διάψευσης προσδοκιών και οραμάτων σε επαγγελματικούς ορίζοντες (Μακρή-Μπότσαρη, 2010). Σε μία εποχή παγκοσμιοποίησης, δεν θα μπορούσε να απουσιάζει η επιθετικότητα και στη χώρα μας, αφού βρίσκεται σε κατάσταση μετάβασης με αυξημένους τους παράγοντες κινδύνου για τους νέους (Χηνάς & Χρυσ αφίδης, 2000).

Ο όρος επιθετικότητα αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα πράξεων οι οποίες διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία, τη σοβαρότητα και την επιλογή του θύματος. Η ποικιλία των επιθετικών πράξεων είναι μάλιστα τόσο μεγάλη, ώστε ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι η επιθετικότητα δεν είναι δυνατόν να ορισθεί σε μία ή δύο μόνο παραγράφους. Ανάμεσα στις πολλές εκδηλώσεις της επιθετικότητας περιλαμβάνονται η λεκτική επιθετικότητα, ο εκφοβισμός, η σωματική επιθετικότητα, ο εσκεμμένος αποκλεισμός του θύματος από το σύνολο, καθώς και διάφορες μορφές βίας όπως κλοπή, βιασμός και ανθρωποκτονία (Μακρή-Μπότσαρη, 2010).

Γενικά, ως ανθρώπινη επιθετικότητα ορίζεται κάθε συμπεριφορά που εκδηλώνεται κατά ενός άλλου ατόμου με άμεση πρόθεση την πρόκληση βλάβης. Επιπλέον ο δράστης πρέπει να πιστεύει ότι η συμπεριφορά θα επιφέρει βλάβη στο στόχο και ότι ο στόχος θα επιδιώξει να αποφύγει τη συμπεριφορά. Πολλές φορές η επιθετικότητα αντιδιαστέλλεται από τη βία. Βία είναι η επιθετικότητα η οποία στοχεύει στην πρόκληση έσχατης βλάβης. Κάθε μορφή βίας συνιστά επιθετική συμπεριφορά, πολλές όμως περιπτώσεις επιθετικών πράξεων δεν είναι βίαιες.

Διακρίνονται δύο τύποι επιθετικότητας: η αντιδραστική (reactive) και η συντελεστική (instrumental) επιθετικότητα. Η αντιδραστική επιθετικότητα αποτελεί μια άμεση αντίδραση στο φόβο ή σε κάποια υπαρκτή ή αντιλαμβανόμενη πρόκληση ή απειλή. Πρόκειται για τύπο επιθετικότητας που στερείται προηγούμενης σκέψης και καθοδηγείται από το συναίσθημα του θυμού. Συνοδεύεται από την τάση του δράστη να αποδίδει εχθρότητα στις προθέσεις του άλλου και χρησιμοποιείται για την εξάλειψη της αντιλαμβανόμενης απειλής. Συχνά αναφέρεται ως εχθρική, θυμική, παρορμητική ή αμυντική επιθετικότητα. Αντίθετα, η συντελεστική επιθετικότητα δεν προϋποθέτει πρόκληση ούτε θυμό και χρησιμοποιείται όχι ως αυτοσκοπός, αλλά ως προμελετημένο μέσο επίτευξης άλλων στόχων από την πρόκληση βλάβης στο θύμα. Πολλές φορές αναφέρεται και ως ελεγχόμενη επιθετικότητα. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι το 53% των παιδιών που εμπλέκονται σε επιθετικές πράξεις, εκδηλώνουν και τους δύο τύπους επιθετικής συμπεριφοράς, το 32% μόνο αντιδραστική επιθετικότητα και μόλις το 15% φαίνεται να εκδηλώνουν μόνο συντελεστική επιθετικότητα (Μακρή-Μπότσαρη, 2010).

Η επιθετικότητα, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, θεωρείται ως μια πολυδιάστατη εννοιολογική κατασκευή, η οποία περιλαμβάνει γνωστικές, θυμικές και συμπεριφορικές πτυχές. Η θυμική πτυχή της επιθετικότητας αποτελείται από συναισθήματα, όπως είναι ο θυμός και η αντιπάθεια. Η γνωστική πτυχή αναφέρεται κυρίως στην κακή προαίρεση και την καχυποψία. Αντίστοιχα η συμπεριφορική πτυχή περιλαμβάνει διάφορες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς, όπως είναι η σωματική και η λεκτική επιθετικότητα.

Η γνωστική ανάπτυξη και ωρίμανση της εφηβικής περιόδου τοποθετεί τον έφηβο απέναντι στους άλλους, ορίζοντας με σαφήνεια τα όριά του και όταν η λεκτική συμβολική επίθεσή του χωλαίνει, τότε η επιθετικότητά του εκφράζεται με πράξεις. Η εφηβική περίοδος, θεωρούμενη περίοδος κρίσης στην ζωή του ατόμου εξετάζεται ως εκ τούτου πολύ συχνά σε σχέση με τη βία και την παραβατικότητα. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όπως και όλης της ζωής του ατόμου, η επιθετικότητα αναπτύσσεται προς δύο κατευθύνσεις: (α) μια κεντρομόλα, όπου ο κοινωνικός άλλος απουσιάζει και το κυρίαρχο αίτημα είναι η εκτόνωση του άγχους και (β) μια προβολική, όπου η επιθετικότητα κατευθύνεται προς ένα εξωτερικό αντικείμενο με επιθυμία κατάκτησης. Εφόσον ευοδωθεί ο στόχος επέρχεται η νίκη επί του άλλου, αλλιώς η ήττα, ενσωματώνοντας και στις δύο περιπτώσεις βίαιες αντιδράσεις (Παπαδόπουλος, 1997).

Η άσκηση βίας εμπεριέχει τον εξαναγκασμό, δεν επιθυμεί τον διάλογο, δεν προτιμά τη σύνθεση των αντιθέσεων, δεν αναπλαισιώνει την υπάρχουσα σχέση με την προσάρτηση νέων δεδομένων. Στα πλαίσια μιας βίαιης ενέργειας η επιθετικότητα αναζητά τρόπο έκφρασης καταργώντας την ύπαρξη και την θέληση του άλλου και αγνοώντας τους κοινωνικούς κανόνες. Για να εκτιμηθεί ότι ένας έφηβος έχει προβλήματα συμπεριφοράς που συνιστούν διαταραχή της διαγωγής του, πρέπει η συμπεριφορά του να χαρακτηρίζεται από επαναληπτική, επίμονα αντικοινωνική, επιθετική ή προκλητική διαγωγή και να έχει διάρκεια μεγαλύτερη των έξι μηνών. Στις πλέον ακραίες μορφές της η συμπεριφορά αυτή συνεπάγεται πιο βίαιες από τις αναμενόμενες για την ηλικία του εφήβου παρεκτροπές από τα κοινωνικά όρια (Νόβα-Καλτσούνη, 2005).

Παραδείγματα συμπεριφορών στις οποίες βασίζεται η διάγνωση είναι τα ακόλουθα: καθ' υπερβολή διενέξεις και εκφοβισμοί, σκληρότητα προς τα ζώα ή τους άλλους ανθρώπους, σοβαρή καταστροφική δραστηριότητα, εμπρησμοί, κλοπές, συχνές απουσίες από το σχολείο, απομάκρυνση από το σπίτι, ασυνήθιστα συχνές και έντονες εκρήξεις θυμού, προκλητική συμπεριφορά, επίμονη και σοβαρή ανυπακοή. Συμπεριφορά η οποία εντάσσεται σε οποιαδήποτε από αυτές τις κατηγορίες, εφόσον παρατηρηθεί, αποτελεί επαρκές στοιχείο για την τεκμηρίωση της διάγνωσης. Μεμονωμένες αντικοινωνικές πράξεις δεν αρκούν (ICD 10, 1997).

### **1.8.1. Σχολικό περιβάλλον και σχολική επίδοση**

Κοινός τύπος των περισσότερων ερευνητικών μελετών είναι ο παρατηρούμενος συσχετισμός «σχολικής έλλειψης προσαρμοστικότητας» και επιθετικότητας. Οι έφηβοι συχνά είναι ανυπάκουοι, κινητικοί, διαπληκτίζονται, αντιγράφουν στις εξετάσεις, προσέρχονται αργά και κάνουν σκασιαρχείο (Φαρσεδάκης, 1986). Η επιτυχής προσαρμογή του παιδιού στην σχολική πραγματικότητα προαπαιτεί την πλήρη ταύτισή του με τον κοινωνικό ρόλο που καλείται να αναλάβει μέσω των σχολικών απαιτήσεων. Η διαδικασία αυτή προϋποθέτει την πλήρη αποδοχή του συστήματος, χωρίς αμφισβητήσεις και ακραίες διαφοροποιήσεις και συντελείται αυτόματα και όχι με βάση κυρωτικά υποσυστήματα ή με τον φόβο της ποινής (Αρτινοπούλου, 2001). Ωστόσο ορισμένα σχολικά περιβάλλοντα παρουσιάζοντας χαμηλό επίπεδο ηθικής, συχνές αλλαγές δασκάλων, θολά κριτήρια συμπεριφοράς, ασταθείς μεθόδους πειθαρχίας, έλλειψη αντιμετώπισης των μαθητών ως ισότιμων ανθρώπων, δύνανται να επηρεάσουν την ανάπτυξη της επιθετικότητας (Besag, 1997).

Οι συνηθέστερες μορφές εκδήλωσης της επιθετικότητας στους σχολικούς χώρους περιλαμβάνουν: (α) βία κατά προσώπου, (β) βία κατά της περιουσίας και βανδαλισμοί, (γ) βία εναντίον του ίδιου του εαυτού συνειδητά ή όχι (Χηνάς & Χρυσάφιδης, 2000). Τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα είναι συνήθως αρνητικά, απαθή, ανυπάκουα, αντιδραστικά, προκλητικά τόσο ως προς το εκπαιδευτικό προσωπικό του σχολείου, όσο και ως προς όλα τα πρόσωπα που κατέχουν θέσεις εξουσίας. Χαρακτηρίζονται από δυσκολία αναγνώρισης και αποδοχής των συναισθημάτων τους και των συναισθημάτων των άλλων ατόμων, είναι ευάλωτα και πολλές φορές η αναγνώριση της επιθετικότητάς τους τα οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση του άγχους τους που στη συνέχεια διοχετεύουν μέσα από νέες συγκρούσεις (Νέστορος, 1997). Στις ακραίες περιπτώσεις επιθετικότητας των εφήβων, διακρίνεται επίσης ισχυρή συνάφεια μεταξύ της παραβατικής συμπεριφοράς και της χαμηλής σχολικής επίδοσης, η οποία ακολουθείται κατά κανόνα από ανάρμοστη σχολική συμπεριφορά, συχνές και αδικαιολόγητες απουσίες και αρνητική στάση για το σχολείο και τη μάθηση, πολλές φορές με απόσυρση και άλλες με επιθετικότητα για την προστασία των υπολειμμάτων της αυτοεκτίμησής τους (Νόβα-Καλτσούνη, 2005).



Η παραβατικότητα των ανηλίκων και κυρίως των εφήβων μαθητών φαίνεται να αυξάνεται συνεχώς σε όλες τις χώρες του κόσμου. Φαινόμενα μαζικής ή ατομικής βίαιης συμπεριφοράς στο σχολείο, όπως εκφοβισμός μαθητών και καθηγητών στους σχολικούς χώρους, κλοπές, σοβαροί τραυματισμοί, βανδαλισμοί, καταστροφές κ.λπ. τείνουν να γίνουν καθημερινή συνήθεια. Όχι μόνο οι μαθητές αλλά και οι εκπαιδευτικοί νιώθουν να απειλούνται από την καθημερινή βία (Μακρή-Μπότσαρη, 2010).

Ωστόσο επιβάλλεται να τονισθεί, πως η βία των μαθητών παρουσιάζει σε κάθε κοινωνία διαφορετική μορφή και έκταση. Όμως έχει παρατηρηθεί ότι στις περισσότερες κοινωνίες τα φαινόμενα βίας ξεκινούν από μια ήπια μορφή παραβατικότητας και εξελίσσονται σταδιακά μέχρι τα φαινόμενα της οπλοφορίας και των εγκληματικών ενεργειών (Αρτινοπούλου, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία των εφήβων

#### 2.1. Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι η ηλικιακή περίοδος που χαρακτηρίζεται από σημαντικές σωματικές και ψυχικές μεταβολές, με στόχο τη μετάβαση από την παιδική ζωή στην ενηλικίωση. Οι έφηβοι αντιμετωπίζονται από το ευρύτερο κοινό και την ιατρική κοινότητα ως μια εξαιρετικά υγιής ηλικιακή ομάδα, χωρίς ιδιαίτερες υγειονομικές ανάγκες. Οι λόγοι για τους οποίους δεν δίνεται η απαραίτητη έμφαση στα προβλήματά τους είναι οι εξής (Τσίτσικα, 2014α):

- Ο κρίσιμος παραδοσιακός δείκτης (θνησιμότητα) δεν τα αντανακλά.
- Οι δείκτες που αποτιμούν την ποιότητα ζωής είναι δύσκολο να προσδιοριστούν.
- Οι ίδιοι οι έφηβοι είναι γνωστικά ανώριμοι να στοχαστούν το μέλλον. Διατηρούν μία αυταπάτη αθανασίας σχετικά με τα νοσήματα φθοράς των ενηλίκων και θεωρώντας τους εαυτούς τους «άτρωτους», δεν διεκδικούν το δικαίωμα στην προστασία και προώθηση των υπηρεσιών υγείας που τους αφορούν.
- Η οικογένεια βρίσκεται συχνά σε αμηχανία και αδυνατεί να χειριστεί την φυσιολογική αναπτυξιακή μεταβολή των εφήβων, οι οποίοι απαιτούν να διαχειρίζονται μόνοι την υγεία τους. Οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στη σχολική επιτυχία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό και τις δραστηριότητες, θεωρώντας την υγεία δεδομένη.

Τα προβλήματα υγείας των εφήβων μπορεί να σχετίζονται ή όχι με τις σωματικές και ψυχικές μεταβολές της ήβης, ή να αποτελούν τη συνέχεια ενός χρόνιου νοσήματος που έχει ήδη εκδηλωθεί από την παιδική ηλικία. Οι περισσότεροι από τους εφήβους παρουσιάζουν προβλήματα που σχετίζονται με τις φυσιολογικές διεργασίες της ήβης (π.χ. ακμή, σιδηροπενία, υπερβολικό άγχος). Επίσης, σε υψηλό ποσοστό μπορεί να προκύψει κάποια διαταραχή των φυσιολογικών αυτών μεταβολών (π.χ. έως και 50% των κοριτσιών παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα εμμηνορρυσίας) (Τσίτσικα, 2014β).

Περίπου 35% των εφήβων παρουσιάζουν ένα πρόβλημα με χρονιότητα, διάρκειας άνω των τριών μηνών. Υπολογίζεται πως ένας στους δέκα εφήβους πάσχει από κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα και χρειάζεται, εκτός από την παρακολούθηση της ειδικής ομάδας των θεραπόντων, ισχυρή υποστήριξη κατά την εφηβεία, προκειμένου να βιώσει τις μεταβολές της με όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο και λειτουργικό τρόπο (Τσίτσικα, 2014α). Κατά την εφηβεία μπορεί να αναδυθούν λανθάνουσες, προϋπάρχουσες καταστάσεις (σωματικές, ψυχικές, κοινωνικοπεριβαλλοντικές) λόγω της οργανικής και συναισθηματικής αστάθειας της περιόδου αυτής.

Το περιβάλλον αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την υγεία και την ευημερία των εφήβων. Οι έφηβοι είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, καθώς δεν έχουν ακόμη αναπτύξει όλες τις γνωστικές λειτουργίες για την αξιολόγηση πληροφοριών και μοντέλων ζωής. Συνεπώς, η αγωγή υγείας των εφήβων καθρεφτίζει το επίπεδο και τις παροχές της κοινωνίας στην οποία αναπτύσσονται (Κοκκέβη και συν., 2008).

Τα νεαρά άτομα στην εποχή μας καλούνται να βιώσουν ένα μεταβατικό στάδιο σε έναν εξαιρετικά μεταβαλλόμενο κόσμο. Η κρίση της οικογένειας και το φαινόμενο του διαζυγίου, η έντονη πίεση από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και το διαδίκτυο, η προβολή συγκεκριμένων προτύπων, η κινητικότητα του πληθυσμού και η μετανάστευση, οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες, το φάσμα της ανεργίας και η υπεραπασχόληση των γονέων με αποτέλεσμα την απουσία τους από το σπίτι, δημιουργούν συνθήκες που περιπλέκουν την πολύπλοκη πραγματικότητα της εφηβείας. Επιπλέον, το χάσμα γενεών φαίνεται πως επιτείνεται, αφού οι νέοι υιοθετούν εύκολα τις νέες τεχνολογίες, ενώ οι γονείς δυσκολεύονται να προσαρμοστούν. Παρατηρείται επίσης μια διαφοροποίηση της κοινωνικής συνεκτικότητας, δηλαδή μικρές οικογένειες χωρίς βοήθεια από επικουρικά μέλη (π.χ. γιαγιάδες, θείους κ.ά.) σε μεγάλες και απρόσωπες κοινωνίες, με αποτέλεσμα την έλλειψη επικοινωνίας και ενδιαφέροντος εν γένει. Έλλειψη φυσικών χώρων, χώρων άσκησης και ψυχαγωγίας στις μεγάλες πόλεις και έλλειψη ενδιαφερόντων, τρόπων ψυχαγωγίας και εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων για τα παιδιά στην επαρχία, οδηγούν συχνά σε αδιέξοδο και υπερβολές στις επιλογές (Τσίτσικα & Χρούσος, 2011).

Τα παραπάνω περιγράφουν και συνθέτουν το σκηνικό μέσα στο οποίο οι έφηβοι λόγω της αναπτυξιακής τους ιδιαιτερότητας μπορεί να φτάσουν, σχετικά εύκολα, σε ακραίες συμπεριφορές και αυτοκαταστροφή εάν δεν υπάρξουν κατάλληλα συστήματα στήριξης. Επιπλέον αίτια, αποτελούν βέβαια η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η γενετική επιβάρυνση και προδιάθεση για διαταραχή της ψυχικής υγείας, καθώς και τραυματικά γεγονότα και καταστάσεις (Κωνσταντουλάκη και συν., 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) οι δείκτες της ποιότητας ζωής των εφήβων σήμερα στην Ευρώπη δεν είναι ικανοποιητικοί. Ένα πρόβλημα για τους σημερινούς εφήβους είναι ο βομβαρδισμός τους από τα ΜΜΕ και το επιθετικό marketing, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μιας «νέας» νοσηρότητας (new morbidity) που προκύπτει από την ανάπτυξη συμπεριφορών υψηλού κινδύνου: χρήση αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφικές εκτροπές, ρισοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα, επικίνδυνη οδική συμπεριφορά κ.λπ. (Τσίτσικα, 2014α).

## **2.2. Επιδημιολογικά στοιχεία**

Σύμφωνα με τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα, οι μείζονες συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία των εφήβων περιλαμβάνουν όσες συμπεριφορές οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ, στις ανθυγιεινές διαιτητικές συμπεριφορές και στη σωματική αδράνεια που συχνά ευθύνονται για το υπερβολικό σωματικό βάρος, στις σεξουαλικές συμπεριφορές που συμβάλλουν σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένης και της μόλυνσης από τον ιό HIV, στο κάπνισμα, καθώς επίσης και σε συμπεριφορές βίας και ακούσιους τραυματισμούς (Grunbaum et al., 2004). Οι ανωτέρω συμπεριφορές κινδύνου θεωρείται ότι σχετίζονται με τις κύριες αιτίες θανάτου, ανικανότητας και κοινωνικών προβλημάτων μεταξύ νέων και ενηλίκων τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη (Brenner et al., 2004; Currie et al., 2004; Γεννηματά και συν., 2007).

Η ανάγκη για ποιοτικά και κατανοητά δεδομένα αποτέλεσε το βασικό κίνητρο των Κέντρων Ελέγχου Ασθενειών και Πρόληψης (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) για την ανάπτυξη του συστήματος επιτήρησης συμπεριφορών κινδύνου των νέων (Youth Risk Behavior Surveillance System, YRBSS), στοχεύοντας στην καταγραφή και εκτίμηση των προαναφερόμενων συμπεριφορών κινδύνου για την

υγεία, ανάμεσα στη νεολαία. Απώτερος σκοπός ήταν ο σχεδιασμός και η υλοποίηση αποτελεσματικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας στα σχολεία, μέσω της αξιοποίησης εμπειρικών πληροφοριών σχετικά με: (α) τον επιπολασμό των βασικών συμπεριφορών που κυρίως επηρεάζουν την υγεία και (β) τον τρόπο κατανομής εκείνων των συμπεριφορών μεταξύ υποομάδων μαθητών. Το YRBSS, το οποίο πραγματοποιείται ανά διετία (από το 1991) από το CDC, συνίσταται σε μια έρευνα με ερωτηματολόγια σε σχολεία, σε εθνικό επίπεδο, ενώ τα δεδομένα συμπληρώνονται και από έρευνες σε σχολεία, σε επίπεδο πολιτείας, περιφέρειας και κοινότητας, που πραγματοποιούνται από αρμόδιες επιτροπές εκπαίδευσης και υγείας (Γεωργούση και συν., 2002; Brener et al., 2004). Στις έρευνες αυτές, επιλέγονται με κλήρωση αντιπροσωπευτικά δείγματα μαθητών από τις τέσσερις τελευταίες τάξεις της – αντίστοιχης με την Ελλάδα- δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το σύστημα επιτήρησης σχεδιάστηκε για τον προσδιορισμό του επιπολασμού των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία μεταξύ των εφήβων μαθητών, την καταγραφή της διαχρονικής τους πορείας και την εκτίμηση της συνδυασμένης παρουσίας συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία.

Στοιχεία για τη χώρας εμφανίζονται στην έκθεση του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Π.Ο.Υ. (WHO), αναφορικά με τη διερεύνηση συμπεριφορών μαθητών σε θέματα υγείας («Συμπεριφορά υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας», Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) Η έρευνα HBSC/WHO είναι μία διακρατική έρευνα που καταγράφει και συγκρίνει διαχρονικά πολλές παραμέτρους της εφηβικής υγείας και της κοινωνικής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων της αυτοαξιολόγησης της υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, της χρήσης καπνού και αλκοόλ, της παχυσαρκίας και της εικόνας για το σώμα, των διατροφικών συνηθειών, της ψυχικής υγείας, της συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα, της σεξουαλικής συμπεριφοράς και του σχολικού εκφοβισμού.

Στην πιο πρόσφατη έρευνα του 2013-14 συμμετείχαν 42 χώρες (συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας) ή περιοχές της Ευρώπης και της Β. Αμερικής. Τα ευρήματα της έρευνας HBSC/WHO, τόσο συγχρονικά όσο και διαχρονικά, αποτελούν πολύτιμο εργαλείο σχεδιασμού στον τομέα της πρόληψης και παρέμβασης σε επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικούς, γονείς, πολιτικούς, ενώ παράλληλα συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση του τρόπου ζωής των εφήβων μέσα στο πλαίσιο του συνεχώς μεταβαλλόμενου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος στο οποίο ζουν.

Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα της έρευνας, σε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ανάμεσα στις χώρες του HBSC, οι έφηβοι στην Ελλάδα θεωρούν την υγεία τους κακή (6,8% για την Ελλάδα και 13,5% για το HBSC αντίστοιχα). Αναφορικά με την ικανοποίηση που νιώθουν από τη ζωή τους, οι έφηβοι στην Ελλάδα (87,7%) δεν διαφέρουν από τους συνομήλικούς τους στο HBSC (85,8%). Ωστόσο, σε υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια (44,7%), ιδιαίτερα στις ηλικίες των 13 και 15 ετών, στην Ελλάδα συγκριτικά με τα κορίτσια στο HBSC συνολικά (41,2%) αναφέρουν ψυχοσωματικά συμπτώματα τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα (Κοκκέβη και συν., 2016α).

Σε υψηλότερο ποσοστό οι έφηβοι στην Ελλάδα (80,2%) συγκριτικά με τους εφήβους στο HBSC (71,2%) αναφέρουν ότι νιώθουν υποστήριξη από την οικογένεια. Μάλιστα, μεταξύ των 11χρονων η Ελλάδα βρίσκεται στη 2η υψηλότερη θέση. Οι έφηβοι στην Ελλάδα (85,0%) και στο HBSC (84,4%) συνολικά, αναφέρουν σε παρόμοια ποσοστά ότι θεωρούν εύκολη την επικοινωνία με τη μητέρα τους. Σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες του προγράμματος, στην Ελλάδα η εύκολη επικοινωνία με τη μητέρα δεν σχετίζεται με το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Σε ελαφρώς χαμηλότερο ποσοστό οι έφηβοι στη Ελλάδα (67,6%) συγκριτικά με το HBSC (70,2%) θεωρούν εύκολη την επικοινωνία με τον πατέρα, με τη διαφορά να γίνεται εντονότερη στα κορίτσια (Κοκκέβη και συν., 2016α).

Στο 3ο υψηλότερο ποσοστό (73,8%) μεταξύ των χωρών του HBSC (61,8%), οι έφηβοι νιώθουν υποστήριξη από τους φίλους τους. Όσον αφορά τις καθημερινές συναντήσεις και την επικοινωνία μέσω κοινωνικών δικτύων με τους φίλους τους, η Ελλάδα δεν διαφοροποιείται από το μέσο όρο. Επιπλέον, σε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του HBSC, οι έφηβοι στην Ελλάδα νιώθουν ικανοποίηση από το σχολείο τους (17,5% για την Ελλάδα και 30,7% για το HBSC αντίστοιχα), με τη διαφορά να αυξάνεται στους 15χρονους εφήβους. Οι έφηβοι στην Ελλάδα θεωρούν τη σχολική τους επίδοση καλή, σε υψηλότερο ποσοστό (76,5%) συγκριτικά με τους εφήβους στο HBSC συνολικά (66,9%), ενώ δεν διαφοροποιούνται αναφορικά με την πίεση που νιώθουν από τη δουλειά που έχουν να κάνουν για το σχολείο (Κοκκέβη και συν., 2016α).

Στο 4ο υψηλότερο ποσοστό (27,2%) μεταξύ των χωρών του HBSC (19,5%), οι έφηβοι στην Ελλάδα κατηγοριοποιούνται ως υπέρβαροι/παχύσαρκοι στη βάση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Σε αντίθεση με την πλειονότητα των χωρών του προγράμματος, στην Ελλάδα δεν παρατηρείται συσχέτιση της παχυσαρκίας με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Ωστόσο, σε χαμηλότερο ποσοστό οι έφηβοι στην Ελλάδα (24,6%) συγκριτικά με το HBSC (29,1%) θεωρούν το σώμα τους παχύ. Σε χαμηλότερο ποσοστό (51,8%) οι έφηβοι στην Ελλάδα συγκριτικά με τους εφήβους στο HBSC (62,2%) αναφέρουν λήψη πρωινού και τις πέντε ημέρες του σχολείου. Επιπλέον, χαμηλότερο είναι το ποσοστό στη χώρα μας στην καθημερινή κατανάλωση φρούτων, ενώ εμφανίζει το 3ο χαμηλότερο ποσοστό στην καθημερινή κατανάλωση αναψυκτικών. Στο 4ο χαμηλότερο ποσοστό (13,4%) οι έφηβοι στην Ελλάδα συγκριτικά με τους εφήβους στο HBSC (20,1%) αναφέρουν καθημερινή φυσική δραστηριότητα (Κοκκέβη και συν., 2016α).

Στο 5ο υψηλότερο ποσοστό (11,0%) οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με το HBSC συνολικά (6,9%) αναφέρουν εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ, χωρίς να εμφανίζει διαφορές από το σύνολο των χωρών του προγράμματος στη μέθη και στο κάπνισμα. Σε υψηλότερο ποσοστό οι 15χρονοι στην Ελλάδα (35,0%) συγκριτικά με τους 15χρονους στο HBSC (20,3%) αναφέρουν τουλάχιστον μια ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή. Η Ελλάδα εμφανίζει το 2ο υψηλότερο ποσοστό στη χρήση προφυλακτικού. Σε χαμηλότερο ποσοστό οι έφηβοι στην Ελλάδα (6,5%) σε σύγκριση με το πρόγραμμα HBSC συνολικά (11,0%) αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σχολικό εκφοβισμό. Ειδικά, όσον αφορά τον εκφοβισμό με ηλεκτρονικά μέσα, η Ελλάδα βρίσκεται στην τελευταία θέση (Κοκκέβη και συν., 2016α).

### **2.3. Χρήση ουσιών**

Η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών έχει πάρει μεγάλη έκταση στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι νόμιμες εξαρτησιογόνες ουσίες, κυρίως το αλκοόλ και ο καπνός, αποτελούν τις πιο διαδεδομένες ουσίες, παρά τις χωρίς αμφιβολία σοβαρές επιπτώσεις τους στην υγεία του χρήστη καθώς και στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (Κοκκέβη και συν., 2011α).

Η έναρξη της χρήσης ουσιών γίνεται συνήθως στην εφηβεία με πρώτες ουσίες δοκιμής το αλκοόλ και τον καπνό. Η πρόωμη έναρξη αυτών των ουσιών σηματοδοτεί τη συνέχεια του πειραματισμού με τις παράνομες ουσίες, κυρίως την κάνναβη. Η χρήση των ουσιών έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία με ατομικούς/βιολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες να επιδρούν στη χρήση τους, με τον καθένα από αυτούς να έχει διαφορετική βαρύτητα ανάλογα με το άτομο και το στάδιο χρήσης (Hawkins et al., 1992). Παράγοντες που μπορούν να καθυστερήσουν ή ακόμα και να αποτρέψουν την έναρξη χρήσης ουσιών στην εφηβεία είναι το υποστηρικτικό οικογενειακό πλαίσιο, η ομαλή σχολική προσαρμογή, οι φιλικές σχέσεις και η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες. Η χρήση ουσιών στην εφηβεία επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των νέων και συνδέεται με τη μετέπειτα χρήση και εξάρτηση από ουσίες στην ενήλικη ζωή. Συνεπώς, η έγκαιρη διαπίστωση της έκτασης της χρήσης και των συνηθειών που χαρακτηρίζουν τους χρήστες παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την έγκαιρη εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων (Κοκκέβη και συν., 2011α).

Το καθημερινό κάπνισμα στην εφηβεία συνδέεται με εθισμό στη νικοτίνη και ψυχολογική εξάρτηση, αλλά και με το συστηματικό κάπνισμα στην ενήλικη ζωή. Το συχνό κάπνισμα στους εφήβους σχετίζεται επίσης άμεσα με το κάπνισμα μέσα στην οικογένεια. Οι στενές σχέσεις γονέων-εφήβων λειτουργούν ανασταλτικά στην έναρξη του καπνίσματος. Ωστόσο οι έφηβοι που καπνίζουν συστηματικά έχουν σε διπλάσιο ποσοστό και τους δύο γονείς τους συστηματικούς καπνιστές συγκριτικά με τους υπόλοιπους εφήβους, ενώ όσοι εμπιστεύονται περισσότερο τους φίλους τους από τους γονείς τους εμφανίζουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν περιστασιακοί ή συστηματικοί καπνιστές (Κοκκέβη και συν., 2011α).

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από εφήβους αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Διεθνείς έρευνες έχουν αναδείξει το πρόβλημα της κατάχρησης και ειδικά της περιστασιακά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (binge drinking) στους εφήβους ηλικίας 15-18 ετών, κυρίως στα αγόρια, το οποίο συνδέεται τόσο με την εξάρτηση από το αλκοόλ στην ενήλικη ζωή όσο και με άλλες συμπεριφορές κινδύνου στην εφηβεία, ιδιαίτερα ανάμεσα στα μέλη της ίδιας παρέας (π.χ. επιθετική συμπεριφορά, παραβατικότητα, απόπειρα αυτοκτονίας). Επίσης, η ηλικία έναρξης διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη μετέπειτα εξέλιξη αυτών των συμπεριφορών. Για το λόγο αυτό,



οι παρεμβάσεις πρόληψης θα πρέπει να στοχεύουν στην καθυστέρηση της έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπλέον, κρίνεται αναγκαίος ο σχεδιασμός παρεμβάσεων για τον περιορισμό της συχνότητας και της βαρύτητας κατανάλωσης αλκοόλ στους 15χρονους εφήβους, κυρίως στα αγόρια, μέσα από την προώθηση πιο υγιεινών και δημιουργικών τρόπων διασκέδασης και ψυχαγωγίας (Κοκκέβη και συν., 2011α).

Δεδομένου ότι η πρόιμη έναρξη χρήσης ουσιών στην εφηβεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη μετέπειτα χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση ακόμα και στη διάρκεια της ενήλικης ζωής, η πρόληψη στην εφηβεία (αλλά και νωρίτερα) θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων κυρίως για το αλκοόλ, το κάπνισμα και την κάνναβη. Όπως έχει επισημανθεί διεθνώς, ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι οι παρεμβάσεις που υλοποιούνται στο σχολείο βιωματικά και διαδραστικά, περιλαμβάνουν έγκυρη πληροφόρηση για την αλλαγή των θετικών στερεοτύπων σχετικά με την κατανάλωση του αλκοόλ και των άλλων ουσιών, καθώς και αυτές που εστιάζουν στην ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων των εφήβων (Κοκκέβη και συν., 2011α).

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ, 150 εκατ. έφηβοι καπνίζουν παγκοσμίως και οι μισοί από αυτούς πρόκειται να πεθάνουν από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι πάνω από το 90% των ενηλίκων καπνιστών ξεκινούν να καπνίζουν κατά την εφηβεία, εξαιτίας των αναπτυξιακών χαρακτηριστικών και της ανάγκης τους για δημοφιλία και αποδοχή από τους συνομηλίκους. Το κάπνισμα σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, χρόνια αναπνευστική νόσο, καρκινογένεση, πρόωρη γήρανση, κιτρίνισμα των δοντιών και του δέρματος των δακτύλων, ενώ οι επιπτώσεις αφορούν και τους παθητικούς καπνιστές. Σημαντική για τους εφήβους είναι και η μείωση της αντοχής και της επίδοσης στα αθλήματα. Αντίθετα με το κάπνισμα, κατά την εφηβεία δεν παρατηρείται εξάρτηση από τα οινόπνευματώδη ποτά, αλλά αυτό που κυρίως απασχολεί είναι τα επεισόδια μέθης κατά τη διάρκεια των οποίων αλλοιώνεται η κρίση ή υπάρχει απώλεια συνείδησης. Τα αποτελέσματα της μέθης μπορεί να απειλήσουν την ίδια τη ζωή του εφήβου ή να τον οδηγήσουν σε πράξεις που ενδεχομένως να έχουν αρνητικές συνέπειες στη μετέπειτα εξέλιξή του (Κοκκέβη και συν., 2014).

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της πανελλήνιας έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΠΥ) για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών ηλικίας 11-15 ετών (HBSC/WHO 2014), μία σημαντική μερίδα του πληθυσμού αυτού έχει κάνει ή εξακολουθεί να κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών: ένας στους τρεις 15χρονους είχε καπνίσει τσιγάρο, ένας στους πέντε κάπνισε τις 30 τελευταίες ημέρες πριν από την έρευνα, ενώ ένας στους 8 είχε μεθύσει τουλάχιστον μία φορά κατά την ίδια περίοδο. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι ένας στους έξι 15χρονους ανέφερε πειραματισμό με ηλεκτρονικό τσιγάρο, από τη χρήση του οποίου οι επιπτώσεις για την υγεία δεν έχουν ακόμα διερευνηθεί πλήρως, αν και θεωρείται ότι αποτελεί πύλη εισόδου στη χρήση τσιγάρου ή και άλλων ουσιών στους εφήβους. Τα παραπάνω υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης και επέκτασης προγραμμάτων και πολιτικών αποτροπής εισόδου των εφήβων στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Κοκκέβη και συν., 2015α).

Σύμφωνα με αποτελέσματα πανελλήνιας έρευνας στο μαθητικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές του ΕΠΠΥ (ESPAD 2015), δύο στους πέντε 16χρονους (39,2%) έχουν καπνίσει έστω και μία φορά σε όλη τους τη ζωή. Από αυτούς, ένας στους τρεις κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο στην ηλικία των 13 ετών ή και νωρίτερα, σχεδόν ένας στους πέντε (18,9%) είχε καπνίσει πρόσφατα (μέσα στον τελευταίο μήνα), ενώ ένας στους εννέα (11,1%) είναι καθημερινός καπνιστής. Σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια έχουν καπνίσει πρόσφατα (20,9% και 16,9% αντίστοιχα), καπνίζουν καθημερινά (13,7% και 8,6% αντίστοιχα) και είναι βαρείς καπνιστές (3,9% και 1,9% αντίστοιχα). Επιπλέον περισσότερα αγόρια από κορίτσια έχουν ξεκινήσει το τσιγάρο σε πολύ μικρή ηλικία (Κοκκέβη και συν., 2016β).

Πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ (τον τελευταίο μήνα) αναφέρεται από δύο στους τρεις 16χρονους μαθητές (66,2%), ενώ συχνή κατανάλωση (τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο μήνα) αναφέρει ένας στους δεκατρείς (7,6%). Τα φύλα δεν διαφέρουν στην πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά τα αγόρια αναφέρουν συχνή κατανάλωση σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια (9,6% και 5,6% αντίστοιχα). Ένας στους δέκα μαθητές (9,9%) αναφέρει υπερβολική κατανάλωση (5 ή περισσότερων ποτών στη σειρά τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο μήνα), τα αγόρια σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (12,2% και 7,7%, αντίστοιχα). Ποσοστό 9,7% των εφήβων

αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου οδήγησαν οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοόλ, σε ποσοστό 0,9% ενεπλάκησαν σε τροχαίο ενώ οδηγούσαν οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ποσοστό 7,3% των εφήβων απαντούν για τον τελευταίο χρόνο ότι, εξαιτίας της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, είχαν σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλακτικό (Κοκκέβη και συν., 2016β).

Επίσης, η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβική ηλικία συνδέεται με βίαιη συμπεριφορά, ριψοκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ 41% των τροχαίων ατυχημάτων μπορεί να σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών (Τσίτσικα, 2014α).

## **2.4. Διατροφή, άσκηση και σωματικό βάρος**

Η φυσική δραστηριότητα, ο αθλητισμός και η σωστή διατροφή αποτελούν προϋποθέσεις για μια καλή υγεία-φυσική και ψυχολογική-όχι μόνο στη διάρκεια της εφηβείας αλλά και στη μετέπειτα ενήλικη ζωή (Κοκκέβη και συν., 2011α).

Τις τελευταίες δεκαετίες η παιδική παχυσαρκία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας και η αντιμετώπισή της αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Τα τελευταία 20 χρόνια σημειώθηκε επαύξηση της 97ης ΕΘ κατά 15kg για τα αγόρια και κατά 7kg για τα κορίτσια της όψιμης εφηβικής ηλικίας. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Ενδοκρινολογικής Μονάδας της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών κατά την εφηβεία ήταν 20,63% και 11,8% αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα κορίτσια ήταν 14,48% και 3,65%. Η εφηβική παχυσαρκία προδικάζει παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή με τις συνοδές σημαντικές επιπτώσεις (Τσίτσικα, 2014α).

Πλήθος μελετών συγκλίνουν στο ότι η παχυσαρκία έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες στη σωματική και την ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών και των εφήβων (Ebbeling et al., 2002; Reilly, 2005). Τα παχύσαρκα παιδιά είναι πιθανότερο να εξελιχθούν σε παχύσαρκους ενήλικες, ενώ συγχρόνως η παχυσαρκία στη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας φαίνεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη, τη χαμηλή αυτοπεποίθηση, την αρνητική εικόνα για το σώμα και τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Guo et al., 2000; Kim & Kim, 2001; Neumark-Sztianer et al., 2002). Επιπλέον, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η παχυσαρκία διαφοροποιείται μεταξύ των δύο φύλων και των

διαφορετικών ηλικιών καθώς αγόρια και κορίτσια φαίνεται ότι διαφέρουν σημαντικά στις διατροφικές τους συνήθειες, αλλά και στη συχνότητα με την οποία ασκούνται (Κοκκέβη και συν., 2015β).

Παράλληλα η φυσική δραστηριότητα φαίνεται ότι αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για πολλά προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας αφού σχετίζεται με την καλύτερη μυοσκελετική και καρδιοαναπνευστική λειτουργία του οργανισμού, καθώς επίσης και με μειωμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των εφήβων (Strong et al., 2005). Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με βελτίωση της νοητικής λειτουργίας και της σχολικής επίδοσης στην παιδική και εφηβική ηλικία (Sibley & Etnier, 2003; Martinez-Gomez et al., 2011).

Από τα αποτελέσματα της πανελλήνιας έρευνα του ΕΠΙΨΥ αναφορικά με τη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και το σωματικό βάρος των εφήβων (HBSC/WHO 2014), προκύπτει ότι η διατροφή των εφήβων στη χώρα μας βελτιώνεται διαχρονικά, καθώς αυξάνεται το ποσοστό εκείνων που αναφέρουν ότι λαμβάνουν πρωινό καθημερινά και εκείνων που καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά, ενώ παράλληλα μειώνεται το ποσοστό των εφήβων που καταναλώνουν γλυκά ή αναψυκτικά. Η ποιότητα της διατροφής των εφήβων είναι χειρότερη στις μεγαλύτερες εφηβικές ηλικίες συγκριτικά με τις μικρότερες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ενώ τα κορίτσια τρώνε σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα αγόρια φρούτα και λαχανικά, είναι εκείνα που παραλείπουν συχνότερα το πρωινό. Επιπλέον, οι μισοί 15χρονοι καταναλώνουν καφέ τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, ενώ ένας στους έξι καταναλώνει καφέ τουλάχιστον 5 ημέρες εβδομαδιαίως (Κοκκέβη και συν., 2015β).

Αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα των εφήβων, μετά από σημαντική μείωση κατά την περίοδο 2002-2010, το 2014 παρουσιάζει αυξητική τάση καθώς ένας στους τρεις αναφέρουν ότι κάνουν κάποια φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα. Ωστόσο, μια σημαντική μερίδα των εφήβων-κυρίως μεγαλύτερων σε ηλικία-αναφέρουν σωματική δραστηριότητα το πολύ μία φορά την εβδομάδα (Κοκκέβη και συν., 2015β). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το ποσοστό των υπέρβαρων/ παχύσαρκων εφήβων στη χώρα μας έχει αυξηθεί από το 2002 στο 2014, με αυτό των παχύσαρκων να έχει διπλασιαστεί. Τα αγόρια είναι υπέρβαρα σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια. Παράλληλα, ένας στους τέσσερις εφήβους θεωρεί το σώμα

του παχύ, κυρίως τα κορίτσια και οι μεγαλύτεροι έφηβοι, με το ποσοστό αυτό να μειώνεται διαχρονικά. Αν και η πλειονότητα των εφήβων φαίνεται ότι έχουν επίγνωση του σωματικού τους βάρους, ένας στους εννέα μαθητές, σε υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια, θεωρούν το σώμα τους παχύ ενώ, σύμφωνα με το ΔΜΣ, το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή χαμηλότερο του φυσιολογικού. Αντίστροφα, ποσοστό 7,9% των εφήβων, περισσότερο τα αγόρια από τα κορίτσια, θεωρούν ότι το σώμα τους είναι κανονικό ή αδύνατο, ενώ είναι υπέρβαροι βάσει ΔΜΣ.

Σε γενικές γραμμές, τα αγόρια φαίνονται περισσότερο ικανοποιημένα συγκριτικά με τα κορίτσια από την εξωτερική τους εμφάνιση. Από διασταυρώσεις στα στοιχεία της έρευνας προκύπτει ότι η ικανοποίηση των εφήβων από την εξωτερική τους εμφάνιση συνδέεται με το σωματικό τους βάρος. Η σχέση αυτή ισχύει και στα δύο φύλα, αλλά είναι εντονότερη στα κορίτσια. Αξιοσημείωτο είναι ότι η ικανοποίηση από την εξωτερική εμφάνιση είναι σημαντικά υψηλότερη στα ελλιποβαρή κορίτσια συγκριτικά όχι μόνο με τα υπέρβαρα αλλά και με εκείνα με φυσιολογικό βάρος. Επίσης, ένα στα τέσσερα κορίτσια και ένα στα έξι αγόρια αναφέρουν ότι κάνουν δίαιτα ή κάτι άλλο για να χάσουν κιλά, με το ποσοστό αυτό να αυξάνεται συνεχώς (Κοκκέβη και συν., 2015β).

Σύμφωνα με τα ευρήματα πανελλαδικής έρευνας της Μονάδας Εφηβικής Υγείας (ΜΕΥ) του νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού» σε συνεργασία με το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, το 23,4% των παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών και εφήβων που προσήλθαν στη ΜΕΥ εμφανίζει υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης, παρόμοιες με αυτές των ηλικιωμένων. Για το φαινόμενο αυτό δεν ευθύνονται αποκλειστικά τα περιττά κιλά, αλλά και η ανθυγιεινή διατροφή των εφήβων η οποία περιλαμβάνει αυξημένη κατανάλωση κρέατος, αλλαντικών, παχυντικών τυριών και φτηνού junk food. Επίσης το 19,7% παρουσιάζει διαταραχή των λιπιδίων του αίματος, ενώ στο 14% των εφήβων διαπιστώθηκε και η ύπαρξη προ-διαβήτη. Επιπλέον βρέθηκε αυξημένο ουρικό οξύ στο 9,5% και διαταραχή του θυρεοειδούς αδένος στο 8,3%, ενώ σε ποσοστό 5,5% των κοριτσιών ανιχνεύτηκε σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών που συνδέεται και με υπογονιμότητα στην αναπαραγωγική ηλικία. Σχολιάζοντας τα παραπάνω σοκαριστικά ευρήματα, επισημαίνεται ότι αν δεν αλλάξουν τρόπο ζωής και διατροφής οι έφηβοι, θα έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης από τους γονείς τους και αυτό θα αποτελέσει ένα πρωτοφανές για τα παγκόσμια ιατρικά χρονικά φαινόμενο (Τσίτσικα, 2014γ).

## 2.5. Ψυχοκοινωνική υγεία

Η εφηβεία είναι μια περίοδος που κατά κανόνα χαρακτηρίζεται από καλή υγεία και χαμηλά επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδιαίτερα στην Ευρώπη (WHO, 2008). Ωστόσο, είναι και μία περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας οι έφηβοι εκτίθενται σε ποικιλία εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων οι οποίες, παρά το γεγονός ότι σπάνια παίρνουν τη μορφή κάποιας σωματικής ασθένειας, εκδηλώνονται συχνά με ψυχοσωματικά συμπτώματα (Haugland et al., 2001). Η καλή κατάσταση της υγείας και της λειτουργίας των εφήβων δεν προκύπτει μόνο από την απουσία ασθενειών ή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, αλλά προϋποθέτει και την παρουσία παραγόντων που ενισχύουν την ευεξία (Selgman & Csikszentmihalyi, 2000).

Αγόρια και κορίτσια διαφέρουν ως προς τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και ως προς τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται η αντίδρασή τους σε αυτές (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Τα αγόρια έχουν την τάση να εξωστρέφουν τις αντιδράσεις τους εκδηλώνοντας συχνότερα επιθετικές ή παραβατικού τύπου συμπεριφορές (βία, χρήση ναρκωτικών κ.ά.), ενώ αντίθετα τα κορίτσια έχουν γενικά την τάση να εσωστρέφουν τις ανησυχίες, τις δυσκολίες ή τον θυμό τους με αποτέλεσμα να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Κοκκέβη και συν., 2011γ).

Η παρουσία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων αποτελεί δείκτη κακής υγείας και ύπαρξης ψυχολογικών συγκρούσεων και αγχογόνων βιωμάτων (Know et al., 1998; Piko, 2007). Σύμφωνα με έρευνες, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα στους εφήβους που αναφέρουν χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από το σχολείο και από το κλίμα στην τάξη, καθώς και από εφήβους με χαμηλή σχολική επίδοση και με προβλήματα στις σχέσεις με τους συμμαθητές τους (Sweeting et al., 2007; Hjertn et al., 2008). Η εκδήλωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, ειδικότερα στα κορίτσια, φαίνεται να συνδέεται με την εικόνα που αυτά έχουν για την εξωτερική τους εμφάνιση (Godeau et al., 2008).

Οι ψυχοσωματικές εκδηλώσεις αποτελούν δείκτη για το βαθμό στον οποίο οι έφηβοι αντεπεξέρχονται στις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής. Έτσι, τα επαναλαμβανόμενα συμπτώματα, για τα οποία δεν υπάρχει οργανική αιτιολογία, μπορεί να αποτελούν εκδήλωση κάποιας μορφής κατάθλιψης, ένδειξη προβλημάτων ψυχοκοινωνικής

προσαρμογής ή αντίδρασης σε αρνητικά γεγονότα της ζωής των εφήβων σε μια ορισμένη χρονική περίοδο (Carlson & Cantwell, 1980; Robinson et al., 1988; Knishkowsky et al., 1995). Επίσης, πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα συνδέονται με ανθυγιεινές συνήθειες των εφήβων (Κοκκέβη και συν., 2011β).

Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα της πανελλήνιας έρευνας του ΕΠΙΨΥ αναφορικά με την ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων (πρόγραμμα HBSC/WHO 2011), η μεγάλη πλειονότητα των μαθητών θεωρούν την υγεία τους καλή. Δύο στους τρεις εφήβους δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, ενώ ποσοστό 4,6% αναφέρουν ότι είναι δυσαρεστημένοι. Με την ηλικία, μειώνεται το ποσοστό των ικανοποιημένων από τη ζωή εφήβων, ενώ αντίθετα αυξάνεται το αντίστοιχο των δυσαρεστημένων (Κοκκέβη και συν., 2011β).

Ένα στα δύο αγόρια και δύο στα τρία κορίτσια αναφέρουν ότι τους τελευταίους 6 μήνες παρουσίασαν κάποιο ψυχοσωματικό σύμπτωμα με συχνότητα τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα. Από τις απαντήσεις των εφήβων προκύπτει ότι ένας στους τέσσερις (28,5%) παρουσιάζει συμπτώματα διαταραχής διαγωγής, ενώ δεν προκύπτουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Ένας στους δέκα εφήβους (10,2%) αναφέρει συμπτώματα διαταραχής συναισθήματος, με τα κορίτσια να εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (15,2%) σε σχέση με τα αγόρια (4,6%). Ένας στους επτά εφήβους (15,2%) φαίνεται να παρουσιάζει συμπτώματα διαταραχής στις σχέσεις με τους συνομηλικούς του. Επίσης, ένας στους δέκα εφήβους (10,5%) φαίνεται να παρουσιάζει συμπτώματα διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) (Κοκκέβη και συν., 2011β).

Η κατάθλιψη στην εφηβεία δεν είναι σπάνια, συχνά όμως περνά απαρατήρητη. Η μεγάλη πλειονότητα των μαθητών (περίπου 70%) νιώθουν σπάνια ή μόνο λίγες φορές λυπημένοι ή μελαγχολικοί. Έρευνα που διεξήχθη σε Έλληνες εφήβους αποκαλύπτει ότι 13% των αγοριών και 29% των κοριτσιών θεωρήθηκαν «περιπτώσεις» με καταθλιπτικό συναίσθημα (Τσίτσικα, 2014α). Το καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί να φτάσει έως και το 20%, ενώ η διάγνωση με όλα τα κριτήρια κατά DSM-IV υπολογίζεται στο 4-5%. Πολλές ψυχικές διαταραχές αναδύονται κατά την εφηβική ηλικία, λόγω της αστάθειας και των μεταβολών που την χαρακτηρίζουν. Η κατάθλιψη

εκδηλώνεται με συμπτώματα «χρόνιας» κόπωσης, ψυχοσωματικά ενοχλήματα, τάση για απομόνωση, αδικαιολόγητη επιθετικότητα, επίμονη αϋπνία, μείωση στη σχολική επίδοση και διαταραχή στην όρεξη. Επιπλέον η κατάθλιψη μπορεί να εκφραστεί με αυτοκτονικό ιδεασμό. Όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποστηρικτικές σχέσεις, ο έφηβος μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία (Τσίτσικα, 2014δ).

Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι θάνατοι από αυτές παρουσιάζονται με υψηλή συχνότητα κατά την εφηβική ηλικία στην Ευρώπη. Η σοβαρότητα του προβλήματος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εφηβεία αποδεικνύεται επιδημιολογικά καθώς αποτελεί την 3η κατά σειρά αιτία θανάτου στους εφήβους, ενώ τα ποσοστά της έχουν αυξηθεί κατά 300% τα τελευταία 40 χρόνια. Οι θάνατοι από αυτοκτονία είναι έξι φορές συχνότεροι στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, μολονότι στα τελευταία υπερτερούν οι απόπειρες. Στην Ελλάδα το 12,5% των μαθητών (6,6% των αγοριών και 17,6% των κοριτσιών) αναφέρουν απόπειρα αυτοκτονίας. Συνήθη μέσα αυτοκτονίας αποτελούν τα όπλα, ο πνιγμός-απαγχονισμός, η δηλητηρίαση, τα τροχαία, τα εγκαύματα κ.λπ. Οι περισσότερες απόπειρες έχουν γίνει με υπερβολική δόση φαρμάκων που δεν απαιτούν συνταγογράφηση, ενώ σε 18,9% των περιπτώσεων χρησιμοποιήθηκαν ηρεμιστικά (Τσίτσικα, 2014δ).

Αναδρομικές μελέτες σε εφήβους έδειξαν ότι άνω του 90% των αυτοχειρών έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή τη στιγμή του θανάτου, περίπου το 1/3 είχαν κάνει και άλλες απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ οι μισοί έφηβοι έπασχαν επί δύο τουλάχιστον έτη από ψυχιατρικές παθήσεις όπως ψύχωση, καταθλιπτική διαταραχή, χρήση ουσιών, οριακή διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς και διαταραχή διαγωγής. Παράγοντες κινδύνου φαίνεται ότι αποτελούν το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό της παιδικής ηλικίας, το ιστορικό φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης του εφήβου, η ομοφυλοφιλία, η έλλειψη επικοινωνίας γονέων-εφήβων, η αλλαγή κατοικίας, η μειωμένη γονική επιτήρηση (Τσίτσικα, 2014δ).

Το «cutting» είναι ο εκούσιος αυτοτραυματισμός μερών του σώματος με αιχμηρά αντικείμενα, συνήθως στην εσωτερική πλευρά των καρπών ή σε άλλα μέρη του σώματος που δεν είναι εύκολα σε κοινή θέα. Το cutting για τον έφηβο αποσκοπεί στην αποφόρτιση αρνητικών συναισθημάτων από καταστάσεις τις οποίες βιώνουν όπως πίεση, άγχος, απόρριψη ή στην αποφόρτιση μιας εμμονής ή τον αντιπερισπασμό του



συναισθηματικού πόνου προκαλώντας σωματικό πόνο. Πρόσφατη έρευνα στη Βρετανία επισημαίνει ότι περισσότεροι από ένας στους δέκα εφήβους παρουσιάζουν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού με πρόθεση. Ποσοστό 10,3% έχουν επιχειρήσει να αυτοτραυματιστούν και στους εφήβους αυτούς το cutting υπερισχύει σε ποσοστό 64%, ενώ τα κορίτσια έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες για cutting σε σύγκριση με τα αγόρια. Οι συμπεριφορές αυτές αξίζουν ιδιαίτερης προσοχής, δεδομένου ότι δεν είναι απλά μία προσπάθεια των εφήβων να τραβήξουν την προσοχή ή να τρομάξουν κάποιον. Συχνά συνυπάρχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αγχώδης διαταραχή ή κατάθλιψη (Τσίτσικα, 2014ε).

## **2.6. Σεξουαλική συμπεριφορά**

Η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων αποτελεί μια έκφραση της ψυχοκοινωνικής τους υγείας. Οι έφηβοι που ήδη στην ηλικία των 15 ετών έχουν έστω και μία ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία, κυρίως δε, οι έφηβοι που δεν παίρνουν μέτρα αντισύλληψης, εμφανίζουν σε υψηλότερο ποσοστό ψυχοσωματικά συμπτώματα και έχουν αρνητική αντίληψη για την ποιότητα της ζωής τους (Hjern et al., 2008; Madkour et al., 2010). Έφηβοι με πρόωμη σεξουαλική εμπειρία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα υγείας ή να εμφανίσουν συμπεριφορές κινδύνου όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και η χρήση κάνναβης (Pickett et al., 2002). Τα παραπάνω ευρήματα για την έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε πρόωμη ηλικία συνδυαστικά με την πλημμελή υιοθέτηση μέσων αντισύλληψης από τους εφήβους, αυξάνουν τους κινδύνους για ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες καθώς και για προσβολή από μολύνσεις (Κοκκέβη και συν., 2011β).

Η σεξουαλική εκπαίδευση αποτελεί ένα αποτελεσματικό μέσο προφύλαξης των εφήβων, με καταλληλότερη περίοδο την αρχή της εφηβείας (Siegel et al., 2001; Bearinger et al., 2007). Ωστόσο στη χώρα μας διαπιστώνεται απουσία συστηματικής ενσωμάτωσης της σεξουαλικής εκπαίδευσης στο εκπαιδευτικό σύστημα, με συνέπεια η σεξουαλική πληροφόρηση των εφήβων να προέρχεται κυρίως από τους φίλους τους (Matziou et al., 2009). Επιπλέον, όπως επισημαίνεται από διεθνείς έρευνες (Miller et al., 1998; Dilorio et al., 1999), οι υγιείς σεξουαλικές συνήθειες στην εφηβεία συνδέονται τόσο με τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των γονιών όσο και με την ποιότητα

της επικοινωνίας ανάμεσα στο γονέα και τον έφηβο. Παράλληλα με τη συστηματική εκπαίδευση στο σχολείο κρίνεται απαραίτητη και η κατάλληλη εκπαίδευση των γονέων γύρω από τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να απευθυνθούν στα παιδιά τους για τα ζητήματα αυτά (Κοκκέβη και συν., 2011β).

Στην πανελλήνια έρευνα του ΕΠΙΨΥ αναφορικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων (HBSC/WHO 2014), ένας στους τέσσερις 15χρονους (25,6%) ανέφερε ότι είχε τουλάχιστον μία ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, σε διπλάσιο ποσοστό τα αγόρια (35,0%) από τα κορίτσια (17,3%). Ανάμεσα σε όσους ανέφεραν ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία, δύο στους τρεις (69,1%) την είχε πρόσφατα (15 ετών), ένας στους πέντε (21,5%) στην ηλικία των 14 ετών και ένας στους δέκα (9,4%) πριν την ηλικία των 13 ετών. Οι 15χρονοι που ανέφεραν ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία ρωτήθηκαν εάν κατά την τελευταία τους σεξουαλικής επαφής χρησιμοποίησαν οι ίδιοι ή ο/η σύντροφός τους προφυλακτικό, αντισυλληπτικό χάπι ή κάποιο άλλο μέσο προφύλαξης. Στην πλειονότητά τους (80,9%) απάντησαν ότι έκαναν χρήση προφυλακτικού, ένας στους δέκα (12,1%) χρησιμοποίησε αντισυλληπτικό χάπι και το 19,8% κάποια άλλη μέθοδο προφύλαξης. Ωστόσο, ένας στους έξι εφήβους με εμπειρία σεξουαλικής επαφής εμφανίζει πλημμελή συμπεριφορά ως προς την αντισύλληψη καθότι κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή δεν έλαβε κανένα είδος προφύλαξης (Κοκκέβη και συν., 2016γ).

Σύμφωνα με στοιχεία της Β' Γυναικολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την Ελλάδα, 30-40% των κοριτσιών 16-18 ετών έχουν ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ 30% δεν χρησιμοποιούν μέθοδο αντισύλληψης και 30% χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές μεθόδους (π.χ. απόσυρση). Η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει μειωθεί την τελευταία 20ετία (από 9% το 1985 σε 5,2% το 2003), γεγονός που μάλλον συνδέεται με την αύξηση των αμβλώσεων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (από 28,8% το 1980 σε 50% το 2003). Η εφηβική κύηση είναι υψηλού κινδύνου με επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του παιδιού και υψηλά ποσοστά αυτόματης αποβολής (9-14%). Περίπου μισές από τις εφηβικές εγκυμοσύνες καταλήγουν σε άμβλωση με συνεπακόλουθα για τη μελλοντική γονιμότητα των εφήβων και σημαντικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Για το 30% των εφήβων που τελικά γίνονται μητέρες, υπάρχουν σημαντικές μεταβολές στην οικογενειακή, σχολική και κοινωνική τους ζωή (Τσίτσικα, 2014β).

Αναφορικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, η επίπτωση των χλαμυδιακών λοιμώξεων σε σεξουαλικά δραστήριες έφηβες στις ΗΠΑ είναι 15-37%. Για την Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία τα οποία δεν αφορούν αμιγώς εφηβικό πληθυσμό. Οι χλαμυδιακές λοιμώξεις μπορεί να είναι ασυμπτωματικές σε 25-50% των περιπτώσεων και με σοβαρές επιπτώσεις στο γεννητικό σύστημα. Υπολογίζεται ότι 15-20% των περιπτώσεων φλεγμονώδους νόσου της πυέλου σχετίζονται με χλαμυδιακή λοίμωξη, ενώ είναι επίσης γνωστή η σχέση των παθογόνων αυτών με την υπογονιμότητα κατά την ενήλικη ζωή. Παρατηρείται επίσης αύξηση του αριθμού των λοιμώξεων του γεννητικού συστήματος των από τον ανθρώπινο ιό των κονδυλωμάτων (HPV) και τον ιό του έρπητα τύπου 2 (HSV-2). Όσον αφορά τις λοιμώξεις από τον ιό HIV, η μόλυνση στην εφηβική ηλικία προδικάζει νόσο την 3η δεκαετία της ζωής. Οι έφηβοι ασθενείς αντιπροσωπεύουν το 1% και οι ασθενείς 20-29 ετών το 20% του συνόλου (Τσίτσικα, 2014α).

Σύμφωνα με μελέτη η οποία διεξήχθη στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος «Αγωγή Υγείας» του Εργαστηρίου Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του ΑΠΘ και υλοποιήθηκε σε δύο αστικού τύπου Λύκεια της Θεσσαλονίκης, η γενική και η υποκειμενική αίσθηση κινδύνου των εφήβων στη λοίμωξη από τον ιό HIV βρέθηκε χαμηλή και οι πεποιθήσεις σχετικά με τη χρήση προφυλακτικού ασθενώς θετικές υπέρ της χρήσης του. Η αίσθηση ελέγχου στη χρήση προφυλακτικού και τα υποκειμενικά πρότυπα καταγράφονται μόλις πάνω από το μέσο όρο, ενώ η πρόθεση χρήσης προφυλακτικού βρέθηκε ισχυρή. Τα κορίτσια αναφέρουν υψηλότερες τιμές της γενικής αίσθησης κινδύνου από τον ιό HIV, καθώς και πιο υποστηρικτικές πεποιθήσεις για τη χρήση προφυλακτικού. Τα υποκειμενικά πρότυπα των κοριτσιών είναι περισσότερο υποστηρικτικά αναφορικά με τη χρήση προφυλακτικού σε σύγκριση με τα αγόρια. Ωστόσο στα έφηβα αγόρια καταγράφηκε ισχυρότερη αίσθηση ελέγχου στη χρήση προφυλακτικού (Βουζουνεράκης και συν., 2013).

## 1.8. Εκφοβισμός και βία στο σχολείο

Ο όρος «εκφοβισμός και βία στο σχολείο» (school bullying), όπως και ο όρος «θυματοποίηση» (victimization) χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν μια κατάσταση κατά την οποία ασκείται εσκεμμένη, απρόκλητη, συστηματική και επαναλαμβανόμενη βία και επιθετική συμπεριφορά με σκοπό την επιβολή, την καταδυνάστευση και την πρόκληση σωματικού και ψυχικού πόνου σε μαθητές από συμμαθητές τους, εντός και εκτός σχολείου. Πρόκειται για ένα φαινόμενο νεανικής παραβατικότητας που εμφανίζεται σε πολλές χώρες του κόσμου και εκδηλώνεται με διάφορες μορφές (σωματική, λεκτική, ψυχολογική, κοινωνική), οι οποίες συχνά διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο (Κοκκέβη και συν., 2011γ).

Ο σωματικός εκφοβισμός και βία περιλαμβάνει σπρωξίματα, σκουντήματα, αγκωνιές, κλοτσιές, τρικλοποδιές, γροθιές ή χτυπήματα με όπλα ή αντικείμενα και αφορά όλες τις μορφές επιθέσεων ή τις απειλές σωματικών επιθέσεων. Ο λεκτικός εκφοβισμός περιλαμβάνει τη συστηματική χρησιμοποίηση υβριστικών εκφράσεων, φραστικών επιθέσεων, προσβολών και απειλών, αγενών σχολίων και ειρωνείας, χρήση παρατσουκλιών και χρησιμοποιεί σταθερά ένα άτομο ως στόχο πειραγμάτων, κάνοντάς το περίγελο. Ο εκφοβισμός με εκβιασμό περιλαμβάνει την εκούσια απόσπαση χρημάτων ή προσωπικών αντικειμένων, η οποία συνοδεύεται από απειλές ή και τον εξαναγκασμό σε αντικοινωνικές πράξεις (π.χ. τη διάπραξη κλοπής ή βανδαλισμού ιδιοκτησίας). Επίσης υπάρχουν πολλές μορφές έμμεσου ή κοινωνικού εκφοβισμού κατά τον οποίο ο «θύτης» προσπαθεί να απομονώσει κοινωνικά κάποιο άτομο ή το αγνοεί ή ακόμα επιχειρεί να πείσει τους άλλους να αισθανθούν αντιπάθεια γι' αυτό, διαδίδοντας κακόβουλες φήμες και ψεύδη (Olweus, 1993a; Rigby, 2002; Fekkes et al., 2005).

Η ψυχολογική βία περιλαμβάνει επίσης και τον ρατσιστικό εκφοβισμό που χαρακτηρίζεται από αρνητικά σχόλια εξαιτίας της καταγωγής, της κοινωνικής τάξης, της οικονομικής κατάστασης, της διαφορετικότητας. Μια άλλη μορφή σχολικού εκφοβισμού είναι η σεξουαλική παρενόχληση που περιλαμβάνει σεξουαλικά ταπεινωτικά σχόλια, ανήθικες χειρονομίες, ανεπιθύμητα αγγίγματα, μέχρι και σοβαρές σεξουαλικές επιθέσεις (Rivers & Smith, 1994; Αρτινοπούλου, 2001).

Τα τελευταία χρόνια στη βιβλιογραφία του bullying προστέθηκε και άλλη μια κατηγορία, αυτή του ηλεκτρονικού ή διαδικτυακού εκφοβισμού (cyber bullying). Ο όρος cyber bullying, αποδόθηκε πρώτα από τον Bill Belsey και χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει τις διάφορες μορφές ψυχολογικής κακοποίησης οι οποίες συνδέονται με το συμβατικό εκβιασμό, μέσω του διαδικτύου ή παρεμφερή τεχνολογία, με σκοπό τη σκόπιμη ζημιά ενός ατόμου ή μιας ομάδας. Ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός περιλαμβάνει την αποστολή απειλητικού ή υβριστικού υλικού μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή μηνυμάτων MMS/SMS, χρήση ή παραποίηση των προσωπικών δεδομένων κάποιου ατόμου, αποκλεισμό του από μια δικτυακή ομάδα, καθώς και κλήσεις στο κινητό του από άγνωστο νούμερο (Guerra et al., 2011).

Η επιθετική συμπεριφορά και η βία, ιδιαίτερα στο σχολείο, εμφανίζονται με υψηλή συχνότητα στη διάρκεια της εφηβείας. Το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού έχει μεγάλη έκταση τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς (Olweus, 1993b; Smith et al., 2004; Currie et al., 2008; Sarpouna, 2008). Αυτό που διαχωρίζει τον σχολικό εκφοβισμό από το απλό πείραγμα είναι η ένταση, η διάρκεια και η επανάληψη μιας κατάστασης και κυρίως η ανισορροπία δύναμης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών. Στον σχολικό εκφοβισμό ο μαθητής που εκφοβίζεται είναι συχνά μικρότερης σωματικής διάπλασης, δύναμης ή ηλικίας και δεν έχει προκαλέσει το μαθητή «θύτη», ο οποίος με τη σειρά του επιθυμεί συνειδητά να βλάψει το μαθητή «θύμα» ή αλλιώς το μαθητή «στόχο». Αντιθέτως, όταν για παράδειγμα δύο μαθητές της ίδιας ισχύος έχουν «πιαστεί στα χέρια», αυτό το περιστατικό δεν χαρακτηρίζεται ως σχολικός εκφοβισμός.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να τονιστεί πως ο εκφοβισμός και η βία στο σχολείο είναι και ομαδικό φαινόμενο, δηλαδή δεν αφορά μόνο το θύμα και το θύτη, αλλά και όλους όσους είναι παρόντες ή γνωρίζουν την ύπαρξή του, δηλαδή τους παρατηρητές. Σύμφωνα με έρευνες, ο ρόλος των μαθητών-παρατηρητών είναι πολύ σημαντικός (Καραβόλτσου, 2013). Ακόμα και αν δε συμμετέχουν ενεργά σε περιστατικά εκφοβισμού, μπορεί να ενθαρρύνουν το θύτη ή και με την παθητική στάση στους να δίνουν το μήνυμα ότι αυτό που συμβαίνει είναι αποδεκτό, τροφοδοτώντας με τη στάση αυτή το φαινόμενο. Περίπου το ίδιο ισχύει και για τους ενήλικες παρατηρητές. Για το λόγο αυτό χρειάζεται και οι παρατηρητές να συμπεριλαμβάνονται τόσο στον ορισμό, όσο και στην αντιμετώπιση του εκφοβισμού και της βίας στο σχολείο. Επομένως ο εκφοβισμός και η

βία στο σχολείο είναι ένα πολυδιάστατο, δυναμικό, κοινωνικό φαινόμενο που εμπλέκει συνολικά το σχολείο ως οργανισμό (Καραβόλτσου, 2013).

Παρά το γεγονός ότι ο εκφοβισμός μεταξύ των εφήβων λαμβάνει χώρα κυρίως στο σχολείο, πολλές φορές μπορεί να συμβεί και στο δρόμο από και προς το σχολείο, σε μέρη στα οποία συχνάζουν οι έφηβοι αλλά και από απόσταση, με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων. Ωστόσο, τα περισσότερα στοιχεία σχετικά με το cyber bullying στην Ελλάδα προέρχονται από ερευνητικά προγράμματα σε ευρωπαϊκό επίπεδο και οι περισσότερες εθνικές μελέτες διεξάγονται σε μικρά δείγματα (Antoniadou & Kokkinos, 2015).

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση του φαινομένου του εκφοβισμού μεταξύ εφήβων-μαθητών αποκτά μεγάλη σημασία, καθώς οι συνέπειές του μπορεί να είναι εξαιρετικά σοβαρές, τόσο για τα θύματα όσο και για τους θύτες. Ειδικότερα, οι μαθητές που υφίστανται εκφοβισμό είναι πιθανόν να αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ενώ οι θύτες είναι πιθανόν να εμφανίσουν χαμηλή σχολική επίδοση και συμπτώματα κατάθλιψης (Houbre, 2006). Επιπλέον, πολλές έρευνες έχουν συνδέσει τον εκφοβισμό με την εκδήλωση ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων από την πλευρά των θυμάτων, όπως πονοκέφαλο, πόνο στο στομάχι και διαταραχές του ύπνου (Williams et al., 1996; Rigby, 1999). Διαχρονικές μελέτες εξετάζουν τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει ο σχολικός εκφοβισμός στην ενήλικη ζωή των θυμάτων, διαπιστώνοντας πως εκείνοι που έχουν υποστεί εκφοβισμό κατά την εφηβική τους ηλικία είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν ως ενήλικες ψυχοκοινωνικά προβλήματα, κατάθλιψη και να έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση (Olweus, 1993c; Allison et al., 2009).

Η διερεύνηση των πιθανών παραγόντων οι οποίοι συμβάλλουν στο να υποστεί ή να διαπράξει κάποιος έφηβος εκφοβισμό, εστιάζεται τόσο στα ατομικά χαρακτηριστικά του εφήβου όσο και στο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του (Bowes et al., 2009). Από σχετικές μελέτες προκύπτει ότι οι έφηβοι θύματα εκφοβισμού είναι πιθανότερο να είναι ανασφαλείς, αγχώδεις και έχουν λιγότερους φίλους από τους συνομηλίκους τους (Jankauskiene et al., 2008; Berry & Hunt, 2009). Από την άλλη, οι έφηβοι που οι ίδιοι εκφοβίζουν άλλους είναι πιθανότερο να υφίστανται κακομεταχείριση από μέλη της οικογένειάς τους και να έχουν υπάρξει παρόντες σε

περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (Holt et al., 2009; Jansen et al., 2011). Διαπιστώνεται επίσης πως έχουν υψηλή αυτοπεποίθηση, θετική εικόνα για την εξωτερική τους εμφάνιση και συχνά είναι πολύ δημοφιλείς μεταξύ των συνομηλίκων τους (Salmivalli, 2000; Pollastri et al., 2010).

Τα ευρήματα πολλών μελετών συνηγορούν στο ότι η θετική αντίληψη των μαθητών για το σχολικό κλίμα και το «δέσιμο» που νιώθουν με το σχολείο, δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες στα περιστατικά σχολικού εκφοβισμού, τόσο για τους θύτες όσο και για τα θύματα (Bond et al., 2007; Cunningham, 2007; Furlong et al., 2011). Επίσης, οι καλές σχέσεις μέσα στην οικογένεια, ο χρόνος που περνούν οι έφηβοι με τους γονείς και η ευκολία στην επικοινωνία γονιού και εφήβου μπορούν να προστατέψουν τους εφήβους από εμπλοκή σε περιστατικά εκφοβισμού (Holt et al., 2009; Bowes et al., 2010).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλήνιας έρευνα του ΕΠΙΨΥ αναφορικά με τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών (HBSC/WHO 2014), σε ποσοστό 7,5%, οι έφηβοι ανέφεραν εκφοβισμό άλλου μαθητή στο σχολείο τουλάχιστον δύο φορές το μήνα κατά το προηγούμενο δίμηνο, τα αγόρια σε υπερδιπλάσιο ποσοστό (10,7%) σε σύγκριση με τα κορίτσια (4,4%). Η συμμετοχή σε εκφοβισμό ήταν υψηλότερη μεταξύ των 13χρονων (9,6%) και 15χρονων (8,8%) συγκριτικά με τους 11χρονους (4,0%). Ποσοστό 6,4% ανέφεραν ότι έχουν υποστεί ενοχλητικά πειράγματα τουλάχιστον δύο φορές το μήνα κατά το τελευταίο δίμηνο. Σε αντίθεση με τους θύτες, όπου επικρατούν τα αγόρια, αγόρια και κορίτσια ανέφεραν ότι έχουν εκφοβιστεί σε παρόμοια ποσοστά. Ένα στα τέσσερα αγόρια (23,9%) ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου ήρθε στα χέρια με κάποιον ή κάποιους άλλους τουλάχιστον τρεις φορές. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα κορίτσια ήταν σημαντικά χαμηλότερο (8,3%) (Κοκκέβη και συν., 2015γ).

Οι μορφές εκφοβισμού που αναφέρθηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα από τους εφήβους που τον υφίστανται ήταν τα λεκτικά πειράγματα (7,8%), τα πειράγματα/χειρονομίες σεξουαλικού περιεχομένου (6,6%), η διάδοση ψεμάτων και φημών (4,9%) και ο αποκλεισμός από κοινές παρέες και δραστηριότητες. Η χρήση σωματικής βίας και άλλοι τρόποι εκφοβισμού, αναφέρθηκαν σε ποσοστά χαμηλότερα του 2,0% (Κοκκέβη και συν., 2015γ).

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Υλικό και Μέθοδος της Έρευνας

#### 3.1. Σκοπός και στόχοι

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση-διερεύνηση των στάσεων και συμπεριφορών που επηρεάζουν την υγεία των εφήβων ηλικίας 14-18 ετών του νομού Κορινθίας.

Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η ανεύρεση του επιπολασμού με τον οποίο εμφανίζονται οι διάφορες συμπεριφορές υγείας στους εφήβους.
- Η αναζήτηση των πιθανών παραγόντων που επιδρούν στην εμφάνιση εφηβικών συμπεριφορών κινδύνου (παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες).
- Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών συμπεριφορών υγείας και της πιθανής συνύπαρξής τους στον ίδιο έφηβο.
- Η σκιαγράφηση του εφηβικού προφίλ με τη μεγαλύτερη πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφορών κινδύνου.

Με βάση τους παραπάνω στόχους, μελετήθηκαν οι παρακάτω συμπεριφορές υγείας:

- α) Χρήση αλκοόλ
- β) Διαιτητικές συνήθειες
- γ) Υγιεινή
- δ) Ψυχική υγεία
- ε) Φυσική δραστηριότητα
- στ) Προστατευτικοί παράγοντες
- η) Σεξουαλική συμπεριφορά
- θ) Χρήση καπνού
- ι) Βία και ατυχήματα

Αντικειμενικός στόχος της έρευνας είναι η άντληση ποιοτικών δεδομένων για μια σαφέστερη εικόνα των συμπεριφορών που σχετίζονται με τις βασικές αιτίες νοσηρότητας και διαταραχών της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας των νέων σήμερα, αποτελώντας μείζονες συμπεριφορές κινδύνου.

### **3.2. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι μη πειραματική, περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό (cross-sectional design) Σε αυτόν τον σχεδιασμό περιλαμβάνονται η μέτρηση και περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα, οδηγώντας σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και παρέχοντας υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα. Ο επιλεγμένος τύπος της μελέτης θεωρείται κατάλληλος και πρόσφορος για τα χρονικά περιθώρια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η περιγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Μέσα από αυτήν γίνεται περιγραφή ιδεών και αναγνώριση σχέσεων που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική έρευνα και έλεγχο της θεωρίας (Burns & Grove 2001; Muijs, 2004). Ο σχεδιασμός της περιγραφικής μελέτης ή μελέτης συσχέτισης στοχεύει στην απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς που αφορούν στην επικράτηση, στην κατανομή και συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών. Μια περιγραφική μελέτη μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό.

Η συγχρονική μελέτη αναφέρεται στη συλλογή δεδομένων εντός μιας μόνο χρονικής στιγμής χωρίς την ενσωμάτωση ξεχωριστών δειγματοληψιών, παρά μόνο μίας δειγματοληψίας για όλο τον πληθυσμό (Bryman, 1992). Βασικό πλεονέκτημά της είναι, ότι είναι σχετικά οικονομική, λιγότερο χρονοβόρα και αρκετά πρακτική στο χειρισμό της, συγκριτικά με τη διαχρονική μελέτη. Θεωρείται κατάλληλη για την περιγραφή σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη χρονική στιγμή, προσδίδοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Polit & Hungler, 1991).

Η ποσοτική προσέγγιση επιλέχθηκε ως καταλληλότερη μέθοδος, εφόσον αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για να ποσοτικοποιήσει, να ελέγξει συγκεκριμένες θεωρητικές υποθέσεις και να παράγει αξιόπιστα, έγκυρα και αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα (Coolikan, 2004; Ιωαννίδη-Καπόλου, 2012). Η συλλογή πρωτογενών στοιχείων μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορες μεθόδους, με πιο διαδεδομένη αυτήν της δημοσκόπησης (Oppenheim, 1992). Οι δημοσκοπήσεις έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις, τις γνώμες, τα πιστεύω, τις προτιθέμενες και εκδηλωθείς συμπεριφορές κ.λπ. Στις μεθόδους καταγραφής/δημοσκόπησης συνήθως γίνεται χρήση ερωτήσεων, οι οποίες είναι κατάλληλα προσαρμοσμένες και αποσκοπούν στη συλλογή των κατάλληλων πληροφοριών, ενώ η κατάρτισή τους είναι τέτοια που επιτρέπει την καταγραφή αξιόπιστων δεδομένων.

Μια δημοσκόπηση με συμπλήρωση ερωτηματολογίων αποτελεί μία πηγή πληροφόρησης σχετικά με το θέμα για το οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Ο συγκεκριμένος τρόπος βοηθά τον μελετητή στην παραγωγή καλύτερων αποτελεσμάτων στην έρευνά του και στην ευκολότερη κωδικοποίηση των πληροφοριών που συλλέγει. Ένα σωστά διαρθρωμένο ερωτηματολόγιο αποσκοπεί περισσότερο στις πληροφορίες που αποτελούν τον πυρήνα της έρευνας, συντελώντας αποτελεσματικά στη δημιουργία συμπερασμάτων και γενικών δεδομένων. Πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι το χαμηλό κόστος, η αναλυτική περιγραφή και ο καλύτερος έλεγχος της ροής των πληροφοριών. Μειονεκτήματα τα οποία μπορούν να εντοπιστούν είναι ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και οι απαντήσεις, οι οποίες ενδεχομένως να μην είναι πάντα αντικειμενικές (Εμβλωτής και συν. 2006).

### **3.3. Καθορισμός του δείγματος**

Η δειγματοληψία αφορά τη διεργασία με την οποία τα υποκείμενα της μελέτης επιλέγονται από ένα μεγαλύτερο πληθυσμό. Ο καθορισμός και η επιλογή του δείγματος είναι το σημαντικότερο τμήμα σε μία εμπειρική έρευνα, αφού το δείγμα θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό, σε ικανοποιητικό βαθμό, του πληθυσμού. Οι βασικοί παράγοντες που προσδιορίζουν το βαθμό αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος είναι το μέγεθος του δείγματος και ο τρόπος επιλογής των μονάδων του (Καραγεώργος, 2002; Κυριαζή, 2002).

Το μέγεθος του δείγματος, όσο μεγαλύτερο είναι τόσο αυξάνεται και η αντιπροσωπευτικότητά του, καθώς το μέγιστο μέγεθος συμπίπτει με τον πληθυσμό. Ο καθορισμός του δείγματος θα πρέπει να γίνεται βάσει της αρχής ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διασποράς των τιμών της ιδιότητας ή των ιδιοτήτων που εξετάζονται ανάμεσα στις μονάδες του πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερο πρέπει να είναι και το μέγεθος του δείγματος που θα ληφθεί, για την εξασφάλιση ορισμένου βαθμού αξιοπιστίας στα στοιχεία που θα προκύψουν από την έρευνα (Καραγεώργος, 2002; Κυριαζή, 2002).

Πληθυσμό-στόχο της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των εφήβων ηλικίας 14-18 ετών που φοιτούν στις τάξεις Γυμνασίου και Λυκείου του νομού Κορινθίας. Ο αφετηριακός προσανατολισμός της μελέτης στόχευε να αποτυπώσει αποκλειστικά και μόνο τις στάσεις και συμπεριφορές που εκφράζουν οι ίδιοι οι έφηβοι και επηρεάζουν την υγεία τους. Η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας ή διαθεσιμότητας, καθώς το μέγεθος του πληθυσμού καθορίστηκε από την ευκολία πρόσβασης της ερευνήτριας.

Το δείγμα περιελάμβανε 120 άτομα. Αποκλείστηκαν 17 άτομα που δεν υπέγραψαν την πληροφορημένη συγκατάθεση και δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να συμμετέχουν στη μελέτη, καθώς 11 και άτομα που κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου θελήσουν να αποχωρήσουν για οποιοδήποτε λόγο. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 92 έφηβοι (ποσοστό ανταπόκρισης 76,7%) ηλικίας 14-18 ετών.

### 3.4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιεί ο Π.Ο.Υ., με την τεχνική υποστήριξη του CDC, για τη διερεύνηση σε διεθνές επίπεδο των συνηθειών μαθητών (13-17 ετών), μέσω της «Παγκόσμιας έρευνας για την υγεία των μαθητών» (Global School-based student Health Survey, GSHS).

Η έρευνα GSHS είναι ένα συνεργατικό πρόγραμμα επιτήρησης που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τις χώρες να μετρήσουν και να αξιολογήσουν τους παράγοντες συμπεριφοράς κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες σε δέκα (10) βασικούς τομείς μεταξύ των εφήβων ηλικίας 13 έως 17 ετών. Πρόκειται για μια σχετικά χαμηλού κόστους σχολική έρευνα η οποία χρησιμοποιεί ένα αυτοδιαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων και τους προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων παγκοσμίως.

Το GSHS χρησιμοποιεί μια τυποποιημένη διαδικασία επιλογής επιστημονικού δείγματος, κοινή σχολική μεθοδολογία, καθώς και βασικές ενότητες ερωτηματολογίου, βασικές ερωτήσεις και ερωτήσεις για κάθε χώρα που συνδυάζονται για να σχηματίσουν ένα αυτοδιαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μπορεί να διορθωθεί κατά τη διάρκεια μίας κανονικής περιόδου τάξης.

Οι δέκα βασικές ενότητες του ερωτηματολογίου εξετάζουν τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ μαθητών 13-17 ετών παγκοσμίως: χρήση αλκοόλ, διατροφικές συμπεριφορές, χρήση ναρκωτικών, υγιεινή, ψυχική υγεία, φυσική δραστηριότητα, προστατευτικούς παράγοντες, σεξουαλικές συμπεριφορές, χρήση καπνού, βία και ατυχήματα.

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και αποδόθηκε στα ελληνικά από δύο επαγγελματίες υγείας (έναν ιατρό και μία νοσηλεύτρια), των οποίων η μητρική τους γλώσσα ήταν η ελληνική και γνώριζαν άριστα την αγγλική γλώσσα. Στη συνέχεια η ερευνήτρια σύγκρινε τις δύο μεταφράσεις (reconciliation process), επιχειρώντας γλωσσικές βελτιώσεις ούτως ώστε να τελειοποιηθεί η απόδοση στα Ελληνικά, να επιτευχθεί η βέλτιστη εννοιολογική προσαρμογή του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα και κουλτούρα, καθώς επίσης και να αποδοθεί με τον καλύτερο

δυνατό τρόπο η ορολογία. Ακολούθησε η επαναμετάφραση από τα Ελληνικά στα Αγγλικά από δύο επαγγελματίες μεταφραστές ειδικευμένους στον τομέα υγείας, προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία της μετάφρασης. Προκειμένου να αξιολογηθεί ο βαθμός διαφοροποίησης του ερωτηματολογίου, η ερευνήτρια σύγκρινε την πρωτότυπη Αγγλική έκδοση και την αντίστοιχη επαναμεταφρασμένη, χωρίς να παρατηρηθεί μεγάλη διαφοροποίηση.

Το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκε από την ερευνήτρια και την επιστημονική σύμβουλο στη διαμόρφωση των δημογραφικών στοιχείων καθώς και στην αφαίρεση της ενότητας που αφορούσε τη χρήση ναρκωτικών. Συνοπτικά, το ελληνικό ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 58 από τις 62 ερωτήσεις του αρχικού ξένου πρωτοτύπου. Επιπλέον, στις ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία, προστέθηκαν 13 ερωτήσεις οι οποίες περιλάμβαναν διάφορα γενικά στοιχεία για τον κάθε συμμετέχοντα.

Με αφετηρία τις παραπάνω παραμέτρους, δημιουργήθηκε μια τελική κλίμακα 71 ερωτήσεων κλειστού τύπου (*Παράρτημα*), οι οποίες κατατάσσονται στις παρακάτω ενότητες:

- A. Δημογραφικά στοιχεία (16 ερωτήσεις)
- B. Χρήση αλκοόλ (6 ερωτήσεις)
- Γ. Διαιτητικές συνήθειες (7 ερωτήσεις)
- Δ. Υγιεινή (4 ερωτήσεις)
- E. Ψυχική υγεία (6 ερωτήσεις)
- ΣΤ. Φυσική δραστηριότητα (4 ερωτήσεις)
- Z. Προστατευτικοί παράγοντες (6 ερωτήσεις)
- H. Σεξουαλική συμπεριφορά (9 ερωτήσεις)
- Θ. Χρήση καπνού (6 ερωτήσεις)
- I. Βία και ατυχήματα (7 ερωτήσεις)

### 3.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Μετά την επεξεργασία των ποσοτικών δεδομένων και τον προσδιορισμό του τελικού αριθμού του δείγματος, κρίθηκε σκόπιμο να δοθεί το ερωτηματολόγιο σε πέντε εφήβους (έναν για κάθε ηλικιακή ομάδα), προκειμένου να εξεταστεί το φαινόμενο πιθανών δυσνόητων και ασαφών ερωτήσεων, καθώς επίσης και να εκτιμηθεί προσεγγιστικά ο χρόνος συμπλήρωσής του. Στη συνέχεια ξεκίνησε η διαδικασία διανομής, συλλογής και επεξεργασίας των δεδομένων, με την χορήγηση των ερωτηματολογίων.

Για την ευκολότερη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων, καταστρώθηκε ένα πλάνο διανομής αυτών. Με δεδομένο το αυστηρό και περιορισμένο χρονικό περιθώριο εκπόνησης της μελέτης, κρίθηκε σκόπιμο και αποφασίστηκε, τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από τους εφήβους σε εξωτερικό χώρο κατά τη διάρκεια ενός συνηθισμένου περιπάτου τους, σε ώρες εκτός σχολείου.

Σε κάθε περίπτωση το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από μια επιστολή στην οποία διευκρινίζονταν ο σκοπός της έρευνας, καθώς και ο φορέας στα πλαίσια του οποίου λάμβανε χώρα αυτή η έρευνα. Η βασική ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσει τα δικαιώματά τους, τόνιζε εκ των προτέρων στη συνοδευτική ενημερωτική επιστολή του ερωτηματολογίου, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, καθώς και την εθελοντική φύση της μελέτης με ευγενή διάθεση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ο οποίος κυμαίνονταν στα 10 περίπου λεπτά. Υπήρχε σαφής ενημέρωση πως τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς και δεν θα χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε αλλού ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Επίσης, για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων ακολουθήθηκε η χρήση ξεχωριστού φακέλου για τον κάθε ερωτώμενο, στον οποίο παρουσία του το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο σφραγιζόταν.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και χωρίς διαμεσολάβηση οποιουδήποτε άλλου συνδέσμου. Σε καθημερινή βάση η ερευνήτρια προσδιόριζε το υπό έρευνα δείγμα και συνέλλεξε στοιχεία από τους ερωτώμενους εφήβους. Κάθε ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε σε έντυπη μορφή, ενώ η ερευνήτρια βρισκόταν στο χώρο προκειμένου να μπορέσει να λύσει τυχόν απορίες των εφήβων. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε τρεις μήνες, από

τον Δεκέμβριο του 2017 έως και τον Φεβρουάριο του 2018. Στη συνέχεια, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

### **3.5. Στατιστική ανάλυση**

Η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με περιγραφική στατιστική και με διασταυρωμένη πινακοποίηση (crosstabs), χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0 (SPSS, Inc, Chicago, Illinois). Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για το σκοπό αυτό (Babbie et al., 2003; Μακράκης, 2005).

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών (συνεχείς ή διακριτές), εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), διάμεσου (median) και μέσης τιμής (mode), μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης ( $\sigma$ ), τυπικού σφάλματος (stddev) και χρησιμοποιήθηκαν ιστογράμματα. Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών (διάταξης ή ονομαστικές), χρησιμοποιήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων με χρήση απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων, ραβδογράμματα ή κυκλικά διαγράμματα.

Η διασταυρωμένη ή συνδυαστική πινακοποίηση είναι ουσιαστικά η κατασκευή ενός πίνακα διπλής εισόδου προκειμένου να μπορεί να εξεταστεί με ποιο τρόπο απάντησαν σε κάποιες άλλες μεταβλητές οι ερωτώμενοι που απάντησαν κάποια συγκεκριμένη κατηγορία σε μια μεταβλητή. Η ύπαρξη ή όχι στατιστικά σημαντικής σχέσης προσδιορίζεται με το Chi Square Test ( $X^2$ ). Η τιμή του  $X^2$  δείχνει κατά πόσο οι διαφορές που παρατηρούνται είναι πραγματικές ή οφείλονται στην τυχαία διακύμανση των τιμών. Ο προσδιορισμός του αν οι διαφορές που παρατηρούνται στις συχνότητες των κυψελών είναι πραγματικές και δεν οφείλονται στην τύχη, δηλαδή αν υπάρχει σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών, γίνεται με τον υπολογισμό της τιμής του  $X^2$ . Τιμές μικρότερες του  $\alpha=5\%$  θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές, υποδηλώνοντας την ύπαρξη εξάρτησης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Αντίθετα τιμές μεγαλύτερες του  $\alpha=5\%$  θεωρούνται στατιστικώς μη σημαντικές, υποδηλώνοντας ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών του πίνακα και επομένως οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη.



Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το t στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent-Samples T-test), για να ελεγχθεί αν οι μέσοι για κάθε επίπεδο της κατηγορίας είναι ίσοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA (One-way Anova Test). Σε κάθε περίπτωση, το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p < 0.05$ .

Σε κάθε περίπτωση ο έλεγχος T-test εξάγεται για την περίπτωση που οι διακυμάνσεις είναι ίσες και σε περίπτωση που διακυμάνσεις είναι άνισες. Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που οι μέσοι φαίνεται να ίσοι, τα p-values (sig.) είναι μεγαλύτερα από το 0.05. Στον έλεγχο ANOVA, όσα από τα ζεύγη έχουν  $p > 0.05$  σημαίνει ότι οι μέσοι των επιπέδων της κατηγορίας ανά δύο είναι ίσοι.

Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές ( $r > 0$ ) και αρνητικές ( $r < 0$ ) γραμμικές συσχετίσεις. Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από  $(r) = 0.1-0.3$ , μέτριες όταν κυμαίνεται από  $(r) = 0.31-0.5$  και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από  $(r) = 0.5$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

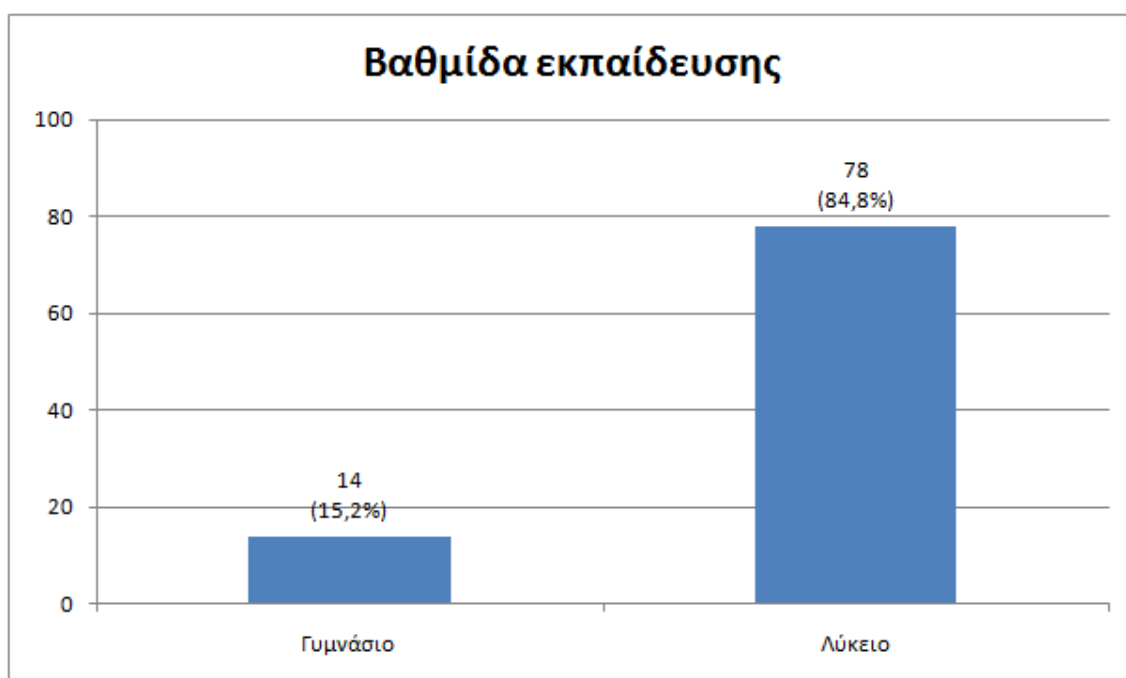
### Αποτελέσματα Έρευνας

#### 4.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Το συνολικό δείγμα της μελέτης απαριθμούσε 92 άτομα. Αναφορικά με την κατανομή του φύλου, τα αγόρια ήταν 48 (52,2%) και τα κορίτσια 44 (47,8%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων εφήβων ήταν  $16,59 \pm 1,16$  έτη, με τους περισσότερους να είναι 17 χρονών (45,7%). Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων δήλωσαν χώρα καταγωγής την Ελλάδα (95,7%), ενώ το υπόλοιπο 4,3% του δείγματος δήλωσαν χώρα καταγωγής διαφορετική της Ελλάδας και ορίστηκαν ως αλλοδαποί έφηβοι. Οι περισσότεροι έφηβοι κατοικούσαν σε πόλεις (63%), ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας χωριά (21,7%) και προάστια (15,2%).

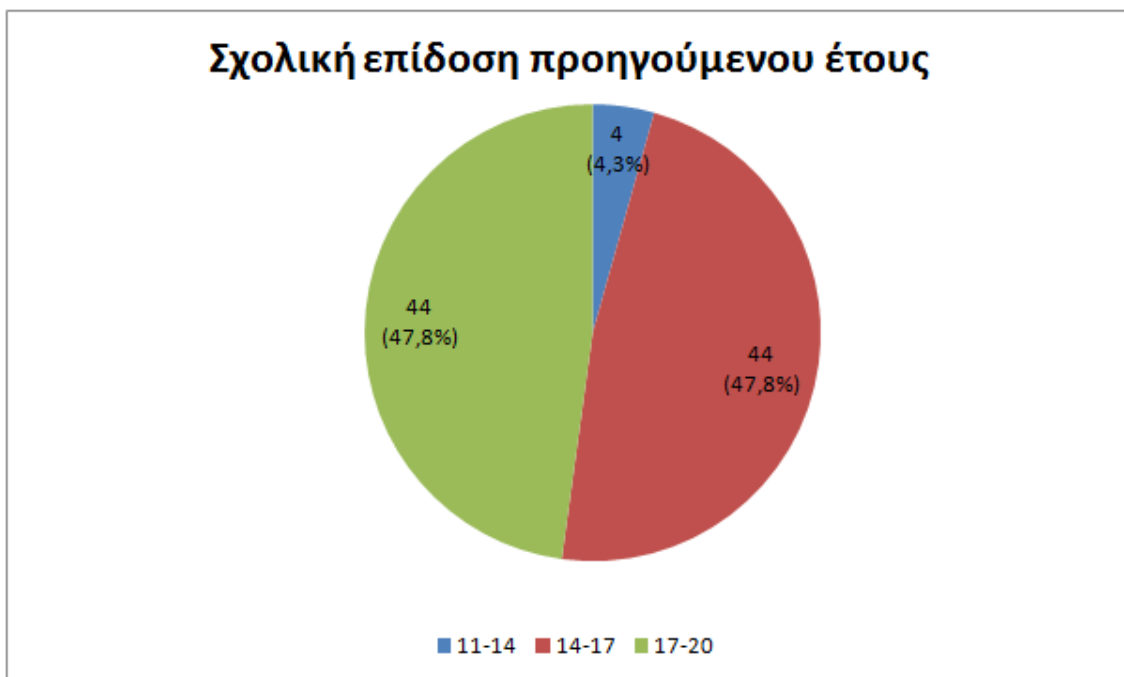
##### 4.1.1. Βαθμίδα εκπαίδευσης και σχολική επίδοση

Όσον αφορά την κατανομή των εφήβων στην βαθμίδα εκπαίδευσης, οι 78 έφηβοι ήταν μαθητές Λυκείου (84,8%), ενώ οι υπόλοιποι 14 μαθητές Γυμνασίου (15,2%).



Γράφημα 1: Κατανομή εφήβων του δείγματος κατά βαθμίδα εκπαίδευσης

Η σχολική επίδοση των εφήβων το προηγούμενο έτος κυμάνθηκε από 14-17 (47,8%) και 17-20 (47,8%) αντίστοιχα, ενώ μόλις 4 μαθητές είχαν βαθμούς από 11-14 (4,3%). Δεν παρατηρήθηκε καμία σχολική επίδοση κάτω από τη βάση (<10).



Γράφημα 2: Κατανομή εφήβων του δείγματος κατά βαθμίδα εκπαίδευσης

#### 4.1.2. Οικογενειακή κατάσταση

Για την εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος, οι έφηβοι ρωτήθηκαν σχετικά με τα ενήλικα άτομα που μένουν μόνιμα κάτω από την ίδια στέγη, για τον αριθμό των αδελφών τους, καθώς και τον αριθμό του παιδιού της οικογένειας που αντιπροσωπεύουν (από χρονολογικής σειράς). Επίσης ρωτήθηκαν να αξιολογήσουν την επικοινωνία τόσο με τους γονείς τους όσο και μεταξύ των γονέων τους, σε μια κλίμακα από πολύ καλή έως κακή.

##### *Δομή οικογένειας*

Οκτώ στους δέκα εφήβους (80,4%) ζουν και με τους δύο βιολογικούς γονείς, ποσοστό 15,2% ανέφεραν ότι ζουν σε μονογονεϊκή οικογένεια (μόνο μητέρα), ενώ οι υπόλοιποι ζουν με τον παππού ή/και τη γιαγιά (2,2%) και άλλους συγγενείς (2,2%).

Ποσοστό 58,7% των εφήβων απάντησαν ότι έχουν έναν αδελφό/αδελφή, 19,6% έχουν δύο αδέρφια, 8,7% τρία αδέρφια, ενώ οι υπόλοιποι έχουν περισσότερα από τρία αδέρφια (6,5%) ή κανένα (6,5%).

Περισσότεροι από τους μισούς εφήβους (52,2%) απάντησαν ότι είναι το δεύτερο παιδί της οικογένειας. Στους υπόλοιπους, το 32,6% ανέφεραν ότι είναι το πρώτο παιδί της οικογένειας, ένας στους δέκα (10,9%) απάντησε ότι είναι το τρίτο παιδί, ενώ το 4,3% απάντησαν ότι είναι μετά το τρίτο παιδί της οικογένειας.

#### *Οικογενειακές σχέσεις και επικοινωνία*

Οι έφηβοι απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με το πώς χαρακτηρίζουν την επικοινωνία με τους γονείς τους αλλά και μεταξύ των γονέων τους. Για την πλειονότητα των εφήβων (95,7%), η επικοινωνία με τους γονείς τους ήταν από καλές (50%) έως πολύ καλές (45,7%). Αντίστοιχα, οι περισσότεροι έφηβοι (78,3%) χαρακτήρισαν την επικοινωνία μεταξύ των γονέων τους από καλή (28,3%) έως πολύ καλή (50%). Ποσοστό μόλις 4,4% των εφήβων ανέφεραν ότι η επικοινωνία με τους γονείς τους ήταν από όχι και τόσο καλή (2,2%) έως κακή (2,2%), ενώ υψηλότερο ποσοστό (19,6%) εφήβων ανέφεραν ότι η επικοινωνία μεταξύ των γονέων τους ήταν από όχι και τόσο καλή (8,7%) έως κακή (10,9%).

#### **4.1.3. Κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο**

Για την εκτίμηση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου των εφήβων χρησιμοποιήθηκε ο τομέας εργασίας των γονέων τους, το μορφωτικό τους επίπεδο και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Δημιουργήθηκαν πέντε κατηγορίες για τον τομέα εργασίας του πατέρα (δημόσιο, ιδιώτης, άνεργος, συνταξιούχος, άλλο) και έξι κατηγορίες για τον τομέα εργασίας της μητέρας, με την προσθήκη των οικιακών σε αυτές. Για το μορφωτικό επίπεδο των γονέων δημιουργήθηκαν έξι κατηγορίες: καθόλου σχολείο, δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, τεχνική σχολή, πανεπιστημιακή μόρφωση. Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας διερευνήθηκε με ερώτηση που ζητούσε από τους εφήβους να την αξιολογήσουν σε μια κλίμακα από πολύ καλή έως κακή.

#### *Τομέας εργασίας πατέρα*

- 12 έφηβοι (13%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους εργάζεται στο δημόσιο τομέα
- 48 έφηβοι (52,2%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα
- 4 έφηβοι (4,3%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους είναι άνεργος
- 6 έφηβοι (6,5%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους είναι συνταξιούχος
- 22 έφηβοι (23,9%) απάντησαν κάτι άλλο χωρίς να το προσδιορίσουν

#### *Τομέας εργασίας μητέρας*

- 14 έφηβοι (15,2%) απάντησαν ότι η μητέρα τους εργάζεται στο δημόσιο τομέα
- 36 έφηβοι (39,1%) απάντησαν ότι η μητέρα τους εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα
- 4 έφηβοι (4,3%) απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι άνεργη
- 2 έφηβοι (2,2%) απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι συνταξιούχος
- 22 έφηβοι (23,9%) απάντησαν ότι η μητέρα τους ασχολείται με τα οικιακά
- 14 έφηβοι (15,2%) απάντησαν κάτι άλλο χωρίς να το προσδιορίσουν

#### *Μορφωτικό επίπεδο πατέρα*

- 4 έφηβοι (4,3%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει εκπαίδευση δημοτικού
- 16 έφηβοι (17,4%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει εκπαίδευση γυμνασίου
- 36 έφηβοι (39,1%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει εκπαίδευση λυκείου
- 18 έφηβοι (19,6%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει εκπαίδευση τεχνικής σχολής
- 18 έφηβοι (19,6%) απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει πανεπιστημιακή μόρφωση

#### *Μορφωτικό επίπεδο μητέρας*

- 10 έφηβοι (10,9%) απάντησαν ότι η μητέρα τους έχει εκπαίδευση γυμνασίου
- 46 έφηβοι (50%) απάντησαν ότι η μητέρα τους έχει εκπαίδευση λυκείου
- 4 έφηβοι (4,3%) απάντησαν ότι η μητέρα τους έχει εκπαίδευση τεχνικής σχολής
- 32 έφηβοι (34,8%) απάντησαν ότι η μητέρα τους έχει πανεπιστημιακή μόρφωση

### Οικονομική κατάσταση οικογένειας

Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας διερευνήθηκε με ερώτηση που ζητούσε από τους εφήβους να την αξιολογήσουν σε μια κλίμακα από πολύ καλή έως κακή. Τρεις στους τέσσερις εφήβους (76,1%) χαρακτήρισαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς τους από καλή (65,2%) έως πολύ καλή (10,9%). Για τους υπόλοιπους (23,9%), η οικονομική κατάσταση χαρακτηρίστηκε από όχι και τόσο καλή (10,9%) έως κακή (2,2%), ενώ ένας στους δέκα εφήβους ανέφερε πως δεν γνωρίζει/δεν απάντησε (10,9%).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνολικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης.

**Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=92)**

Χαρακτηριστικά		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Αγόρι	48	52,2
	Κορίτσι	44	47,8
Ηλικία (έτη)	14	8	8,7
	15	8	8,7
	16	16	17,4
	17	42	45,7
	18	18	19,6
Χώρα καταγωγής	Ελλάδα	88	95,7
	Άλλη	4	4,3
Περιοχή μόνιμης κατοικίας	Πόλη	58	63,0
	Προάστιο	14	15,2
	Χωριό	20	21,7
Βαθμίδα εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	14	15,2
	Λύκειο	78	84,8
Σχολική επίδοση προηγούμενου έτους	11-14	4	4,3
	14-17	44	47,8
	17-20	44	47,8
Διαμονή στο σπίτι	Με δύο γονείς	74	80,4
	Με μητέρα μόνη	14	15,2
	Με παππού/γιαγιά	2	2,2
	Με άλλους συγγενείς	2	2,2

<b>Χαρακτηριστικά</b>		<b>Συχνότητα (n)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Αριθμός αδελφών</b>	Κανένα	6	6,5
	Ένα	54	58,7
	Δύο	18	19,6
	Τρία	8	8,7
	Περισσότερα	6	6,5
<b>Χρονολογική σειρά παιδιού</b>	Πρώτο	30	32,6
	Δεύτερο	48	52,2
	Τρίτο	10	10,9
	Άλλο παιδί της οικογένειας	4	4,3
<b>Τομέας εργασίας πατέρα</b>	Δημόσιο	12	13,0
	Ιδιώτης	48	52,2
	Άνεργος	4	4,3
	Συνταξιούχος	6	6,5
	Άλλο	22	23,9
<b>Τομέας εργασίας μητέρας</b>	Δημόσιο	14	15,2
	Ιδιώτης	36	39,1
	Άνεργος	4	4,3
	Συνταξιούχος	2	2,2
	Οικιακά	22	23,9
	Άλλο	14	15,2
<b>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</b>	Δημοτικό	4	4,3
	Γυμνάσιο	16	17,4
	Λύκειο	36	39,1
	Τεχνική Σχολή	18	19,6
	Πανεπιστημιακή μόρφωση	18	19,6
<b>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</b>	Γυμνάσιο	10	10,9
	Λύκειο	46	50,0
	Τεχνική Σχολή	4	4,3
	Πανεπιστημιακή μόρφωση	32	34,8
<b>Επικοινωνία εφήβου με γονείς</b>	Πολύ καλή	42	45,7
	Καλή	46	50,0
	Όχι και τόσο καλή	2	2,2
	Κακή	2	2,2

Χαρακτηριστικά		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Επικοινωνία μεταξύ των γονέων	Πολύ καλή	46	50,0
	Καλή	26	28,3
	Όχι και τόσο καλή	8	8,7
	Κακή	10	10,9
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	2	2,2
Οικονομική κατάσταση οικογένειας	Πολύ καλή	10	10,9
	Καλή	60	65,2
	Όχι και τόσο καλή	10	10,9
	Κακή	2	2,2
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	10	10,9

## 4.2. Επιπολασμός εφηβικών συμπεριφορών υγείας και διερεύνηση κατά φύλο και ηλικία

### 4.2.1. Χρήση αλκοόλ

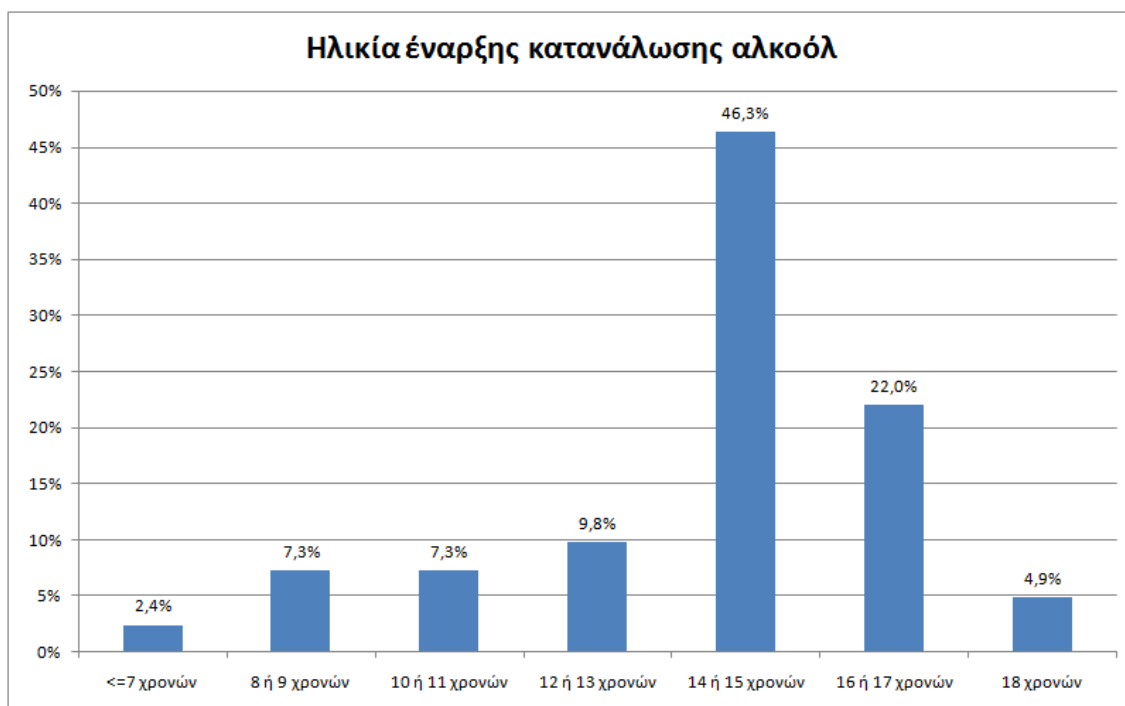
Η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους διερευνήθηκε ως προς την ηλικία έναρξης, τη συχνότητα, την ποσότητα κατανάλωσης, την προμήθεια του αλκοόλ, τη συχνότητα μέθης, καθώς και τη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων από την κατανάλωση αλκοόλ.

Ένας στους δέκα εφήβους (10,9%) ανέφεραν ότι δεν έχουν πει ποτέ αλκοόλ εκτός από κάποιες γουλιές. Σχεδόν τρεις στους τέσσερις εφήβους (73,1%) που είχαν δοκιμάσει να πιουν ένα αλκοολούχο ποτό (εκτός από λίγες γουλιές) απάντησαν ότι είχαν ξεκινήσει τη συμπεριφορά αυτή έως την ηλικία των 15 χρονών (Πίνακας 2 και Γράφημα 3). Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης αλκοόλ για τα αγόρια ήταν τα 13,5 έτη και για τα κορίτσια τα 14,5 έτη ( $p < 0.001$ ).



**Πίνακας 2: Κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών**

Ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοόλ	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
<=7 χρονών	2	2,4	2,4
8 ή 9 χρονών	6	7,3	9,7
10 ή 11 χρονών	6	7,3	17,0
12 ή 13 χρονών	8	9,8	26,8
14 ή 15 χρονών	38	46,3	73,1
16 ή 17 χρονών	18	22,0	95,1
18 χρονών	4	4,9	100,0
Σύνολο	82	100,0	



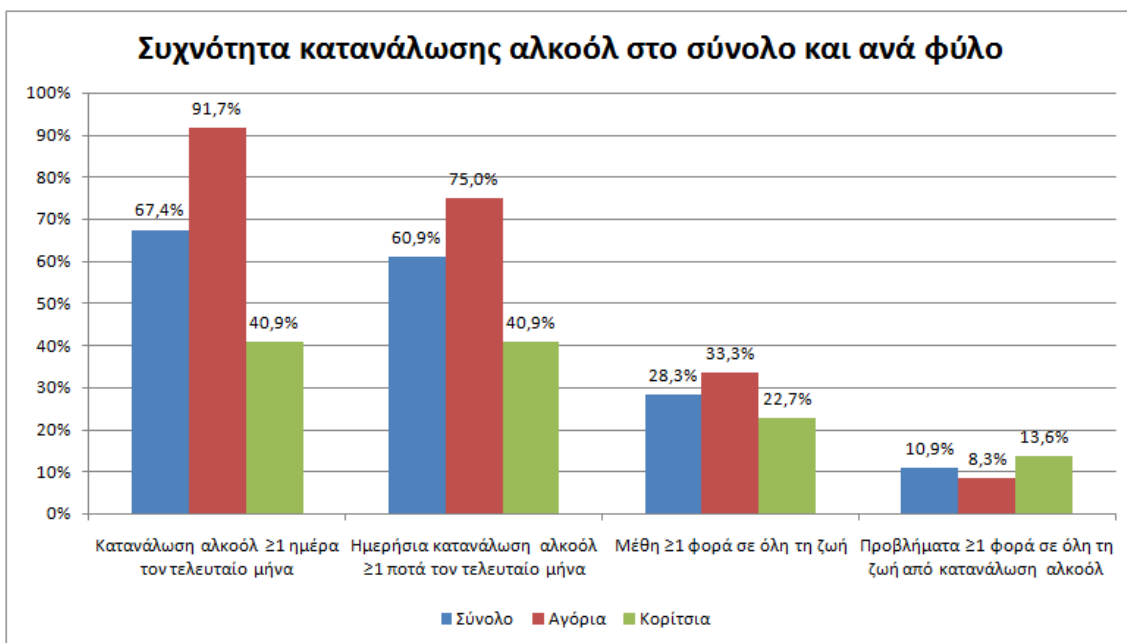
**Γράφημα 3: Κατανομή των εφήβων του δείγματος που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την ηλικία έναρξης κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών**

Το 67,4% των εφήβων δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ήπιαν τουλάχιστον ένα ποτό που περιείχε αλκοόλ την ημέρα, ενώ το 39,2,% ανέφερε κατανάλωση παραπάνω από 1 ποτό την ημέρα, τις ημέρες που ήπια αλκοόλ. Το 28,3% των εφήβων ανέφεραν ότι είχαν τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης στη ζωή τους, ενώ ένας στους δέκα εφήβους (10,9%) ανέφερε ότι είχε προβλήματα με την οικογένειά του ή τους φίλους του, απουσίασε από το σχολείο ή έμπλεξε σε τσακωμούς, ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης αλκοόλ (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ**

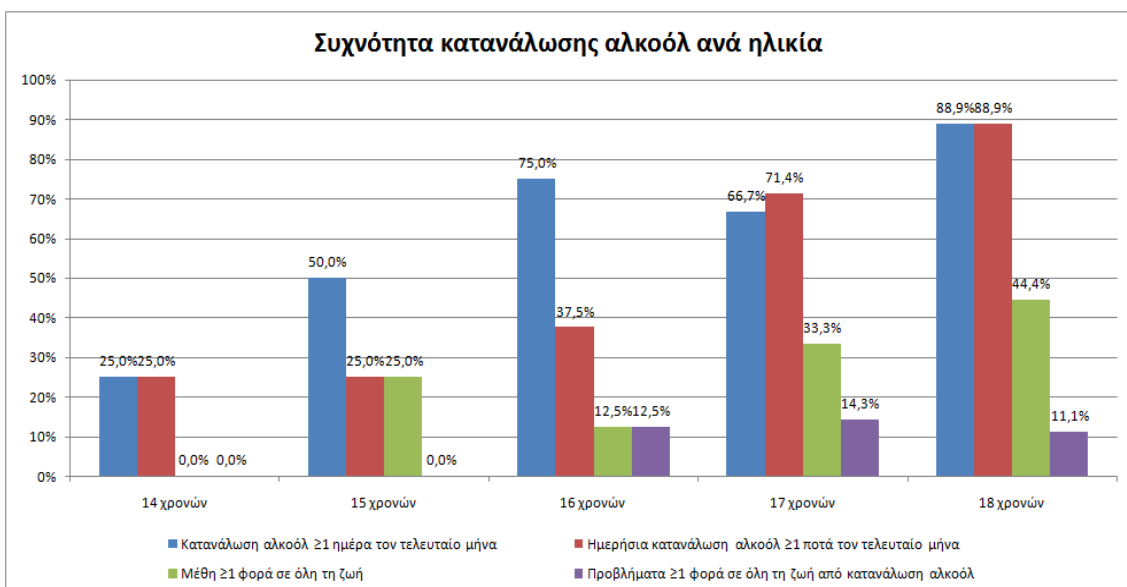
Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Συχνότητα κατανάλωσης τουλάχιστον ενός αλκοολούχου ποτού τον τελευταίο μήνα	Καμία ημέρα	30	32,6
	1 ή 2 ημέρες	24	26,1
	3-5 ημέρες	32	34,8
	6-9 ημέρες	6	6,5
Συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ τον τελευταίο μήνα	Καμία φορά	24	26,1
	<1 ποτό	12	13,0
	1 ποτό	20	21,7
	2 ποτά	20	21,7
	3 ποτά	8	8,7
	4 ποτά	2	2,2
	>=5 ποτά	6	6,5
Συχνότητα περιστατικού μέθης έως και σήμερα	Καμία φορά	66	71,7
	1 ή 2 φορές	18	19,6
	3-9 φορές	8	8,7
Συχνότητα προβλημάτων ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης αλκοόλ	Καμία φορά	82	89,1
	1 ή 2 φορές	4	4,3
	3-9 φορές	6	6,5

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές στην κατανάλωση αλκοόλ και στη μέθη, με βάση το φύλο. Συγκεκριμένα, τα αγόρια ανέφεραν σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια κατανάλωση αλκοόλ ( $p=0,001$ ) και μέθη ( $p=0,017$ ), με εξαίρεση τα προβλήματα από την κατανάλωση, όπου ανέφεραν σε παρόμοια ποσοστά ( $p>0,05$ ) (Γράφημα 4).



**Γράφημα 4: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας κατανάλωσης αλκοόλ στο σύνολο και ανά φύλο**

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές στην κατανάλωση αλκοόλ με βάση την ηλικία. Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ και μέθης. Συγκεκριμένα, οι 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ (88,9%) και μέθης (44,4%), με εξαίρεση τα προβλήματα από την κατανάλωση, όπου ανέφεραν σε παρόμοια ποσοστά με τους 16χρονους και τους 17χρονους ( $p>0,05$ ) (Γράφημα 5).



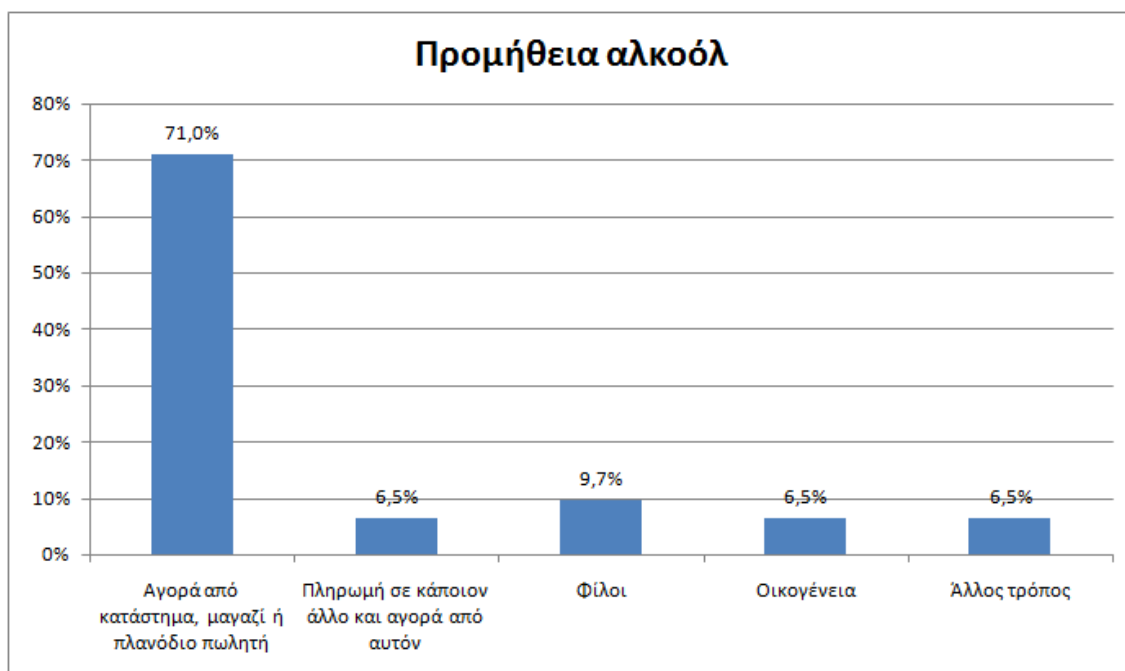
**Γράφημα 5: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας κατανάλωσης αλκοόλ ανά ηλικία**

Το 71% των εφήβων που κατανάλωσαν αλκοόλ κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα δήλωσαν ότι το προμηθεύτηκαν από ένα κατάστημα, μαγαζί ή από πλανόδιο πωλητή (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4: Κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την προμήθεια αλκοόλ τον τελευταίο μήνα**

Προμήθεια αλκοόλ	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Αγορά από κατάστημα, μαγαζί ή πλανόδιο πωλητή	44	71,0
Πληρωμή σε κάποιον άλλο και αγορά από αυτόν	4	6,5
Φίλοι	6	9,7
Οικογένεια	4	6,5
Άλλος τρόπος	4	6,5
Σύνολο	62	100,0

Στο *Γράφημα 6* απεικονίζεται η κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την προμήθεια αλκοόλ τον τελευταίο μήνα.



**Γράφημα 6: Κατανομή των εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ σύμφωνα με την προμήθεια αλκοόλ τον τελευταίο μήνα**

#### 4.2.2. Διαιτητικές συνήθειες

##### *Δείκτης Μάζας Σώματος*

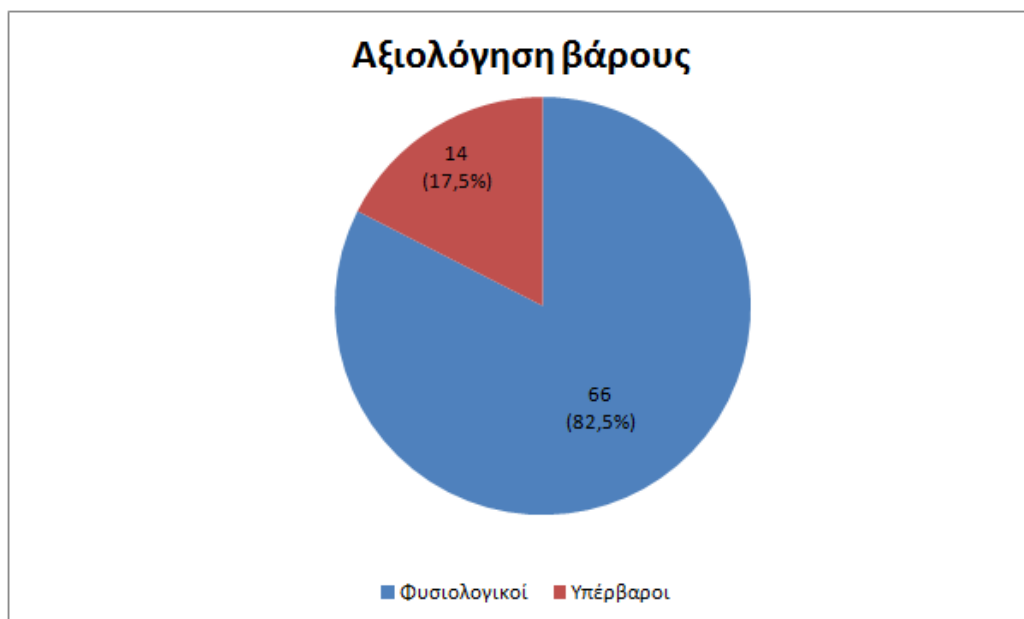
Ζητήθηκε από τους εφήβους να προσδιορίσουν το ύψος και το βάρος τους. Οι μέσες τιμές του δείγματος των εφήβων ήταν ύψος  $173,98 \pm 10,53$  cm και σωματικό βάρος  $67,90 \pm 14,33$  kg.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) χρησιμοποιήθηκε ως ιατρική ένδειξη για τον υπολογισμό του βαθμού παχυσαρκίας των συμμετεχόντων εφήβων. Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε διαιρώντας το βάρος του σώματος σε kg με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα. Με βάση τις τιμές που καταγράφηκαν, ο ΔΜΣ κατηγοριοποιήθηκε σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα (Cole & Lobstein, 2012) για να προκύψουν οι αντίστοιχες κατηγορίες βάρους, λαμβάνοντας υπόψη το φύλο και την ηλικιακή κατηγορία των εφήβων. Έτσι για ΔΜΣ μέχρι 18,5 οι έφηβοι χαρακτηρίστηκαν λιποβαρείς, για ΔΜΣ από 18.5 έως 25 φυσιολογικοί, για ΔΜΣ από 25.1 έως 30 υπέρβαροι, ενώ για ΔΜΣ μεγαλύτερο από 30 παχύσαρκοι (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5: Δείκτης Μάζας Σώματος**

Δείκτης Μάζας Σώματος	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Φυσιολογικοί	66	82,5
Υπέρβαροι	14	17,5
Σύνολο	80	100

Οι τέσσερις στους πέντε εφήβους (82,5%) είχαν κανονικό (φυσιολογικό) βάρος για την ηλικία και το φύλο τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν παρατηρήθηκαν τιμές που να αντιστοιχούν σε λιποβαρείς και παχύσαρκους εφήβους (Γράφημα 7).



**Γράφημα 7: Χαρακτηρισμός βάρους του δείγματος**

Σχεδόν ένας στους πέντε εφήβους (17,5%) ήταν υπέρβαρος, δηλαδή είχε βάρος άνω του κανονικού (αναλογία αγόρια προς κορίτσια 5:1), αλλά όχι παχύσαρκος. Συγκεκριμένα, το ποσοστό του υπέρβαρου ήταν 28,6% για τα αγόρια και μόλις 5,3% για τα κορίτσια. Δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και της ηλικίας αναφορικά με το ποσοστό του υπερβάλλοντος βάρους συνολικά ( $p>0,005$ ).

**Πίνακας 6: Κατανομή εφήβων ανάλογα με τον ΔΜΣ ανά φύλο και ηλικία (N, %)**

Φύλο	Ηλικία	Φυσιολογικό	Υπέρβαρο	Σύνολο
Αγόρι	14 χρονών	0 (0,0)	2 (100,0)	2
	15 χρονών	0 (0,0)	2 (100,0)	2
	16 χρονών	2 (100,0)	0 (0,0)	2
	17 χρονών	18 (69,2)	8 (30,8)	26
	18 χρονών	10 (100,0)	0 (0,0)	10
	Σύνολο	<b>30 (71,4)</b>	<b>12 (28,6)</b>	<b>42</b>
Κορίτσι	14 χρονών	6 (100,0)	0 (0,0)	6
	15 χρονών	6 (100,0)	0 (0,0)	6
	16 χρονών	8 (100,0)	0 (0,0)	8
	17 χρονών	10 (83,3)	2 (16,7)	12
	18 χρονών	6 (100,0)	0 (0,0)	6
	Σύνολο	<b>36 (94,7)</b>	<b>2 (5,3)</b>	<b>38</b>
Σύνολο		<b>66 (82,5)</b>	<b>14 (17,5)</b>	<b>80</b>

Σχεδόν ένας στους πέντε εφήβους (17,4%) ανέφεραν πως κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ένοιωσαν κάποιες έως τις περισσότερες φορές πεινασμένοι επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό στο σπίτι τους (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7: Συχνότητα αίσθησης πείνας τον τελευταίο μήνα**

Αίσθηση πείνας λόγω έλλειψης φαγητού στο σπίτι τον τελευταίο μήνα	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Ποτέ	58	63,0
Σπάνια	18	19,6
Κάποιες φορές	14	15,2
Τις περισσότερες φορές	2	2,2
Σύνολο	92	100,0

#### *Ποιότητα διατροφής*

Η ποιότητα διατροφής των εφήβων διερευνήθηκε ως προς την κατανάλωση διαφορετικής διατροφικής ποιότητας τροφίμων. Συγκεκριμένα, οι έφηβοι ρωτήθηκαν πόσες φορές τον τελευταίο μήνα έχουν φάει φρούτα, λαχανικά, καθώς και πόσες φορές καταναλώνουν ανθρακούχα αναψυκτικά που περιέχουν ζάχαρη. Επιπλέον ρωτήθηκαν για την ημερήσια συχνότητα κατανάλωσης fast food την τελευταία εβδομάδα.

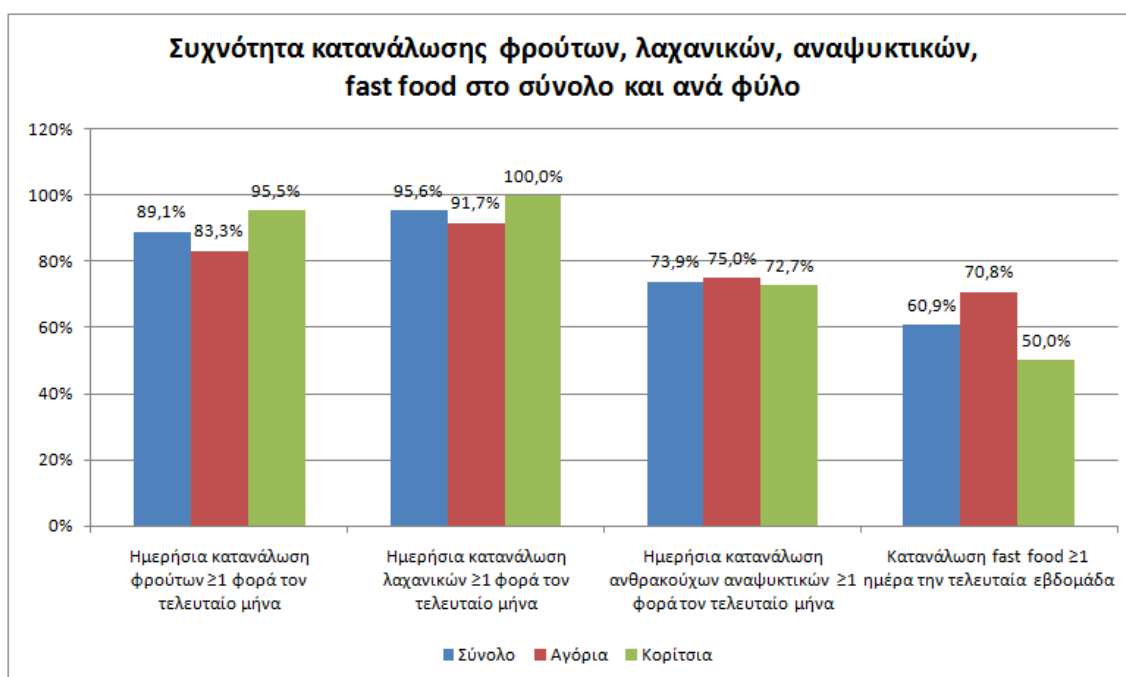
Σχεδόν εννιά στους δέκα εφήβους (89,1%) δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα έφαγαν τουλάχιστον μία φορά φρούτα την ημέρα, ενώ το 95,6% ανέφερε ότι έχει φάει λαχανικά τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Από την άλλη, υψηλό ποσοστό εφήβων (73,9%) ανέφερε ότι πίνει ανθρακούχα αναψυκτικά τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, ενώ τρεις στους πέντε εφήβους (60,9%) ανέφεραν κατανάλωση fast food σε εστιατόριο τουλάχιστον μία ημέρα την εβδομάδα (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με διατροφικές συνήθειες**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης φρούτων τον τελευταίο μήνα	<1 φορά	10	10,9
	1 φορά	20	21,7
	2 φορές	10	10,9
	3 φορές	12	13,0
	4 φορές	6	6,5
	>=5 φορές	34	37,0
Συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης λαχανικών τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	2	2,2
	<1 φορά	2	2,2
	1 φορά	22	23,9
	2 φορές	10	10,9
	3 φορές	12	13,0
	4 φορές	8	8,7
	>=5 φορές	36	39,1
Συχνότητα ημερήσιας κατανάλωσης ανθρακούχων αναψυκτικών τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	18	19,6
	<1 φορά	6	6,5
	1 φορά	16	17,4
	2 φορές	20	21,7
	3 φορές	10	10,9
	4 φορές	10	10,9
	>=5 φορές	12	13,0
Συχνότητα κατανάλωσης fast food την τελευταία εβδομάδα	Καμία	36	39,1
	1 ημέρα	18	19,6
	2 ημέρες	20	21,7
	3 ημέρες	10	10,9
	4 ημέρες	4	4,3
	5 ημέρες	2	2,2
	7 ημέρες	2	2,2



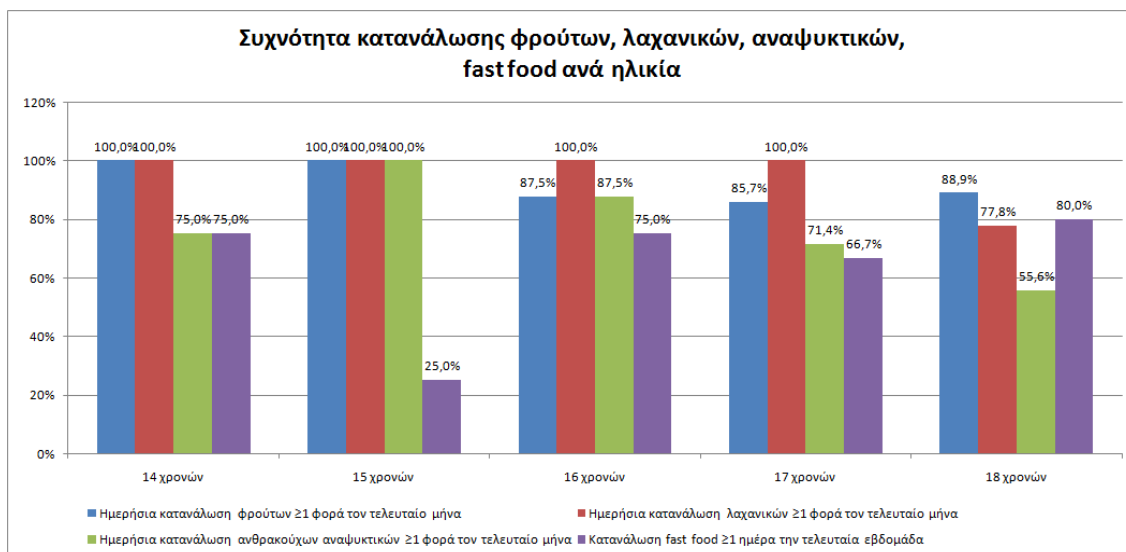
Η πλειονότητα των εφήβων τρώει τόσο φρούτα όσο και λαχανικά σε καθημερινή βάση, σε υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια (95,5% και 100%) συγκριτικά με τα αγόρια (83,3% και 91,7%). Αγόρια και κορίτσια δηλώνουν παρόμοια ποσοστά (75% και 72,7% αντίστοιχα) όσον αφορά την κατανάλωση αναψυκτικών, ενώ τα αγόρια αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης fast food (70,8%) σε σχέση με τα κορίτσια (50%) (Γράφημα 8). Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, με εξαίρεση την κατανάλωση φρούτων ( $p=0,015$ ).



**Γράφημα 8: Κατανομή συχνότητας διατροφικών συνηθειών στο σύνολο και ανά φύλο**

Μεγαλώνοντας οι έφηβοι κάνουν λιγότερο υγιεινές επιλογές στη διατροφή τους. Έτσι, αν και στην ηλικία των 14-15 ετών όλοι οι έφηβοι (100%) αναφέρουν κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθημερινά, από την ηλικία των 16 ετών τα ποσοστά κατανάλωσης φρούτων μειώνονται (87,5%) ενώ και η κατανάλωση λαχανικών παρουσιάζει αισθητή μείωση στην ηλικία των 18 χρονών (77,8%).

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση λαχανικών και αναψυκτικών με βάση την ηλικία ( $p<0,05$ ). Αντίθετα, δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση φρούτων και fast food ( $p>0,05$ ). Τα ποσοστά των εφήβων που καταναλώνουν φρούτα σε καθημερινή βάση είναι ιδιαίτερα υψηλά, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά εβδομαδιαίας κατανάλωσης fast food αναφέρουν οι 18χρονοι έφηβοι (80%). (Γράφημα 9).



**Γράφημα 9: Κατανομή συχνότητας διατροφικών συνηθειών ανά ηλικία**

#### 4.2.3. Υγιεινή

Η υγιεινή των εφήβων διερευνήθηκε μέσα από συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως ο καθαρισμός ή βούρτσισμα των δοντιών και το πλύσιμο των χεριών τους.

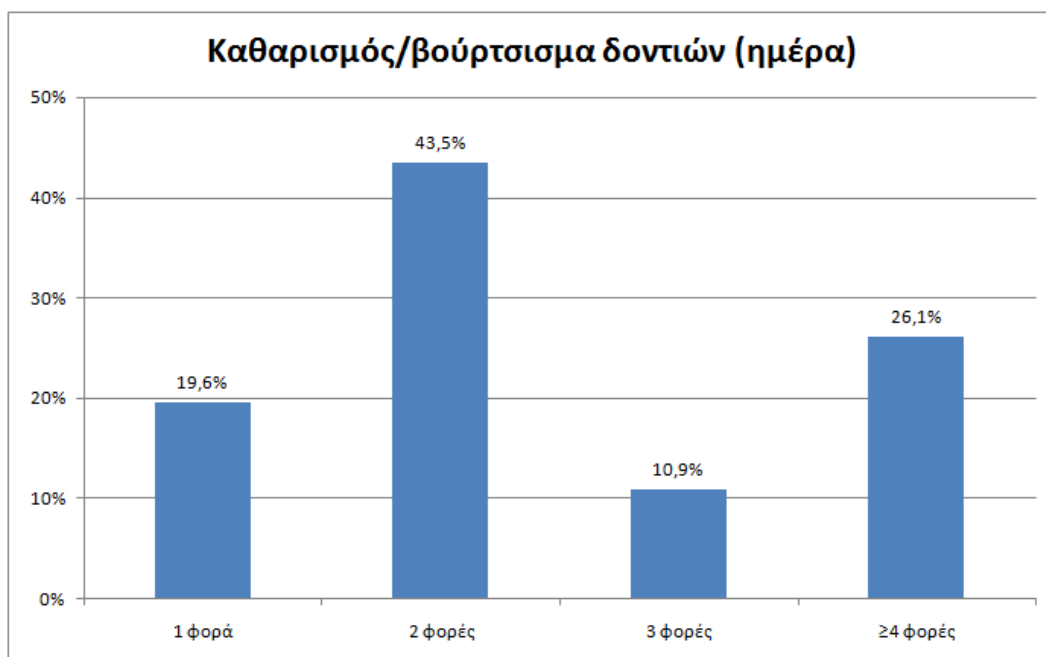
##### *Βούρτσισμα δοντιών*

Οι έφηβοι ρωτήθηκαν για το πόσο συχνά καθαρίζουν ή βουρτσίζουν τα δόντια τους. Τέσσερις στους πέντε εφήβους (81,4%) απαντούν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα βουρτσίζουν τα δόντια τους περισσότερο από μία φορά την ημέρα (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τον καθαρισμό/βούρτσισμα δοντιών**

Συχνότητα καθαρισμού ή βουρτσίσματος δοντιών τον τελευταίο μήνα	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
1 φορά	18	19,6
2 φορές	40	43,5
3 φορές	10	10,9
4 ή περισσότερες φορές	24	26,1
Σύνολο	92	100,0

Στο *Γράφημα 10* απεικονίζεται η κατανομή των εφήβων σύμφωνα με τη συχνότητα καθαρισμού ή βουρτσίσματος δοντιών τον τελευταίο μήνα.



**Γράφημα 10: Κατανομή συχνότητας καθαρισμού/βουρτσίσματος δοντιών**

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βούρτσισμα δοντιών με βάση το φύλο και την ηλικία των εφήβων ( $p > 0,05$ ).

### *Πλύσιμο χεριών*

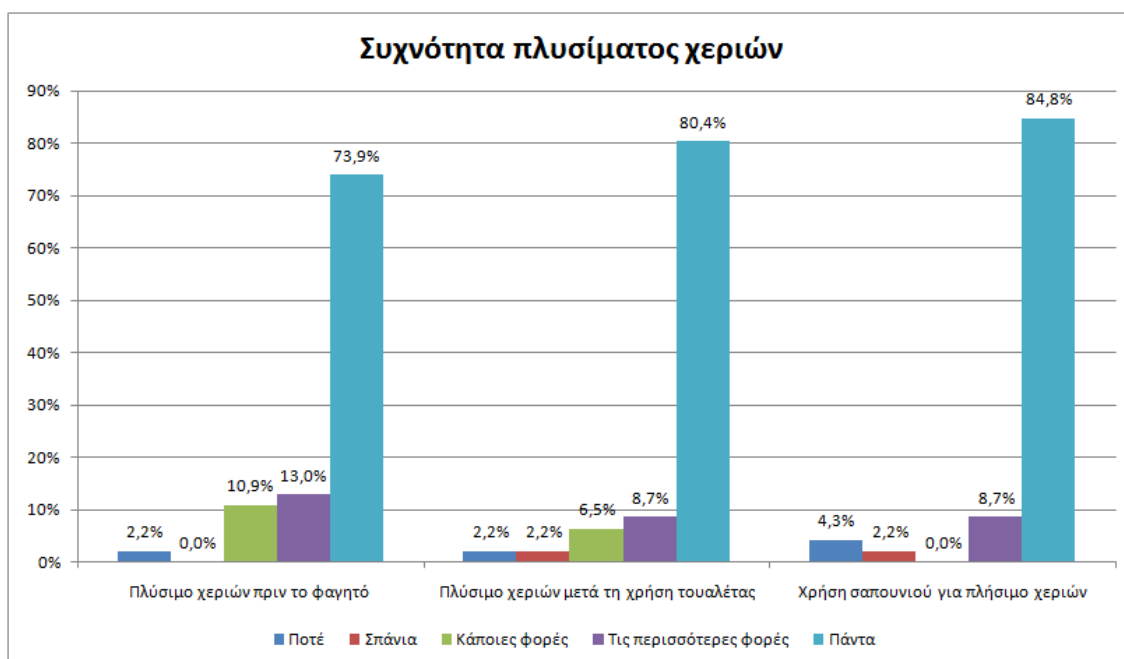
Οι έφηβοι ρωτήθηκαν για το πόσο συχνά πλένουν τα χέρια τους πριν το φαγητό, μετά τη χρήση της τουαλέτας, καθώς και για τη χρήση σαπουνιού στο πλύσιμο των χεριών τους.

Σχεδόν τρεις στους τέσσερις εφήβους (73,9%) δηλώνουν ότι πλένουν πάντα τα χέρια τους πριν το φαγητό, ενώ τέσσερις στους πέντε εφήβους (80,4%) αναφέρουν ότι πλένουν πάντα τα χέρια τους μετά τη χρήση της τουαλέτας. Επίσης, υψηλό ποσοστό εφήβων (84,8%) δηλώνει ότι χρησιμοποιεί πάντα σαπούνι όταν πλένει τα χέρια του (*Πίνακας 10*).

**Πίνακας 10: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με το πλύσιμο των χεριών**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Συχνότητα πλυσίματος χεριών πριν το φαγητό τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	2	2,2
	Κάποιες φορές	10	10,9
	Τις περισσότερες φορές	12	13,0
	Πάντα	68	73,9
Συχνότητα πλυσίματος χεριών μετά τη χρήση της τουαλέτας τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	2	2,2
	Σπάνια	2	2,2
	Κάποιες φορές	6	6,5
	Τις περισσότερες φορές	8	8,7
	Πάντα	74	80,4
Συχνότητα χρήσης σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	4	4,3
	Σπάνια	2	2,2
	Τις περισσότερες φορές	8	8,7
	Πάντα	78	84,8

Στο *Γράφημα 11* απεικονίζεται η κατανομή των εφήβων σύμφωνα με τη συχνότητα πλυσίματος των χεριών τον τελευταίο μήνα.



**Γράφημα 11: Κατανομή συχνότητας πλυσίματος χεριών**

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με το πλύσιμο των χεριών μετά τη χρήση της τουαλέτας ( $p=0,01$ ) και τη χρησιμοποίηση σαπουνιού στο πλύσιμο των χεριών ( $p=0,02$ ), με βάση το φύλο. Τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στο πλύσιμο των χεριών τους μετά τη χρήση της τουαλέτας (95,5% έναντι 66,7% των αγοριών) καθώς και της χρήσης σαπουνιού (100% έναντι 70,8% των αγοριών). Επίσης τα κορίτσια εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό στο πλύσιμο των χεριών τους πριν το φαγητό (77,3%) σε σχέση με τα αγόρια (70,8%), αλλά η διαφορά αυτή δεν ήταν ισχυρά στατιστικά σημαντική ( $p=0,448$ ) (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11: Επίδραση του φύλου των εφήβων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το πλύσιμο των χεριών**

Συμπεριφορές		Αγόρια n (%)	Κορίτσια n (%)	p-value
Συχνότητα πλυσίματος χεριών πριν το φαγητό	Πάντα	34 (70,8)	34 (77,3)	0,448
	Όχι πάντα	14 (29,2)	10 (22,7)	
Συχνότητα πλυσίματος χεριών μετά τη χρήση της τουαλέτας	Πάντα	32 (66,7)	42 (95,5)	<b>0,000</b>
	Όχι πάντα	16 (33,3)	2 (4,5)	
Συχνότητα χρήσης σαπουνιού για το πλύσιμο των χεριών	Πάντα	34 (70,8)	44 (100,0)	<b>0,001</b>
	Όχι πάντα	14 (29,2)	0 (0,0)	

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με το πλύσιμο των χεριών, με βάση τις πέντε ηλικίες ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.4. Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία των εφήβων διερευνήθηκε μέσα από συμπεριφορές που σχετίζονται με τα συναισθήματα και τις φιλικές τους σχέσεις.

##### *Συναισθήματα*

Ποσοστό 56,6% των εφήβων ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχουν νιώσει συναισθήματα μοναξιάς. Το ποσοστό που καταγράφηκε για τα κορίτσια (63,7%) ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο συγκριτικά με το αντίστοιχο των αγοριών (50,1%) (Pearson  $\chi^2=10,213$ ,  $p=0,037$ ). Στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανέφεραν οι 14χρονοι (75%) και 18χρονοι (77,8%) έφηβοι συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες εφήβων (Pearson  $\chi^2=41,706$ ,  $p=0,000$ ).

Σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους (32,6%) δήλωσε ότι κάποιες ή/και τις περισσότερες φορές ανησυχεί για κάτι ώστε να μην μπορεί να κοιμηθεί τη νύχτα. Το κορίτσι φύλο βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντικό (Pearson  $\chi^2=9,061$ ,  $p=0,028$ ), όπως και η ηλικία των 17 χρονών (Pearson  $\chi^2=32,834$ ,  $p=0,001$ ).

Οκτώ έφηβοι (8,7% στο σύνολο του δείγματος) ανέφεραν ότι έχουν σκεφτεί σοβαρά την απόπειρα αυτοκτονίας, με τους μισούς από αυτούς (4,3%) να έχουν κάνει κάποιο σχέδιο σχετικά με το πώς θα προσπαθούσαν κάτι τέτοιο. Παράλληλα, δύο έφηβοι (2,2%) δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχουν επιχειρήσει έξι ή περισσότερες φορές να αυτοκτονήσουν (Πίνακας 12). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση το φύλο και την ηλικία των εφήβων ( $p>0,05$ ).

**Πίνακας 12: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με συναισθήματα**

	Συμπεριφορές	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Αίσθηση μοναξιάς τους τελευταίους 12 μήνες	Ποτέ	22	23,9
	Σπάνια	18	19,6
	Κάποιες φορές	40	43,5
	Τις περισσότερες φορές	10	10,9
	Πάντα	2	2,2

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Αϋπνίες από ανησυχία για κάτι τους τελευταίους 12 μήνες	Ποτέ	30	32,6
	Σπάνια	32	34,8
	Κάποιες φορές	26	28,3
	Τις περισσότερες φορές	4	4,3
Απόπειρα αυτοκτονίας τους τελευταίους 12 μήνες	Ναι	8	8,7
	Όχι	84	91,3
Σχέδιο αυτοκτονίας τους τελευταίους 12 μήνες	Ναι	4	4,3
	Όχι	88	95,7
Συχνότητα αποπειρών αυτοκτονίας τους τελευταίους 12 μήνες	Καμία	90	97,8
	>=6 φορές	2	2,2

#### Στενοί φίλοι

Διερευνήθηκε ο αριθμός των κοντινών (στενών) φίλων μέσα από σχετική ερώτηση. Στην πλειονότητά τους (63%%) οι έφηβοι αναφέρουν τουλάχιστον 3 στενούς φίλους, ενώ το 32,6%% έχουν 1 με 2 στενούς φίλους (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με φιλικές σχέσεις**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Αριθμός στενών φίλων	Κανέναν	4	4,3
	1	4	4,3
	2	26	28,3
	>=3	58	63,0

Τουλάχιστον 3 στενούς φίλους έχουν σε υψηλότερο ποσοστό τα αγόρια (79,2%) συγκριτικά με τα κορίτσια (45,5%) (Pearson  $\chi^2=13,284$ ,  $p=0,004$ ), ενώ υπάρχουν σημαντικές διαφορές και μεταξύ των πέντε ηλικιακών ομάδων (50% των 14χρονων και 15χρονων, 62,5% των 16χρονων, 71,4% των 17χρονων και 55,5% των 18χρονων) (Pearson  $\chi^2=23,915$ ,  $p=0,021$ ).

#### 4.2.5. Φυσική δραστηριότητα

Η φυσική δραστηριότητα των εφήβων διερευνήθηκε μέσα από συμπεριφορές που σχετίζονται με τη σωματική άσκηση, το περπάτημα ή την ποδηλασία στο δρόμο για το σχολείο και τη γυμναστική στο σχολείο. Επίσης εξετάστηκε ο χρόνος που περνά καθιστός ο έφηβος κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας, όταν δεν βρίσκεται στο σχολείο, κάνοντας καθιστικές δραστηριότητες.

Ποσοστό 13% των εφήβων ανέφερε καθημερινή σωματική άσκηση την τελευταία εβδομάδα για τουλάχιστον 60 λεπτά την ημέρα. Ένας στους τέσσερις εφήβους (41,3%) δήλωσε ότι την τελευταία εβδομάδα περπάτησε καθημερινά ή πήγε με το ποδήλατο σχολείο. Η πλειονότητα των εφήβων (67,4%) ανέφερε ότι κάνει 1-2 ημέρες γυμναστική στο σχολείο την εβδομάδα. Αναφορικά με το χρόνο που περνάνε καθιστοί, όταν βρίσκονται εκτός σχολείου, το 15,2% των εφήβων δηλώνει ότι αυτό συμβαίνει για λιγότερο από μία ώρα κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας. Ωστόσο, οι περισσότεροι έφηβοι (63%) ανέφεραν ότι ο χρόνος που κάθονται είτε βλέποντας τηλεόραση είτε παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή είτε μιλώντας με φίλους είτε ακούγοντας μουσική είτε κάνοντας άλλες καθιστικές δραστηριότητες κυμαίνεται από 1-4 ώρες την ημέρα (Πίνακας 14).

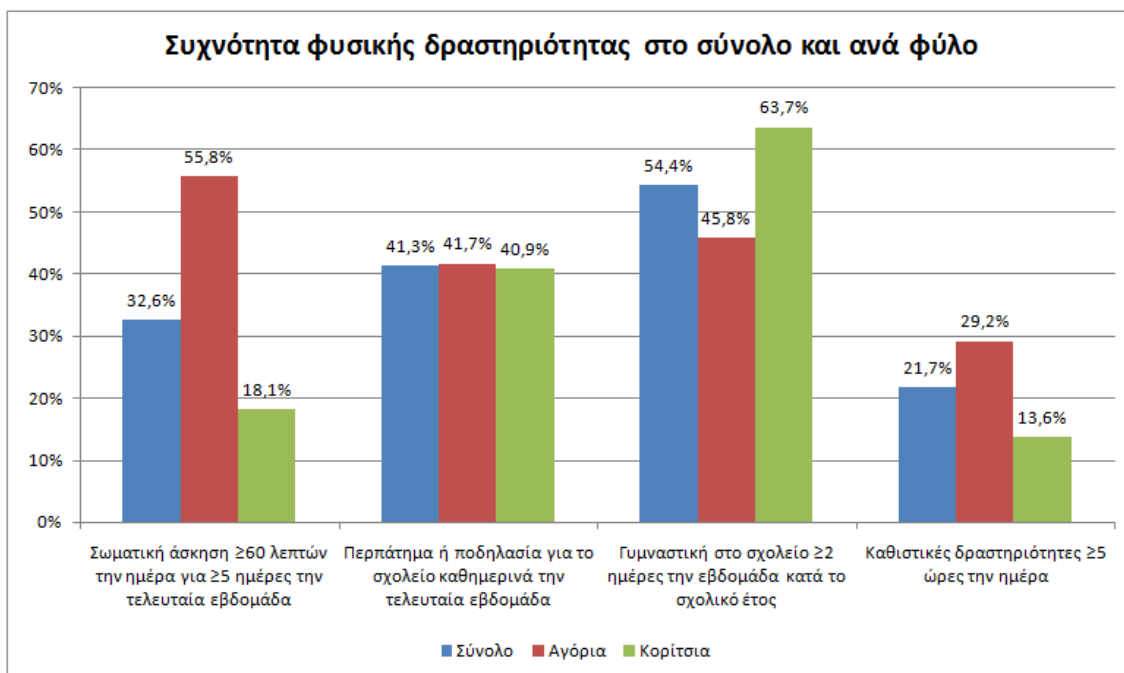
**Πίνακας 14: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Συχνότητα σωματικής άσκησης $\geq 60$ λεπτών ημερησίως την τελευταία εβδομάδα	Καμία	18	19,6
	1 ημέρα	4	4,3
	2 ημέρες	20	21,7
	3 ημέρες	16	17,4
	4 ημέρες	4	4,3
	5 ημέρες	18	19,6
	7 ημέρες	12	13,0
Συχνότητα περπατήματος ή ποδηλασίας για το σχολείο την τελευταία εβδομάδα	Καμία	24	26,1
	1 ημέρα	6	6,5
	2 ημέρες	4	4,3
	3 ημέρες	4	4,3
	4 ημέρες	4	4,3
	5 ημέρες	12	13,0



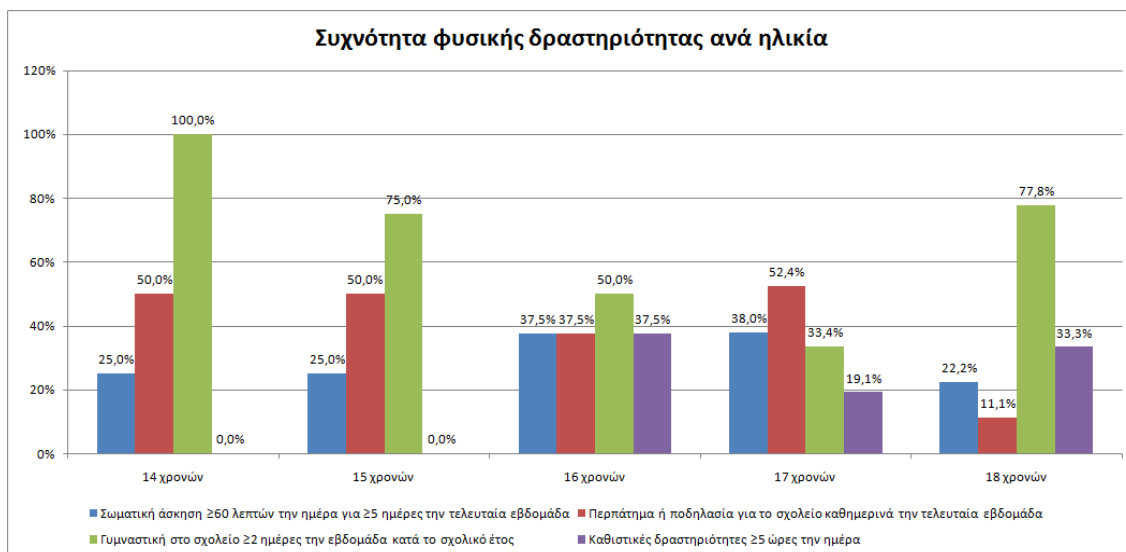
Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
	7 ημέρες	38	41,3
Συχνότητα γυμναστικής στο σχολείο την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους	Καμία	14	15,2
	1 ημέρα	28	30,4
	2 ημέρες	34	37,0
	3 ημέρες	2	2,2
	4 ημέρες	2	2,2
	>=5 ημέρες	12	13,0
	Διάρκεια καθιστικών δραστηριοτήτων εκτός σχολείου κατά τη διάρκεια της ημέρας	<1 ώρα	14
1-2 ώρες		28	30,4
3-4 ώρες		30	32,6
5-6 ώρες		12	13,0
7-8 ώρες		2	2,2
>8 ώρες		6	6,5

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα μεταξύ των δύο φύλων, αναφορικά με τη σωματική άσκηση και τις καθιστικές δραστηριότητες ( $p < 0,05$ ). Σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια (55,8%) συγκριτικά με τα κορίτσια (18,1%) αναφέρουν σωματική άσκηση για  $\geq 5$  ημέρες την εβδομάδα. Αγόρια και κορίτσια δηλώνουν παρόμοια ποσοστά (41,7% και 40,9% αντίστοιχα) όσον αφορά το καθημερινό περπάτημα ή την ποδηλασία στο δρόμο για το σχολείο. Τα κορίτσια αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (63,7%) συγκριτικά με τα αγόρια (45,8%) ότι κάνουν γυμναστική στο σχολείο για δύο ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα. Τα αγόρια δηλώνουν σε μεγαλύτερα ποσοστά (29,2%) καθιστικές δραστηριότητες πέντε ή περισσότερες ώρες κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας σε σχέση με τα κορίτσια (13,6%) (Γράφημα 12).



**Γράφημα 12: Κατανομή συχνότητας φυσικής δραστηριότητας στο σύνολο και ανά φύλο**

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα με βάση την ηλικία. Οι 16χρονοι και 17χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά σωματικής άσκησης (37,5% και 38% αντίστοιχα) για  $\geq 5$  ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι 18χρονοι έφηβοι δήλωσαν το μικρότερο ποσοστό (11,1%) όσον αφορά το καθημερινό περπάτημα ή την ποδηλασία στο δρόμο για το σχολείο. Οι 17χρονοι έφηβοι ανέφεραν σε μικρότερο ποσοστό (33,4%) ότι κάνουν γυμναστική στο σχολείο για δύο ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι 16χρονοι και 18χρονοι έφηβοι δήλωσαν σε μεγαλύτερα ποσοστά (37,5% και 33,3% αντίστοιχα) ότι κάθονται πέντε ή περισσότερες ώρες κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/ συνηθισμένης ημέρας (Γράφημα 13).



**Γράφημα 13: Κατανομή συχνότητας φυσικής δραστηριότητας ανά ηλικία**

#### 4.2.6. Προστατευτικοί παράγοντες

Οι προστατευτικοί παράγοντες διερευνήθηκαν μέσα από το σχολικό και το οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων και τις εμπειρίες τους στο σχολείο και στο σπίτι. Όσον αφορά το σχολικό περιβάλλον, οι ερωτήσεις αφορούσαν τις αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο και τις εμπειρίες των εφήβων από τις στάσεις των συμμαθητών τους. Αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον, οι ερωτήσεις αφορούσαν την επικοινωνία στην οικογένεια, την υποστήριξη από την οικογένεια, καθώς και τον γονεϊκό έλεγχο.

##### *Αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο*

Οι έφηβοι ρωτήθηκαν σχετικά με το πόσο συχνά έχασαν κάποια μαθήματα ή δεν πήγαν στο σχολείο αδικαιολόγητα κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Η πλειονότητα των εφήβων (37%) ανέφερε ότι αυτό δεν έγινε ποτέ κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Ποσοστό 28,3% των εφήβων ανέφεραν ότι αυτό συνέβη 1 ή 2 ημέρες, ενώ ένας στους τέσσερις εφήβους (26,1%) δήλωσε ότι έχασε κάποια μαθήματα ή δεν πήγε στο σχολείο αδικαιολόγητα έξι ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τις αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο**

Αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο τον τελευταίο μήνα	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Καμία φορά	34	37,0
1 ή 2 ημέρες	26	28,3
3-5 ημέρες	6	6,5
4 ή 5 φορές	2	2,2
6 ή περισσότερες φορές	24	26,1
Σύνολο	92	100,0

Στο *Γράφημα 14* απεικονίζεται η κατανομή των εφήβων σύμφωνα με τη συχνότητα αδικαιολόγητης απουσίας από το σχολείο τον τελευταίο μήνα.



**Γράφημα 14: Κατανομή συχνότητας αδικαιολόγητης απουσίας από το σχολείο**

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση το φύλο των εφήβων ( $p > 0,05$ ). Ωστόσο καταγράφονται σημαντικές διαφορές στις ηλικίες των εφήβων ( $p = 0,024$ ) με τους μεγαλύτερους σε ηλικία μαθητές να αναφέρουν περισσότερες αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

### Εμπειρίες στο σχολείο και στο σπίτι

Οι έφηβοι ρωτήθηκαν για το πόσο συχνά οι περισσότεροι συμμαθητές στο σχολείο τους ήταν ευγενικοί και εξυπηρετικοί, όπως επίσης και για το βαθμό στον οποίο οι γονείς/κηδεμόνες τους ελέγχουν αν έχουν κάνει τις σχολικές εργασίες τους, αντιλαμβάνονται τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους, γνωρίζουν πραγματικά τι κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους, πειράζουν τα πράγματά τους χωρίς την έγκρισή τους.

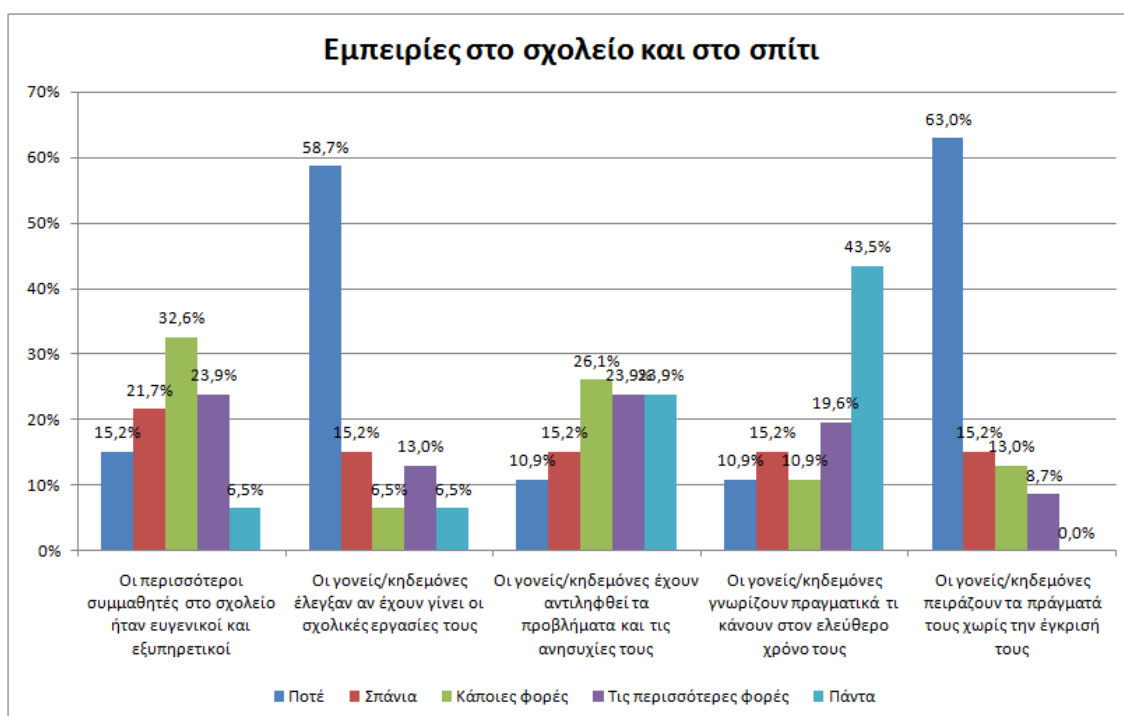
Σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους (36,9%) δηλώνουν ότι ποτέ έως σπάνια οι περισσότεροι συμμαθητές στο σχολείο τους ήταν ευγενικοί και εξυπηρετικοί. Η πλειονότητα των εφήβων δηλώνει ότι οι γονείς/κηδεμόνες τους δεν έλεγξαν ποτέ αν έχουν κάνει τις σχολικές εργασίες τους (58,7%), αντιλαμβάνονται πάντα ή τις περισσότερες φορές τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους (47,8%), γνωρίζουν πραγματικά τις κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους (43,5%), ενώ δεν πειράζουν ποτέ τα πράγματά τους χωρίς την έγκρισή τους (63%) (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τις εμπειρίες στο σχολείο και στο σπίτι**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Οι περισσότεροι συμμαθητές στο σχολείο ήταν ευγενικοί και εξυπηρετικοί τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	14	15,2
	Σπάνια	20	21,7
	Κάποιες φορές	30	32,6
	Τις περισσότερες φορές	22	23,9
	Πάντα	6	6,5
Έλεγχος των σχολικών εργασιών από γονείς/ κηδεμόνες τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	54	58,7
	Σπάνια	14	15,2
	Κάποιες φορές	6	6,5
	Τις περισσότερες φορές	12	13,0
	Πάντα	6	6,5
Αντίληψη γονέων/κηδεμόνων των προβλημάτων και ανησυχιών τους τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	10	10,9
	Σπάνια	14	15,2
	Κάποιες φορές	24	26,1
	Τις περισσότερες φορές	22	23,9
	Πάντα	22	23,9

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Γνώση γονέων/κηδεμόνων για το τι κάνουν στον ελεύθερο τους χρόνο τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	10	10,9
	Σπάνια	14	15,2
	Κάποιες φορές	10	10,9
	Τις περισσότερες φορές	18	19,6
	Πάντα	40	43,5
Έλεγχος και «ψαχούλεμα» των πραγμάτων από γονείς/κηδεμόνες τον τελευταίο μήνα	Ποτέ	58	63,0
	Σπάνια	14	15,2
	Κάποιες φορές	12	13,0
	Τις περισσότερες φορές	8	8,7

Στο Γράφημα 15 απεικονίζεται η κατανομή των εφήβων σύμφωνα με τις εμπειρίες τους στο σχολείο και στο σπίτι.



**Γράφημα 15: Κατανομή εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι**

Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις εμπειρίες που σχετίζονται με τον έλεγχο των σχολικών εργασιών των εφήβων από τους γονείς/κηδεμόνες τους ( $p=0,045$ ) και τη γνώση σχετικά με το τι κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους ( $p=0,01$ ), με βάση το φύλο. Τα αγόρια εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στον έλεγχο των σχολικών εργασιών τους, ενώ τα κορίτσια εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στο βαθμό στον οποίο οι γονείς/κηδεμόνες γνωρίζουν για τις δραστηριότητές τους, όπως τι κάνουν στον ελεύθερο τους χρόνο. Όσον αφορά τις υπόλοιπες εμπειρίες, οι διαφορές που καταγράφηκαν δεν ήταν ισχυρά στατιστικά σημαντικές ( $p>0,05$ ).

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις εμπειρίες των εφήβων που σχετίζονται με το σχολείο και το σπίτι, με βάση τις πέντε ηλικίες. ( $p<0,05$ ). Τα ποσοστά που καταγράφηκαν για τις μικρότερες ηλικίες (14-15 ετών) εφήβων ήταν μικρότερα στις αναφορές τους σχετικά με τη συμπεριφορά των συμμαθητών τους στο σχολείο ( $p=0,008$ ). Αντιθέτως, οι μεγαλύτερες ηλικίες (16-18 ετών) εφήβων ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό έλεγχο από τους γονείς/κηδεμόνες σχετικά με το αν έχουν κάνει τις σχολικές εργασίες τους ( $p=0,029$ ) και πως πειράζουν τα πράγματά τους χωρίς την έγκρισή τους ( $p=0,003$ ), ενώ σε μικρότερο βαθμό ανέφεραν ότι οι γονείς/κηδεμόνες τους έχουν αντιληφθεί τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους ( $p=0,001$ ), καθώς και ότι γνωρίζουν πραγματικά τι κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους ( $p=0,003$ ).

#### **4.2.7. Σεξουαλική συμπεριφορά**

Η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων διερευνήθηκε ως προς την σεξουαλική εμπειρία, την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής, τη συχνότητα, την προφύλαξη, καθώς και τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ).

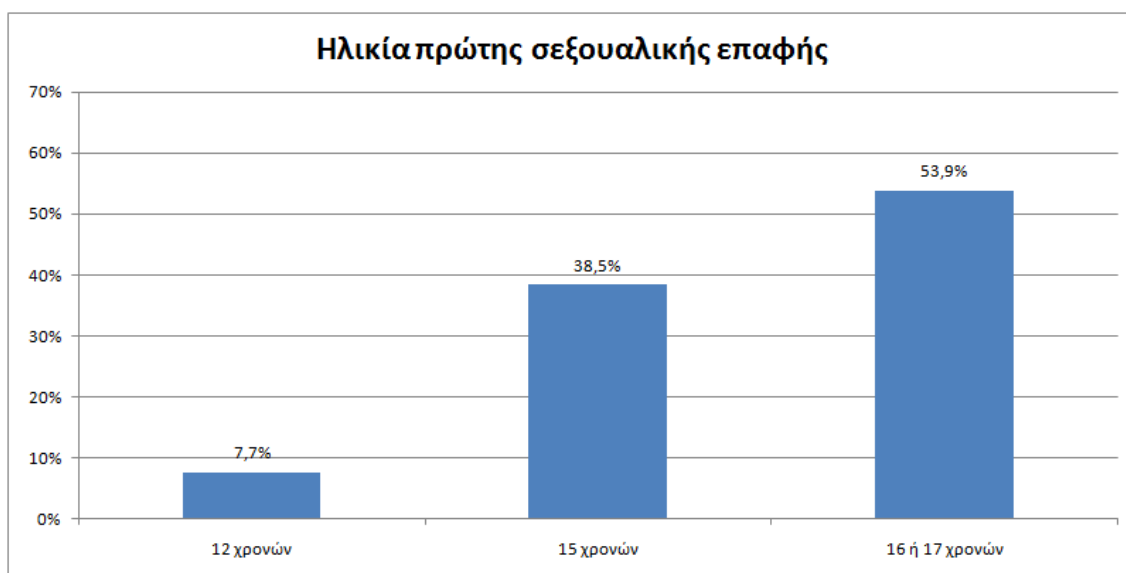
##### *Σεξουαλική εμπειρία*

Σχεδόν τρεις στους δέκα εφήβους (28,3%) απάντησαν ότι είχαν τουλάχιστον μία ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στη ζωή τους, με τα αγόρια (41,7%) να αναφέρουν σχεδόν τριπλάσιο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (13,6%). Σχεδόν όλοι από αυτούς (92,3%) ανέφεραν ότι αυτό συνέβη στην ηλικία 15-17 χρονών (*Πίνακας 17 και Γράφημα 16*). Η μέση ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής για τα αγόρια ήταν τα 16 έτη και για τα κορίτσια τα 17 έτη ( $p<0,001$ ). Ποσοστό 38,5% των εφήβων που

απάντησαν ότι είχαν σεξουαλική επαφή ανέφεραν ότι έχουν έρθει σε σεξουαλική επαφή με ένα άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με τα αγόρια να αναφέρουν περισσότερα άτομα συγκριτικά με τα κορίτσια ( $p < 0,05$ ).

**Πίνακας 17: Κατανομή των εφήβων που είχαν σεξουαλική εμπειρία σύμφωνα με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής**

Ηλικία πρώτης σεξουαλικής επαφής	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
12 χρονών	2	7,7	7,7
15 χρονών	10	38,5	46,1
16 ή 17 χρονών	14	53,9	100,0
Σύνολο	26	100,0	



**Γράφημα 16: Κατανομή των εφήβων του δείγματος που έχουν σεξουαλική εμπειρία σύμφωνα με την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής**



### Προφύλαξη

Οι έφηβοι που απάντησαν ότι είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή ρωτήθηκαν για το εάν χρησιμοποίησαν οι ίδιοι/ες ή ο/η σύντροφός τους προφυλακτικό ή κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης την τελευταία φορά που είχαν σεξουαλική επαφή.

Μεταξύ των εφήβων που αναφέρουν σεξουαλική εμπειρία, το 92,3% δήλωσαν χρήση προφυλακτικού κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή, με τα κορίτσια να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό (100%) συγκριτικά με τα αγόρια (90%). Στο ίδιο δείγμα, ποσοστό 23,1% των εφήβων ανέφεραν κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης (π.χ. αποτράβηγμα, αντισυλληπτικά χάπια, άλλη μέθοδο πρόληψης), με το ποσοστό αυτό να αφορά αποκλειστικά τα αγόρια (Πίνακες 18-19).

**Πίνακας 18: Συμπεριφορές που σχετίζονται με το σεξ (προφύλαξη)**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Χρήση προφυλακτικού	Ναι	24	92,3
	Όχι	2	7,7
Χρήση άλλης μεθόδου αντισύλληψης	Ναι	6	23,1
	Όχι	14	53,8
	Δεν ξέρω	6	23,1

**Πίνακας 19: Επίδραση του φύλου των εφήβων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με το σεξ (προφύλαξη)**

Συμπεριφορές		Αγόρια n (%)	Κορίτσια n (%)	p-value
Χρήση προφυλακτικού	Ναι	18 (90,0)	6 (100,0)	<b>0,009</b>
	Όχι	2 (10,0)	0 (0,0)	
Χρήση άλλης μεθόδου αντισύλληψης	Ναι	6 (30,0)	0 (0,0)	<b>0,003</b>
	Όχι	8 (40,0)	6 (100,0)	
	Δεν ξέρω	6 (30,0)	0 (0,0)	

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη χρήση προφυλακτικού ή άλλης μεθόδου προφύλαξης με βάση τις ηλικίες των εφήβων ( $p < 0,001$ ), καθώς οι αναφορές αυτές αφορούν κυρίως τους έφηβους μεγαλύτερης ηλικίας (17-18 χρονών).

### Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ)

Οι έφηβοι ρωτήθηκαν σχετικά με το εάν έχουν ακούσει ποτέ για την HIV λοίμωξη ή την ασθένεια AIDS, εάν διδάχθηκαν στην τάξη τους σχετικά με αυτά και την προφύλαξη από αυτά κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, καθώς και εάν έχουν μιλήσει ποτέ με τους γονείς/κηδεμόνες τους για την HIV λοίμωξη ή το AIDS.

Σχεδόν όλοι οι έφηβοι (97,8%) ανέφεραν ότι έχουν ακούσει για την HIV Λοίμωξη ή την ασθένεια AIDS. Ποσοστό 45,7% των εφήβων δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς έχουν διδαχθεί στην τάξη τους σχετικά με την HIV λοίμωξη ή το AIDS, ενώ ένας στους δύο εφήβους (50%) αναφέρει ότι δεν έχουν διδαχθεί στην τάξη τους σχετικά με την προφύλαξη της HIV λοίμωξης ή του AIDS. Επίσης, η πλειονότητα των εφήβων (56,5%) ανέφερε ότι δεν έχει μιλήσει ποτέ για την HIV λοίμωξη ή το AIDS με τους γονείς/κηδεμόνες τους (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Συμπεριφορές που σχετίζονται με τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Γνώση για την HIV λοίμωξη ή την ασθένεια AIDS	Ναι	90	97,8
	Όχι	2	2,2
Διδακτική στην τάξη σχετικά με την HIV λοίμωξη ή το AIDS	Ναι	42	45,7
	Όχι	42	45,7
	Δεν ξέρω	8	8,7
Διδακτική στην τάξη σχετικά με την προφύλαξη της HIV λοίμωξης ή του AIDS	Ναι	40	43,5
	Όχι	46	50,0
	Δεν ξέρω	6	6,5
Συζήτηση με γονείς/κηδεμόνες σχετικά με την HIV λοίμωξη ή το AIDS	Ναι	40	43,5
	Όχι	52	56,5

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εφήβων με βάση το φύλο ( $p>0.05$ ). Αντιθέτως, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τις ηλικιακές ομάδες. Οι διαφορές αυτές εμφανίζονται εντονότερες στους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας ( $\geq 15$  χρονών) και αφορούν κυρίως τους 17χρονους και 18χρονους ( $p<0,05$ ).

#### 4.2.8. Χρήση καπνού

Η χρήση καπνού από τους εφήβους διερευνήθηκε ως προς την ηλικία έναρξης καπνίσματος, τη συχνότητα καπνίσματος τσιγάρου ή άλλων προϊόντων καπνού, τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, το παθητικό κάπνισμα, καθώς και τη χρήση καπνού από τους γονείς/κηδεμόνες.

Σχεδόν δύο στους τρεις εφήβους (65,2%) ανέφεραν ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους. Το 50% των εφήβων που είχαν δοκιμάσει να καπνίσουν ένα τσιγάρο απάντησαν ότι είχαν ξεκινήσει τη συμπεριφορά αυτή έως την ηλικία των 15 χρονών (Πίνακας 21 και Γράφημα 17). Μέση ηλικία έναρξης για τα αγόρια ήταν τα 15 έτη και για τα κορίτσια τα 15,5 έτη ( $p>0,05$ ).

**Πίνακας 21: Κατανομή των εφήβων που καπνίζουν σύμφωνα με την ηλικία έναρξης καπνίσματος**

Ηλικία έναρξης καπνίσματος	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό ποσοστό (%)
$\leq 7$ χρονών	2	6,3	6,3
10 ή 11 χρονών	2	6,3	12,5
12 ή 13 χρονών	2	6,3	18,8
14 ή 15 χρονών	10	31,3	50,0
16 ή 17 χρονών	14	43,8	93,8
18 χρονών	2	6,3	100,0
Σύνολο	32	100,0	



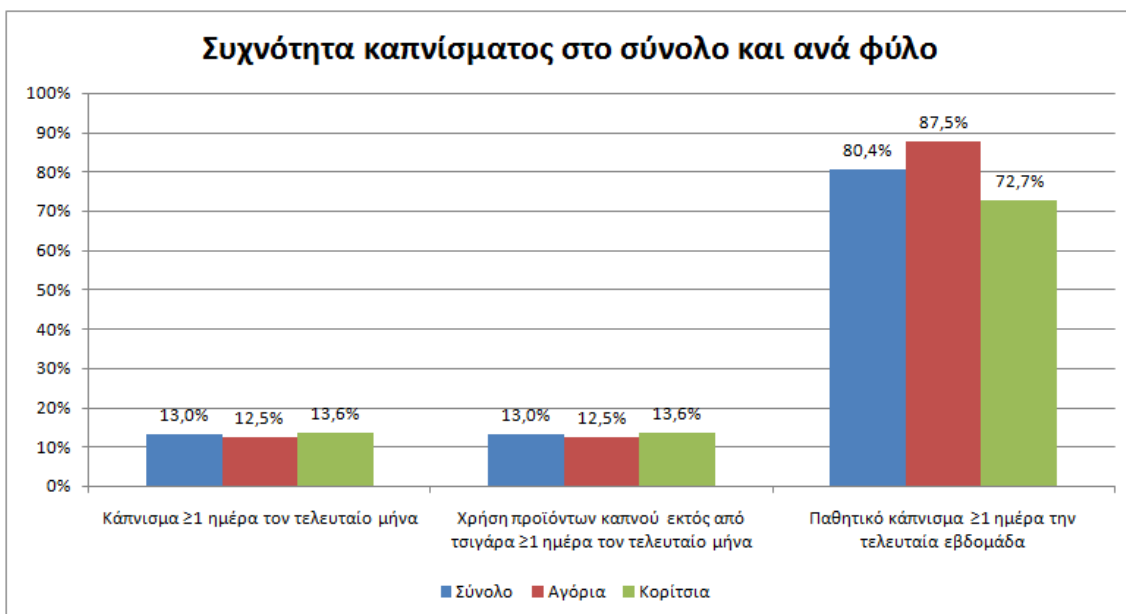
**Γράφημα 17: Κατανομή των εφήβων του δείγματος που καπνίζουν σύμφωνα με την ηλικία έναρξης καπνίσματος**

Δώδεκα έφηβοι (13%) ήταν ενεργοί καπνιστές, δηλαδή είχαν καπνίσει έστω μία φορά τον τελευταίο μήνα. Μεταξύ αυτών, τέσσερις (33,3%) είχαν καπνίσει 1 ή 2 ημέρες, δύο (16,6%) είχαν καπνίσει 3-5 ημέρες, τέσσερις (33,3%) 6-9 ημέρες, ενώ δύο (16,6%) κάπνιζαν καθημερινά. Όλοι οι ενεργοί καπνιστές ανέφεραν χρήση προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα (π.χ. ηλεκτρονικό τσιγάρο, πούρα). Από αυτούς, οκτώ (66,6%) είχαν κάνει χρήση προϊόντων καπνού για 1 ή 2 ημέρες, δύο (16,6%) για 3-5 ημέρες, και δύο (16,6%) για 20-29 ημέρες. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, έξι έφηβοι (6,5% επί του συνόλου του δείγματος και 50% επί των ενεργών καπνιστών) προσπάθησαν να διακόψουν τη συνήθεια του καπνίσματος. Αναφορικά με το παθητικό κάπνισμα, η πλειονότητα των εφήβων (80,4%) δήλωσαν παθητικοί καπνιστές, με τους περισσότερους (39,1%) να αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας κάποια άτομα καπνίζουν σε καθημερινή βάση παρουσία τους. Σχεδόν οι μισοί έφηβοι (54,3%) ανέφεραν ότι κανείς από τους γονείς/κηδεμόνες τους δεν κάνει χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού. Μεταξύ των εφήβων που κάποιος από τους γονείς/κηδεμόνες τους κάνουν χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού, σχεδόν δύο στους πέντε (42,9%) ανέφεραν ότι αυτό γίνεται και από τους δύο γονείς/κηδεμόνες (Πίνακας 22).

**Πίνακας 22: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με τη χρήση καπνού**

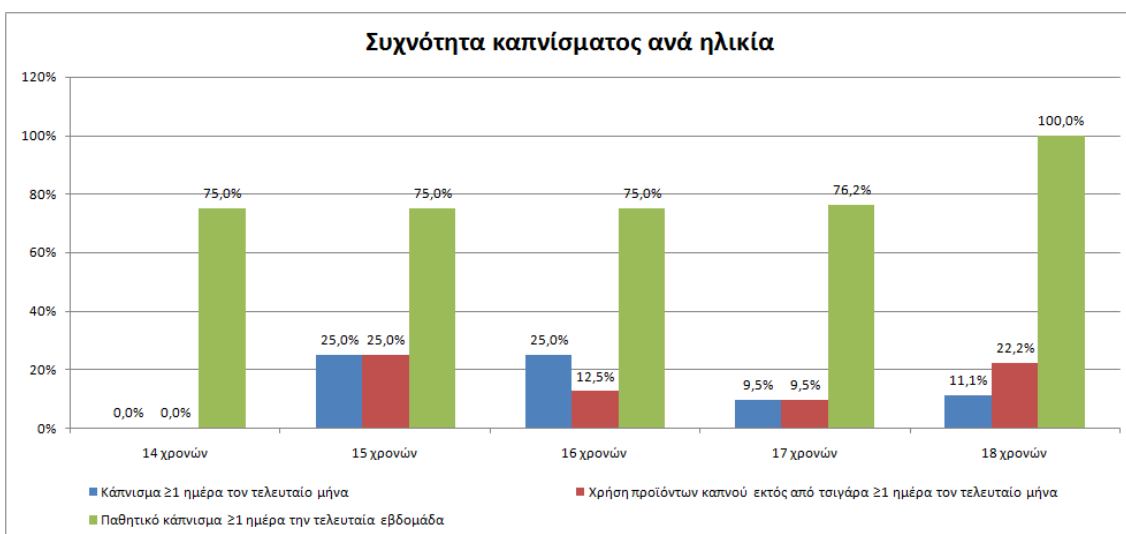
Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
<b>Συχνότητα καπνίσματος τσιγάρου τον τελευταίο μήνα</b>	Καμία ημέρα	80	87,0
	1 ή 2 ημέρες	4	4,3
	3-5 ημέρες	2	2,2
	6-9 ημέρες	4	4,3
	Καθημερινά	2	2,2
<b>Συχνότητα χρήσης προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα τον τελευταίο μήνα</b>	Καμία φορά	80	87,0
	1 ή 2 ημέρες	8	8,7
	3-5 ημέρες	2	2,2
	20-29 ημέρες	2	2,2
<b>Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος τον τελευταίο χρόνο</b>	Ναι	6	6,5
	Όχι	10	10,9
<b>Συχνότητα παθητικού καπνίσματος την τελευταία εβδομάδα</b>	Καμία ημέρα	18	19,6
	1 ή 2 ημέρες	22	23,9
	3 ή 4 ημέρες	6	6,5
	5 ή 6 ημέρες	10	10,9
	Καθημερινά	36	39,1
<b>Χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού από γονείς/κηδεμόνες</b>	Κανένας	50	54,3
	Πατέρας/άνδρας	12	13,0
	Μητέρα/γυναίκα	10	10,9
	Και οι δύο	18	19,6
	Δεν γνωρίζω	2	2,2

Αγόρια και κορίτσια δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς τα επίπεδα επιπολασμού του καπνίσματος τόσο στο σύνολο των εφήβων, όσο και σε κάθε ηλικία ( $p > 0,05$ ) (Γράφημα 18).



**Γράφημα 18: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας καπνίσματος στο σύνολο και ανά φύλο**

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο κάπνισμα και στο παθητικό κάπνισμα με βάση την ηλικία ( $p < 0,05$ ). Οι 15χρονοι και 16χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (25%), ενώ οι 18χρονοι ανέφεραν το υψηλότερο ποσοστό παθητικού καπνίσματος (100%). Επίσης οι 15χρονοι και 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα (25% και 22,2% αντίστοιχα), αλλά η διαφορά αυτή δεν ήταν ισχυρά στατιστικά σημαντική ( $p = 0,185$ ) (Γράφημα 19).



**Γράφημα 19: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας καπνίσματος ανά ηλικία**

#### 4.2.9. Βία και ατυχήματα

Διερευνήθηκαν συμπεριφορές που σχετίζονται με βία και ατυχήματα, όπως σωματικές επιθέσεις, σωματική πάλη, σοβαροί τραυματισμοί και εκφοβισμός (bullying). Οι έφηβοι ρωτήθηκαν σχετικά με το πόσο συχνά κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου δέχτηκαν σωματική επίθεση, πάλεψαν με κάποιον, είχαν κάποιον σοβαρό τραυματισμό, καθώς και πόσο συχνά έπεσαν θύματα εκφοβισμού. Επίσης κλήθηκαν να προσδιορίσουν το είδος και την κύρια αιτία του σοβαρότερου τραυματισμού τους, καθώς την μορφή εκφοβισμού.

Στο σύνολο του δείγματος, δέκα έφηβοι (10,9%) ανέφεραν ότι έχουν δεχτεί σωματική επίθεση τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Ο ίδιος αριθμός εφήβων (10,9%) απάντησαν ότι ενεπλάκησαν σε καβγά τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο. Όσον αφορά τους τραυματισμούς, ένας στους τέσσερις εφήβους (25%) δήλωσε ότι είχε κάποιον σοβαρό τραυματισμό τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο. Επίσης, σχεδόν ένας στους δέκα εφήβους (13%) ανέφερε πως έπεσε θύμα εκφοβισμού τον τελευταίο μήνα. Μεταξύ αυτών, αναφέρθηκαν τέσσερις περιπτώσεις εκφοβισμού καθημερινά (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23: Συμπεριφορές εφήβων που σχετίζονται με βία και ατυχήματα**

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
<b>Θύμα σωματικής επίθεσης τον τελευταίο χρόνο</b>	Καμία φορά	82	89,1
	1 φορά	2	2,2
	2 ή 3 φορές	2	2,2
	6 ή 7 φορές	4	4,3
	≥12 φορές	2	2,2
<b>Συμμετοχή σε σωματική πάλη τον τελευταίο χρόνο</b>	Καμία φορά	82	89,1
	1 φορά	4	4,3
	2 ή 3 φορές	2	2,2
	10 ή 11 φορές	2	2,2
	≥12 φορές	2	2,2
<b>Θύμα σοβαρού τραυματισμού τον τελευταίο χρόνο</b>	Καμία φορά	69	75,0
	1 φορά	15	16,3
	2 ή 3 φορές	6	6,5

Συμπεριφορές		Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
	10 ή 11 φορές	2	2,2
Θύμα εκφοβισμού τον τελευταίο μήνα	Καμία ημέρα	80	87,0
	1 ή 2 ημέρες	4	4,3
	3-5 ημέρες	2	2,2
	10-19 ημέρες	2	2,2
	Καθημερινά	4	4,3

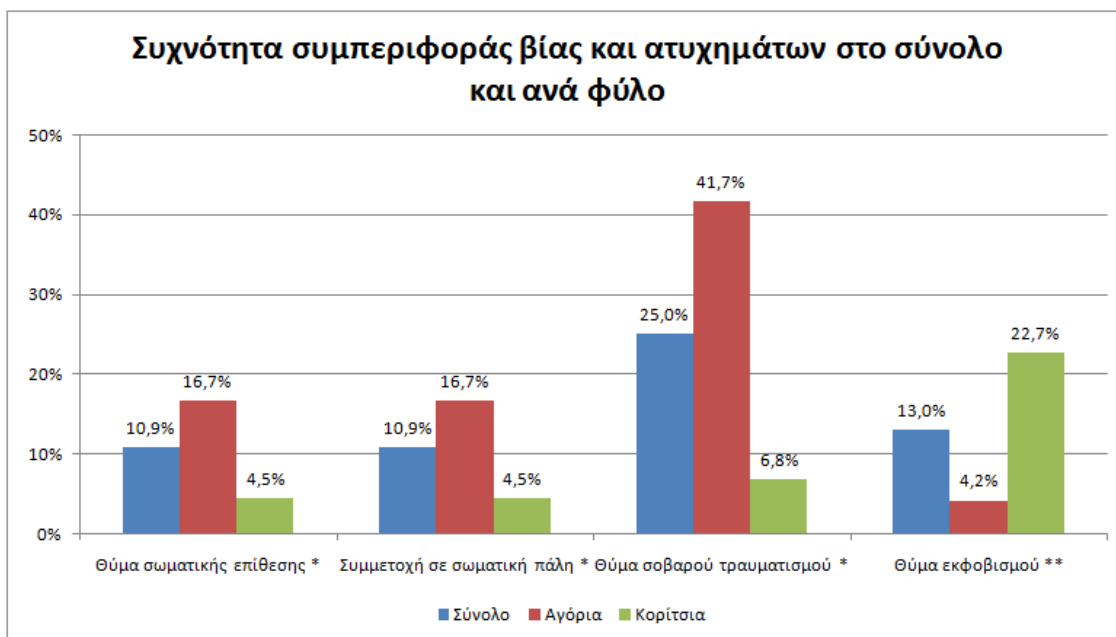
Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές βίας και ατυχημάτων με βάση το φύλο ( $p < 0,05$ ). Τα αγόρια ανέφεραν σε μεγαλύτερα ποσοστά συγκριτικά με τα κορίτσια ότι έχουν δεχτεί σωματική επίθεση και έχουν εμπλακεί σε σωματική πάλη (16,7% έναντι 4,5%) τουλάχιστον μία φορά κατά τον τελευταίο χρόνο, καθώς και ότι έχουν υποπέσει σε κάποιον σοβαρό τραυματισμό (41,7% έναντι 6,9%) τουλάχιστον μία φορά κατά τον τελευταίο χρόνο.

Αντίθετα, τα κορίτσια αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (22,7%) πως έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού συγκριτικά με τα αγόρια (4,2%) (Πίνακας 24 και Γράφημα 20).

**Πίνακας 24: Επίδραση του φύλου των εφήβων σε συμπεριφορές που σχετίζονται με βία και ατυχήματα**

Συμπεριφορές		Αγόρια n (%)	Κορίτσια n (%)	p-value
Θύμα σωματικής επίθεσης τον τελευταίο χρόνο	Ναι	8 (16,7)	2 (4,5)	<b>0,042</b>
	Όχι	40 (83,3)	42 (95,5)	
Συμμετοχή σε σωματική πάλη τον τελευταίο χρόνο	Ναι	8 (16,7)	2 (4,5)	<b>0,042</b>
	Όχι	40 (83,3)	42 (95,5)	
Θύμα σοβαρού τραυματισμού τον τελευταίο χρόνο	Ναι	20 (41,7)	3 (6,8)	<b>0,001</b>
	Όχι	28 (58,3)	41 (93,2)	
Θύμα εκφοβισμού τον τελευταίο μήνα	Ναι	2 (4,2)	10 (22,7)	<b>0,008</b>
	Όχι	46 (95,8)	34 (77,3)	

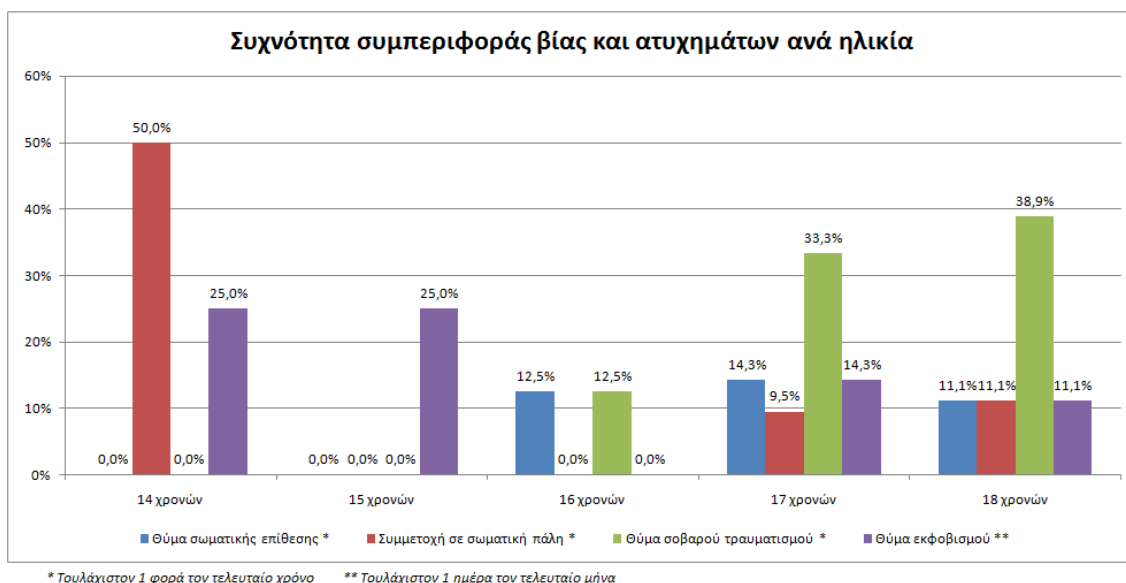




\* Τουλάχιστον 1 φορά τον τελευταίο χρόνο    \*\* Τουλάχιστον 1 ημέρα τον τελευταίο μήνα

**Γράφημα 20: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας συμπεριφορών βίας και ατυχημάτων στο σύνολο και ανά φύλο**

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές βίας και τραυματισμού με βάση τις ηλικίες των εφήβων ( $p < 0,05$ ), με εξαίρεση τις σωματικές επιθέσεις. Οι 17χρονοι και 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν περιπτώσεις σωματικής επίθεσης, χωρίς ωστόσο η διαφορά αυτή να είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική ( $p = 0,067$ ). Η συμμετοχή σε σωματική πάλη ήταν υψηλότερη μεταξύ των 14χρονων (50%) συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικίες ( $p < 0,001$ ), ενώ σχεδόν ένας στους τρεις 17χρονους (33,3%) και 18χρονους (38,9%) ανέφεραν κάποιον σοβαρό τραυματισμό ( $p < 0,001$ ). Ένας στους τέσσερις 14χρονους και 15χρονους εφήβους (25%) ανέφεραν ότι έχουν πέσει θύμα εκφοβισμού ( $p = 0,002$ ) (Γράφημα 21).

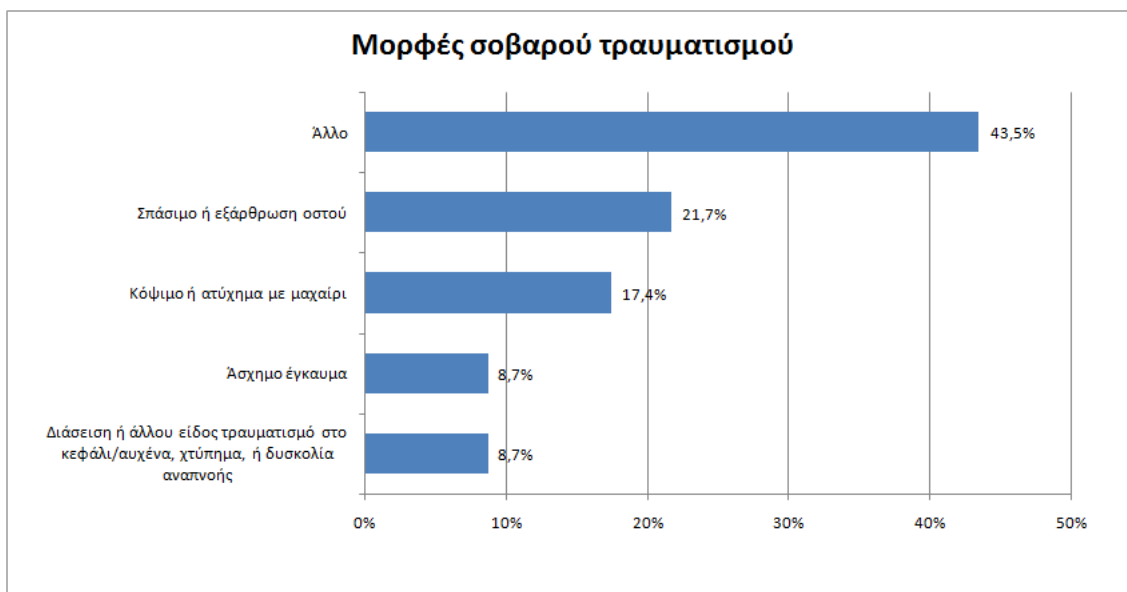


**Γράφημα 21: Κατανομή συχνότητας/βαρύτητας συμπεριφορών βίας και ατυχημάτων ανά ηλικία**

### *Μορφές και αιτίες τραυματισμού*

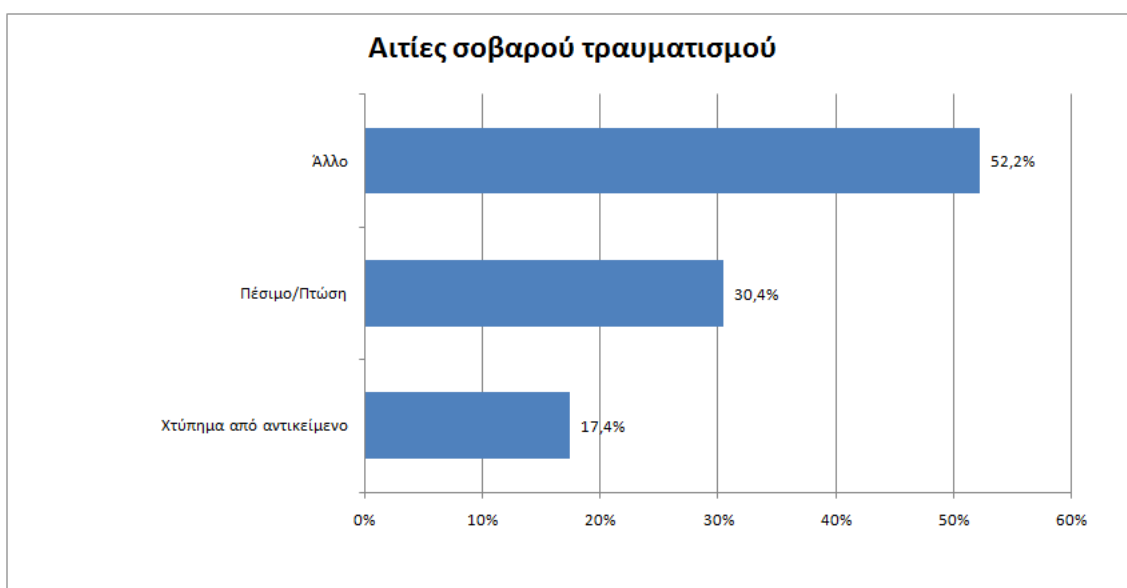
Οι έφηβοι ρωτήθηκαν για το ποιος ήταν ο σοβαρότερος τραυματισμός τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου και ποια ήταν η κύρια αιτία που τον προκάλεσε. Μεταξύ των εφήβων που δήλωσαν ότι είχαν κάποιον σοβαρό τραυματισμό τον τελευταίο χρόνο (25%), αναφέρθηκαν πέντε περιπτώσεις (21,7%) σπασίματος ή εξάρθρωσης οστού, τέσσερις περιπτώσεις (17,4%) κοψίματος ή ατυχήματος με μαχαίρι, δύο περιπτώσεις (8,7%) διάσεισης ή άλλου είδους τραυματισμό στο κεφάλι/αυχένα, χτύπημα, ή δυσκολία αναπνοής, δύο περιπτώσεις (8,7%) άσχημου εγκαύματος, καθώς και δέκα άλλες περιπτώσεις (43,5%) χωρίς να προσδιοριστούν (Γράφημα 22).

Τα αγόρια ανέφεραν κάποιον σοβαρό τραυματισμό σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό (41,6%) σε σύγκριση με τα κορίτσια (6,9%), ενώ δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.



**Γράφημα 22: Κατανομή μορφών σοβαρών τραυματισμών**

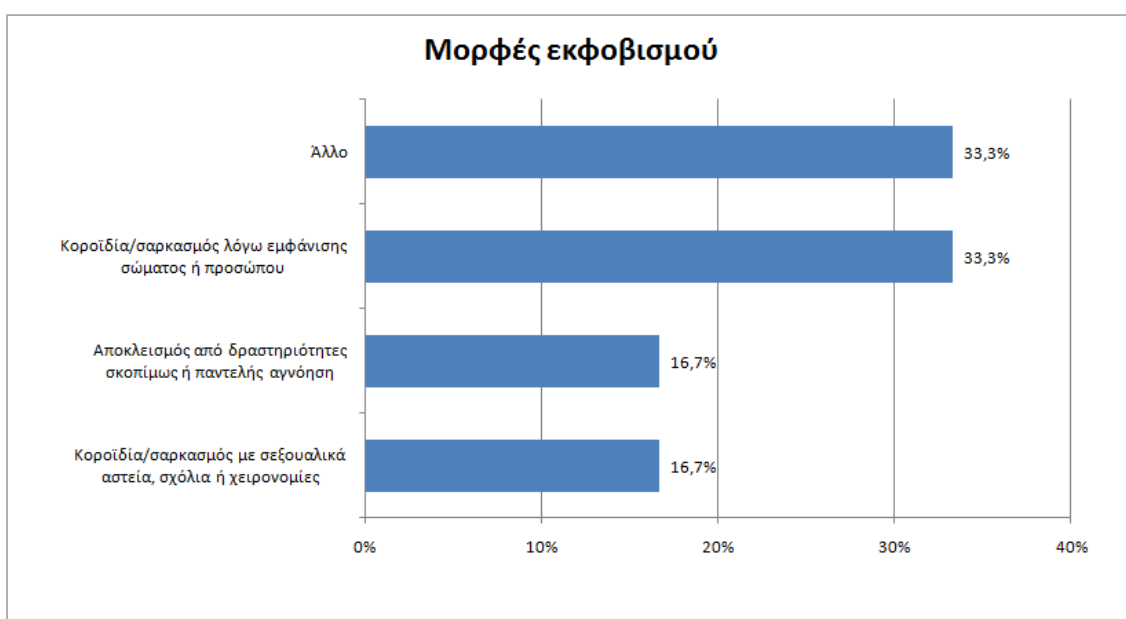
Αναφορικά με τα κύρια αίτια που προκάλεσαν τον τραυματισμό, μεταξύ των εφήβων αναφέρθηκαν επτά περιπτώσεις (30,4%) πεσίματος/πτώσης, τέσσερις περιπτώσεις (17,4%) χτυπήματος από αντικείμενο και δώδεκα άλλες περιπτώσεις που αφορούν τα αγόρια (52,2%) χωρίς να προσδιοριστούν (Γράφημα 23).



**Γράφημα 23: Κατανομή αιτιών σοβαρών τραυματισμών**

### Μορφές εκφοβισμού

Οι έφηβοι ρωτήθηκαν σχετικά με ποιον τρόπο έπεσαν θύματα εκφοβισμού. Οι μορφές εκφοβισμού που αναφέρθηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα από τους εφήβους που τον υφίστανται (13%), ήταν η κοροϊδία/σαρκασμός λόγω εμφάνισης σώματος ή προσώπου (33,3%), η κοροϊδία/σαρκασμός με σεξουαλικά αστεία, σχόλια ή χειρονομίες (16,7%) και ο αποκλεισμός από δραστηριότητες σκοπίμως ή παντελής αγνόηση (16,7%). Επίσης καταγράφηκαν και τέσσερις περιπτώσεις άλλης μορφής εκφοβισμού (33,3%) χωρίς όμως να προσδιοριστούν. Η χρήση σωματικής βίας και άλλοι τρόποι εκφοβισμού (λόγω φυλής, εθνικότητας ή χρώματος, θρησκείας) δεν αναφέρθηκαν (Γράφημα 24).



Γράφημα 24: Κατανομή μορφών εκφοβισμού

### 4.3 Συμπεριφορές υγείας εφήβων και διαφορές μεταξύ κατηγοριών των δημογραφικών μεταβλητών

Μελετήθηκαν οι επιμέρους συμπεριφορές υγείας των εφήβων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, προκειμένου να διαπιστωθεί, όπου είναι δυνατόν, η ύπαρξη σημαντικών διαφορών. Οι παράγοντες που λήφθηκαν υπόψη και αποτέλεσαν τους προσδιοριστικούς παράγοντες ήταν το φύλο, η ηλικία, η περιοχή μόνιμης κατοικίας, η βαθμίδα εκπαίδευσης, η σχολική επίδοση, ο τομέας εργασίας των γονέων (πατέρα και μητέρα), το μορφωτικό επίπεδο των γονέων (πατέρα και μητέρα), οι οικογενειακές σχέσεις και επικοινωνία (εφήβων-γονέων και γονέων μεταξύ τους), καθώς η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

**Πίνακας 25: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά φύλο**

Συμπεριφορές	Αγόρια (n=48)		Κορίτσια (n=44)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	1,26	0,666	0,59	0,658	<b>0,000</b>
Διαιτητικές συνήθειες	2,84	0,834	2,20	0,757	<b>0,000</b>
Υγιεινή	3,42	0,818	3,75	0,349	<b>0,012</b>
Ψυχική υγεία	0,75	0,569	1,00	0,508	<b>0,029</b>
Φυσική δραστηριότητα	3,04	1,162	3,03	1,182	0,975
Προστατευτικοί παράγοντες	2,60	0,818	2,47	0,790	0,425
Σεξουαλική συμπεριφορά	1,25	1,941	0,23	0,677	<b>0,001</b>
Χρήση καπνού	0,35	1,162	0,23	0,522	0,508
Βία και ατυχήματα	0,55	1,087	0,24	0,440	<b>0,083</b>

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, τις διαιτητικές συνήθειες, την υγιεινή, την ψυχική υγεία, την σεξουαλική συμπεριφορά, τη βία και τα ατυχήματα. Τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, χειρότερες διατροφικές συνήθειες, χαμηλότερο επίπεδο υγιεινής, καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας, μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία, καθώς και περισσότερες συμπεριφορές βίας και ατυχήματα.

**Πίνακας 26: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά ηλικία**

Συμπεριφορές	14 χρονών (n=8)		15 χρονών (n=8)		16 χρονών (n=16)		17 χρονών (n=42)		18 χρονών (n=18)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,25	0,463	0,50	0,567	0,69	0,528	1,19	0,819	1,08	0,542	<b>0,001</b>
Διαιτητικές συνήθειες	2,19	0,609	2,31	0,438	2,63	0,785	2,58	1,013	2,61	0,758	0,688
Υγιεινή	3,56	0,513	3,75	0,327	3,88	0,289	3,54	0,750	3,33	0,748	0,163
Ψυχική υγεία	1,17	0,385	0,33	0,356	0,75	0,537	0,87	0,555	1,07	0,421	<b>0,009</b>
Φυσική δραστηριότητα	3,25	1,225	3,38	1,044	3,25	1,169	3,13	1,194	2,39	0,986	0,117
Προστατευτικοί παράγοντες	2,08	0,267	1,88	0,406	2,83	0,915	2,54	0,808	2,78	0,771	<b>0,016</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,00	0,000	0,00	0,000	0,13	0,342	0,52	1,418	2,56	1,886	<b>0,000</b>
Χρήση καπνού	0,00	0,000	0,50	0,926	0,31	0,512	0,22	0,491	1,37	0,598	0,844
Βία και ατυχήματα	0,69	0,691	0,06	0,116	0,09	0,180	0,54	1,151	0,403	0,478	0,260

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, την ψυχική υγεία, τους προστατευτικούς παράγοντες και την σεξουαλική συμπεριφορά. Οι 17χρονοι έφηβοι ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ ενώ οι 18χρονοι μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία. Οι 15χρονοι έφηβοι ανέφεραν καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας και καλύτερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.

**Πίνακας 27: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά περιοχή μόνιμης κατοικίας**

Συμπεριφορές	Πόλη (n=58)		Προάστιο (n=14)		Χωριό (n=20)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,89	0,751	1,07	0,793	1,00	0,688	0,655
Διαιτητικές συνήθειες	2,53	0,776	2,75	0,707	2,43	1,147	0,549
Υγιεινή	3,67	0,659	3,25	0,604	3,53	0,633	0,089
Ψυχική υγεία	0,87	0,561	0,57	0,605	1,07	0,399	<b>0,035</b>
Φυσική δραστηριότητα	3,21	1,110	3,39	0,435	2,30	1,385	<b>0,004</b>
Προστατευτικοί παράγοντες	2,46	0,744	2,86	0,792	2,55	0,952	0,253
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,76	1,790	0,57	1,089	0,90	1,071	0,835
Χρήση καπνού	0,34	1,085	0,21	0,545	0,20	0,470	0,782
Βία και ατυχήματα	0,37	0,978	0,63	0,732	0,35	0,447	0,579

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και τη φυσική δραστηριότητα. Οι έφηβοι που δήλωσαν ως περιοχή μόνιμης κατοικίας προάστια ανέφεραν καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας και φυσικής δραστηριότητας.

**Πίνακας 28: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά βαθμίδα εκπαίδευσης**

Συμπεριφορές	Γυμνάσιο (n=14)		Λύκειο (n=78)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,43	0,532	1,03	0,737	<b>0,004</b>
Διαιτητικές συνήθειες	2,29	0,545	2,58	0,896	0,233
Υγιεινή	3,68	0,454	3,56	0,687	0,529
Ψυχική υγεία	0,76	0,709	0,89	0,523	0,431
Φυσική δραστηριότητα	3,50	1,047	2,96	1,172	0,107
Προστατευτικοί παράγοντες	2,00	0,370	2,64	0,823	<b>0,000</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,00	0,000	0,90	1,656	<b>0,000</b>
Χρήση καπνού	0,29	0,726	0,29	0,945	0,973
Βία και ατυχήματα	0,43	0,600	0,40	0,892	0,911

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, τους προστατευτικούς παράγοντες και την σεξουαλική συμπεριφορά. Οι μαθητές Λυκείου ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, χειρότερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι, καθώς και μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία συγκριτικά με τους μαθητές Γυμνασίου.



**Πίνακας 29: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά σχολική επίδοση**

Συμπεριφορές	11-14 (n=4)		14-17 (n=44)		17-20 (n=44)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	1,63	0,722	1,01	0,761	0,81	0,690	0,070
Διαιτητικές συνήθειες	3,25	0,577	2,25	0,778	2,76	0,861	<b>0,004</b>
Υγιεινή	2,25	1,732	3,63	0,655	3,65	0,320	<b>0,000</b>
Ψυχική υγεία	1,67	0,385	0,88	0,483	0,79	0,580	<b>0,008</b>
Φυσική δραστηριότητα	1,50	0,289	3,25	1,136	2,94	1,142	<b>0,012</b>
Προστατευτικοί παράγοντες	3,25	0,962	2,67	0,916	2,34	0,648	<b>0,027</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	3,00	3,464	0,91	1,696	0,41	0,897	<b>0,003</b>
Χρήση καπνού	3,50	2,309	0,25	0,586	0,46	0,145	<b>0,000</b>
Βία και ατυχήματα	2,50	2,887	0,39	0,559	0,23	0,449	<b>0,000</b>

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις συμπεριφορές των εφήβων με εξαίρεση την κατανάλωση αλκοόλ. Οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση (10-14) ανέφεραν μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία, μεγαλύτερη χρήση καπνού και περισσότερες συμπεριφορές βίας και ατυχήματα. Οι μαθητές με μέτρια σχολική επίδοση (14-17) ανέφεραν καλύτερες διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα. Οι μαθητές με υψηλή σχολική επίδοση (17-20) ανέφεραν καλύτερα επίπεδα υγιεινής, ψυχικής υγείας και εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.

**Πίνακας 30: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά τομέα εργασίας πατέρα**

Συμπεριφορές	Δημόσιο (n=12)		Ιδιώτης (n=48)		Άνεργος (n=4)		Συνταξιούχος (n=6)		Άλλο (n=22)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	1,29	0,760	1,01	0,670	0,75	0,866	1,50	0,224	0,48	0,736	<b>0,003</b>
Διαιτητικές συνήθειες	2,71	1,122	2,50	0,779	3,63	0,722	3,33	0,719	2,11	0,591	<b>0,001</b>
Υγιεινή	3,63	0,560	3,55	0,747	3,38	0,433	3,50	0,387	3,66	0,610	0,923
Ψυχική υγεία	0,83	0,522	0,89	0,564	0,00	0,000	1,11	0,344	0,94	0,521	<b>0,018</b>
Φυσική δραστηριότητα	2,83	0,949	2,85	1,108	3,88	0,433	2,67	1,522	3,50	1,258	0,100
Προστατευτικοί παράγοντες	2,83	0,482	2,53	0,859	2,92	0,096	3,11	0,228	2,17	0,833	<b>0,032</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,00	0,000	1,17	1,950	0,00	0,000	1,00	0,894	0,36	0,902	0,067
Χρήση καπνού	0,58	0,875	0,35	1,134	0,00	0,000	0,50	0,775	0,00	0,00	0,355
Βία και ατυχήματα	0,33	0,779	0,46	1,056	0,63	0,722	0,33	0,258	0,31	0,460	0,932

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, τις διαιτητικές συνήθειες, την ψυχική υγεία και τους προστατευτικούς παράγοντες. Οι έφηβοι με πατέρα συνταξιούχο ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, ενώ οι έφηβοι με πατέρα άνεργο ανέφεραν καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας. Οι έφηβοι που δήλωσαν άλλο τομέα εργασίας πατέρα, ανέφεραν καλύτερες διατροφικές συνήθειες και βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.

**Πίνακας 31: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά τομέα εργασίας μητέρας**

Συμπεριφορές	Δημόσιο (n=14)		Ιδιώτης (n=36)		Άνεργος (n=4)		Συνταξιούχος (n=2)		Οικιακά (n=22)		Άλλο (n=14)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	1,29	0,726	0,97	0,649	0,50	0,577	1,75	0,000	0,82	0,853	0,71	0,739	0,112
Διαιτητικές συνήθειες	3,00	1,144	2,40	0,723	2,00	0,866	4,25	0,000	2,66	0,639	2,14	0,758	<b>0,002</b>
Υγιεινή	3,54	0,545	3,67	0,293	3,88	0,144	3,00	0,000	3,20	1,096	3,96	0,216	<b>0,007</b>
Ψυχική υγεία	0,57	0,514	0,87	0,530	1,17	0,192	0,67	0,000	0,91	0,526	1,05	0,702	0,215
Φυσική δραστηριότητα	3,04	0,777	2,96	1,211	2,50	1,443	0,75	0,000	2,82	1,113	4,07	0,570	<b>0,000</b>
Προστατευτικοί παράγοντες	2,79	0,400	2,35	0,894	3,33	0,192	2,83	0,000	2,70	0,816	2,26	0,789	0,071
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,14	0,363	0,50	1,320	0,00	0,000	2,00	0,000	1,64	2,321	0,71	1,069	<b>0,025</b>
Χρήση καπνού	0,29	0,726	0,03	0,116	1,00	0,577	1,50	0,000	0,50	1,618	0,29	0,545	0,067
Βία και ατυχήματα	0,68	0,840	0,28	0,504	0,00	0,000	0,50	0,000	0,60	1,445	0,23	0,207	0,442

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διαιτητικές συνήθειες, την υγιεινή, τη φυσική δραστηριότητα και την σεξουαλική συμπεριφορά. Οι έφηβοι με μητέρα άνεργη ανέφεραν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, ενώ οι έφηβοι με μητέρα συνταξιούχο ανέφεραν μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία. Οι έφηβοι που δήλωσαν άλλο τομέα εργασίας μητέρας, ανέφεραν καλύτερα επίπεδα υγιεινής και φυσικής δραστηριότητας.

**Πίνακας 32: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο πατέρα**

Συμπεριφορές	Δημοτικό (n=4)		Γυμνάσιο (n=16)		Λύκειο (n=36)		Τεχνική Σχολή (n=18)		Πανεπιστήμιο (n=18)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,75	0,289	1,22	0,612	1,07	0,774	0,69	0,604	0,72	0,87	0,124
Διαιτητικές συνήθειες	2,50	0,289	2,06	0,793	2,93	0,913	2,36	0,841	2,36	0,570	<b>0,005</b>
Υγιεινή	3,88	0,144	3,25	0,796	3,56	0,809	3,92	0,297	3,50	0,243	0,038
Ψυχική υγεία	1,33	0,000	0,88	0,515	0,81	0,640	0,93	0,593	0,78	0,362	0,387
Φυσική δραστηριότητα	2,63	1,588	2,28	1,099	2,96	1,135	3,67	0,891	3,33	1,098	<b>0,006</b>
Προστατευτικοί παράγοντες	3,67	0,577	2,79	0,934	2,52	0,774	2,50	0,824	2,15	0,431	<b>0,006</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,00	0,000	1,13	1,310	1,22	2,179	0,22	0,428	0,22	0,428	<b>0,050</b>
Χρήση καπνού	0,75	0,866	0,13	0,224	0,50	1,352	0,22	0,492	0,00	0,000	0,252
Βία και ατυχήματα	0,00	0,000	0,61	0,741	0,48	1,153	0,18	0,207	0,39	0,687	0,508

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, την ψυχική υγεία, τους προστατευτικούς παράγοντες, την σεξουαλική συμπεριφορά και τη χρήση καπνού. Οι έφηβοι που είχαν πατέρα με εκπαίδευση γυμνασίου ανέφεραν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, ενώ οι έφηβοι που είχαν πατέρα με εκπαίδευση λυκείου ανέφεραν μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία. Οι έφηβοι που είχαν πατέρα με εκπαίδευση τεχνικής σχολής ανέφεραν καλύτερη φυσική δραστηριότητα, ενώ οι έφηβοι με πατέρα που έχει πανεπιστημιακή μόρφωση ανέφεραν καλύτερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.

**Πίνακας 33: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο μητέρας**

Συμπεριφορές	Γυμνάσιο (n=10)		Λύκειο (n=46)		Τεχνική Σχολή (n=4)		Πανεπιστήμιο (n=32)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,50	0,373	0,83	0,736	0,76	0,144	1,25	0,773	<b>0,014</b>
Διαιτητικές συνήθειες	2,60	0,394	2,41	1,029	2,50	0,289	2,70	0,714	0,533
Υγιεινή	3,95	0,197	3,60	0,729	2,13	0,144	3,61	0,401	<b>0,000</b>
Ψυχική υγεία	1,07	0,263	0,77	0,608	1,17	0,192	0,92	0,542	0,241
Φυσική δραστηριότητα	2,90	1,533	2,87	1,120	2,63	0,433	3,38	1,129	0,234
Προστατευτικοί παράγοντες	2,97	0,842	2,38	0,744	3,92	0,096	2,46	0,732	<b>0,000</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,00	0,000	0,83	1,924	2,50	0,577	0,69	1,061	0,054
Χρήση καπνού	0,30	0,632	0,35	1,159	0,00	0,000	0,25	0,596	0,888
Βία και ατυχήματα	0,08	0,121	0,46	1,098	0,63	0,144	0,40	0,571	0,584

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, την υγιεινή και τους προστατευτικούς παράγοντες. Οι έφηβοι που είχαν μητέρα με εκπαίδευση γυμνασίου ανέφεραν καλύτερο επίπεδο υγιεινής, ενώ οι έφηβοι που είχαν μητέρα με εκπαίδευση λυκείου ανέφεραν καλύτερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι. Οι έφηβοι με μητέρα πανεπιστημιακής μόρφωσης ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ.

**Πίνακας 34: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές με βάση την επικοινωνία με γονείς**

Συμπεριφορές	Πολύ καλή (n=42)		Καλή (n=46)		Όχι και τόσο καλή (n=2)		Κακή (n=2)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,86	0,806	0,98	0,691	1,00	0,000	1,75	0,000	0,387
Διαιτητικές συνήθειες	2,24	0,909	2,82	0,750	2,75	0,000	2,25	0,000	<b>0,014</b>
Υγιεινή	3,68	0,770	3,46	0,546	3,75	0,000	4,00	0,000	0,321
Ψυχική υγεία	0,78	0,610	0,90	0,481	1,33	0,000	1,67	0,000	0,074
Φυσική δραστηριότητα	2,96	1,203	3,14	1,108	1,25	0,000	4,00	0,000	0,083
Προστατευτικοί παράγοντες	2,27	0,794	2,72	0,763	3,17	0,000	3,33	0,000	<b>0,014</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,86	1,829	0,61	1,256	0,00	0,000	3,00	0,000	0,156
Χρήση καπνού	0,38	1,239	0,15	0,433	1,50	0,000	0,50	0,000	0,164
Βία και ατυχήματα	0,48	1,102	0,69	0,584	0,00	0,000	0,13	0,177	0,778

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διαιτητικές συνήθειες και τους προστατευτικούς παράγοντες. Οι έφηβοι που χαρακτήρισαν την επικοινωνία με τους γονείς τους ως πολύ καλή ανέφεραν καλύτερες διατροφικές συνήθειες, καθώς και καλύτερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.

Πίνακας 35: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές με βάση την επικοινωνία μεταξύ των γονέων

Συμπεριφορές	Πολύ καλή (n=46)		Καλή (n=26)		Όχι και τόσο καλή (n=8)		Κακή (n=10)		Δεν ξέρω/Δεν απαντώ (n=2)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	0,85	0,798	0,92	0,717	0,88	0,612	1,45	0,537	1,00	0,000	0,236
Διαιτητικές συνήθειες	2,32	0,834	2,77	0,987	2,81	0,116	2,70	0,840	2,75	0,000	0,176
Υγιεινή	3,66	0,725	3,52	0,587	3,31	0,665	3,50	0,553	3,75	0,000	0,642
Ψυχική υγεία	0,77	0,583	0,92	0,502	1,25	0,154	0,80	0,652	1,33	0,000	0,125
Φυσική δραστηριότητα	2,70	1,195	3,42	1,210	3,38	0,401	3,70	0,258	1,25	0,000	<b>0,003</b>
Προστατευτικοί παράγοντες	3,15	0,665	2,97	0,822	3,13	0,647	2,60	0,634	3,07	0,000	<b>0,000</b>
Σεξουαλική συμπεριφορά	0,96	1,966	0,38	0,752	1,00	1,309	0,80	1,229	0,00	0,000	0,581
Χρήση καπνού	0,33	1,189	0,19	0,426	0,00	0,000	0,40	0,615	1,50	0,000	0,306
Βία και ατυχήματα	0,38	1,050	0,28	0,471	0,69	0,579	0,73	0,820	0,00	0,000	0,505

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα και τους προστατευτικούς παράγοντες. Οι έφηβοι που χαρακτήρισαν την επικοινωνία μεταξύ των γονέων ως καλή ανέφεραν καλύτερη φυσική δραστηριότητα, ενώ οι έφηβοι που χαρακτήρισαν την επικοινωνία μεταξύ των γονέων τους ως πολύ καλή ανέφεραν καλύτερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι.

**Πίνακας 36: Συμπεριφορές υγείας εφήβων – διαφορές με βάση την οικονομική κατάσταση της οικογένειας**

Συμπεριφορές	Πολύ καλή (n=10)		Καλή (n=60)		Όχι και τόσο καλή (n=10)		Κακή (n=2)		Δεν ξέρω/δεν απαντώ (n=10)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Χρήση αλκοόλ	1,20	0,753	0,93	0,762	1,15	0,615	1,75	0,00	0,35	0,357	<b>0,025</b>
Διαιτητικές συνήθειες	2,45	0,904	2,43	0,776	2,90	1,276	2,25	0,000	2,95	0,771	0,257
Υγιεινή	3,15	1,308	3,59	0,584	3,80	0,307	4,00	0,000	3,60	0,129	0,180
Ψυχική υγεία	1,20	0,689	0,72	0,460	1,20	0,571	1,67	0,000	0,93	0,605	<b>0,002</b>
Φυσική δραστηριότητα	2,70	1,098	3,02	1,166	3,05	1,006	4,00	0,000	3,30	1,476	0,612
Προστατευτικοί παράγοντες	2,53	0,680	2,61	0,835	2,63	0,765	3,33	0,000	1,90	0,516	0,061
Σεξουαλική συμπεριφορά	1,60	2,366	0,77	1,555	0,20	0,422	3,00	0,000	0,00	0,000	<b>0,026</b>
Χρήση καπνού	1,50	2,261	0,12	0,384	0,40	0,615	0,50	0,000	0,00	0,000	<b>0,000</b>
Βία και ατυχήματα	1,10	2,066	0,34	0,554	0,15	0,211	0,13	0,177	0,40	0,592	0,084

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, την ψυχική υγεία, την σεξουαλική συμπεριφορά και τη χρήση καπνού. Οι έφηβοι που χαρακτήρισαν την οικονομική κατάσταση της οικογένειας τους ως κακή ανέφεραν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ και σεξουαλική εμπειρία. Οι έφηβοι με καλή οικογενειακή οικονομική κατάσταση ανέφεραν καλύτερο επίπεδο ψυχική υγείας, ενώ η έφηβοι με πολύ καλή οικονομική κατάσταση οικογένειας ανέφεραν μεγαλύτερη χρήση καπνού.



#### 4.4. Συσχετίσεις συμπεριφορών υγείας

Υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους συμπεριφορών υγείας των εφήβων του δείγματος. Ο έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της συσχέτισης των τάξεων που μπορεί να συνδέει τις ποσοτικές συνεχείς μεταβλητές είναι ο έλεγχος Pearson.

**Πίνακας 37: Συσχετίσεις συμπεριφοράς υγείας**

	ΧΑ		ΔΣ		ΥΓ		ΨΥ		ΦΔ		ΠΠ		ΣΣ		ΧΚ		ΒΑ	
	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.	R	Sig.
<b>ΧΑ</b>	1	.	,216*	,039	-,242*	,020	,052	,620	-,085	,420	,317**	,002	,388**	,000	,332**	,001	,297**	,004
<b>ΔΣ</b>			1	.	-,408**	,000	-,055	,601	-,172	,101	,297**	,004	,188	,072	,221*	,034	,177	,091
<b>ΥΓ</b>					1	.	-,195	,063	,305**	,003	-,376**	,000	-,380**	,000	-,506**	,000	-,653**	,000
<b>ΨΥ</b>							1	.	,048	,652	,111	,292	,364**	,000	,252*	,016	,184	,080
<b>ΦΔ</b>									1	.	-,051	,632	-,168	,110	-,233*	,025	-,090	,395
<b>ΠΠ</b>											1	.	,128	,225	,167	,113	,091	,387
<b>ΣΣ</b>													1	.	,445**	,000	,385**	,000
<b>ΧΚ</b>															1	.	,658**	,000
<b>ΒΑ</b>																	1	.

\*ΧΑ (Χρήση Αλκοόλ), ΔΣ (Διαιτητικές Συνήθειες), ΥΓ (Υγιεινή), ΨΥ (Ψυχική Υγείας), ΦΔ (Φυσική Δραστηριότητα), ΠΠ (Προστατευτικοί Παράγοντες), ΣΣ (Σεξουαλική Συμπεριφορά), ΧΚ (Χρήση Καπνού), ΒΑ (Βία και Ατυχήματα)

Παρατηρούνται θετικές και αρνητικές συσχετίσεις στις περισσότερες επιμέρους συμπεριφορές υγείας, γεγονός που εκφράζει και την σχέση των παραγόντων που εκφράζουν τη μέση ένταση κάθε κλίμακας στάσεων. Η πλειοψηφία των συσχετίσεων που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές, είναι μέτριας και χαμηλής έντασης.

Μέτριες συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ:

- Χρήσης αλκοόλ και προστατευτικών παραγόντων ( $r=0,317$ ,  $p=002$ )
- Χρήσης αλκοόλ και σεξουαλικής συμπεριφοράς ( $r=0,388$ ,  $p=000$ )
- Χρήσης αλκοόλ και χρήσης καπνού ( $r=0,332$ ,  $p=001$ )
- Διαιτητικών συνηθειών και υγιεινής ( $r=-0,408$ ,  $p=000$ )
- Υγιεινής και φυσικής δραστηριότητας ( $r=0,305$ ,  $p=003$ )
- Υγιεινής και προστατευτικών παραγόντων ( $r=-0,376$ ,  $p=000$ )
- Υγιεινής και σεξουαλικής συμπεριφοράς ( $r=-0,380$ ,  $p=000$ )
- Ψυχικής υγείας και σεξουαλικής συμπεριφοράς ( $r=0,364$ ,  $p=000$ )
- Σεξουαλικής συμπεριφοράς και χρήσης καπνού ( $r=0,445$ ,  $p=000$ )
- Σεξουαλικής συμπεριφοράς και βίας/ατυχημάτων ( $r=0,385$ ,  $p=000$ )

Χαμηλές συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ:

- Χρήσης αλκοόλ και διαιτητικών συνηθειών ( $r=0,216$ ,  $p=039$ )
- Χρήσης αλκοόλ και υγιεινής ( $r=-0,242$ ,  $p=020$ )
- Χρήσης αλκοόλ και βίας/ατυχημάτων ( $r=0,297$ ,  $p=004$ )
- Διαιτητικών συνηθειών και προστατευτικών παραγόντων ( $r=0,297$ ,  $p=004$ )
- Διαιτητικών συνηθειών και χρήσης καπνού ( $r=0,221$ ,  $p=034$ )
- Ψυχικής υγείας και χρήσης καπνού ( $r=0,252$ ,  $p=016$ )
- Φυσικής δραστηριότητας και χρήσης καπνού ( $r=-0,233$ ,  $p=025$ )

Ισχυρές συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ:

- Υγιεινής και χρήσης καπνού ( $r=-0,506$ ,  $p=000$ )
- Υγιεινής και βίας/ατυχημάτων ( $r=-0,653$ ,  $p=0,000$ )
- Χρήσης καπνού και βίας/ατυχημάτων ( $r=0,658$ ,  $p=0,000$ )

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Συζήτηση - Συμπεράσματα

#### 5.1 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στην διερεύνηση των στάσεων και συμπεριφορών σε θέματα υγείας εφήβων μαθητών Γυμνασίου και Λυκείου που διαμένουν στο νομό Κορινθίας, με σκοπό την μελλοντική οργάνωση μίας στρατηγικής για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Γενικά, η περίοδος της εφηβείας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια της ζωής του ανθρώπου που χωρίζει την παιδική ηλικία από την ενηλικίωση. Αποτελεί μία περίοδο ορμονικών και βιολογικών σωματικών μεταβολών που αποτελούν το έναυσμα ψυχολογικών και συμπεριφορικών μεταπτώσεων. Συνεπώς, η ροπή προς νευρικές εκρήξεις, ριψοκίνδυνες επιλογές και επαναστατικές τάσεις δεν είναι απλά μία φήμη, αλλά απόρροια των παραπάνω μεταβολών.

Η διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών για την αποφυγή επιβλαβών για την υγεία έξεων αποτελεί έναν από τους βασικούς στόχους της προαγωγής της υγείας στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό (Λάγγας, 2002), με απώτερο σκοπό τη διαμόρφωση και τη θεμελίωση θετικών για την υγεία πεποιθήσεων και στάσεων στην ενήλικη ζωή (Τούντας, 2000).

Η μελέτη του τρόπου ζωής και των αξιών της εφηβείας, για τον προσδιορισμό της υπάρχουσας κατάστασης, την εκτίμηση των αναγκών και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης/προαγωγής υγείας, προϋποθέτει την αξιόπιστη και έγκυρη καταγραφή των συμπεριφορών που οι έφηβοι τείνουν να υιοθετήσουν.

#### 5.2. Βασικές συμπεριφορές υγείας εφήβων

Από τη σύνοψη των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων, αναδεικνύονται παρακάτω οι βασικές συμπεριφορές υγείας των εφήβων ηλικίας 14-18 ετών του δείγματος. Οι συμπεριφορές που εξετάστηκαν προσανατολίστηκαν σε εννέα θεματικές ενότητες: χρήση αλκοόλ, διαιτητικές συνήθειες, υγιεινή, ψυχική υγεία, φυσική δραστηριότητα, προστατευτικοί παράγοντες, σεξουαλική συμπεριφορά, χρήση καπνού, βία και ατυχήματα.

### 5.2.1. Χρήση αλκοόλ

Σχεδόν εννέα στους δέκα εφήβους (89,1%) που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν ότι έχουν δοκιμάσει κάποιο αλκοολούχο ποτό μέχρι σήμερα στη ζωή τους, ποσοστό που είναι κοντά στο αντίστοιχο που βρέθηκε στους έλληνες εφήβους (μαθητές ηλικίας 15-16 ετών) που συμμετείχαν στην ευρωπαϊκή έρευνα ESPAD 2011 (93%), αλλά πολύ μακριά από το αντίστοιχο ποσοστό της έρευνας HBSC/WHO για το 2014 (53,3%) σε μαθητές ηλικίας 11, 13 και 15 ετών. Πρώιμη έναρξη κατανάλωσης οινοπνεύματος ( $\leq 13$  ετών) δήλωσε το 26,8% του δείγματος, εύρημα πολύ μικρότερο από αυτό της μελέτης ESPAD 2001 (66%), το οποίο περιγράφει το ποσοστό των μαθητών με έναρξη αυτής της συμπεριφοράς ακριβώς στην ίδια ηλικία. Τα αντίστοιχα ποσοστά που βρέθηκαν στη μελέτη HBSC για τη χώρα μας ήταν πολύ μικρότερα (47% για το έτος 2005-2006 και 46% για το έτος 2009-2010).

Το 67,4% των εφήβων στην παρούσα έρευνα δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ήπιαν τουλάχιστον ένα ποτό που περιείχε αλκοόλ την ημέρα, ενώ το 39,2% ανέφερε κατανάλωση παραπάνω από 1 ποτό την ημέρα, τις ημέρες που ήπια αλκοόλ. Τα ευρήματα της μελέτης εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά συγκριτικά με τα αντίστοιχα στην έρευνα HBSC/WHO 2014, σύμφωνα με τα οποία σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους (30%) ανέφερε κατανάλωση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Ωστόσο και στις δύο μελέτες, τα αγόρια ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια. Διαχρονικά, παρατηρείται μείωση στο ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κατανάλωση αλκοόλ. Ειδικότερα, από το 2010 στο 2014 μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό των εφήβων που ανέφεραν πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ (από 41,5% σε 30%). Η μείωση αυτή παρατηρήθηκε σε όλες τις ηλικίες, ενώ το ίδιο δεν ισχύει για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, δηλαδή περισσότερο από 5 ποτά την ημέρα, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ανέφερε το 6,5% του δείγματός μας, ποσοστό σημαντικά μικρότερο από τα αντίστοιχα των μελετών ESPAD 2011 (45%) και ESPAD 2007 (41%), τα οποία κατέταξαν τη χώρα μας στις υψηλότερες χώρες κατάχρησης αλκοόλ (μέσος ευρωπαϊκός όρος 39% για το 2011 και 43% για το 2007). Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι τα περιστατικά μέθης των ελλήνων εφήβων που καταγράφηκαν στην έρευνα ESPAD (12%) ήταν πολύ μικρότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (18%) και για

τις δύο διαδοχικές χρονολογίες, αναδεικνύοντας μία διάσταση στις απαντήσεις των εφήβων όσον αφορά το αντικειμενικό ποσοστό ποσότητας καταναλωμένων αλκοολούχων ποτών από τη μία πλευρά και των περιστατικών μέθης από την άλλη, τα οποία ερμηνεύονται υποκειμενικά από τους εφήβους.

Το 28,3% των εφήβων του δείγματός μας ανέφεραν ότι είχαν τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης στη ζωή τους, με τα αγόρια να αναφέρουν υψηλότερο ποσοστό μέθης συγκριτικά με τα κορίτσια. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο της έρευνας HBSC/WHO 2014 (20,6%), ενώ επιπλέον στην εν λόγω έρευνα αγόρια και κορίτσια ανέφεραν σε παρόμοια ποσοστά μέθη.

Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ και μέθης. Το 2014, ένας στους πέντε 15χρονους εφήβους (20,5%) ανέφερε ότι, όταν πίνει, πίνει συνήθως τουλάχιστον 3 ποτά, ενώ σε ποσοστό 5,8% ανέφεραν ότι πίνουν 5 ή περισσότερα ποτά (HBSC/WHO, 2014). Ένας στους οκτώ 15χρονους (11,9%) ανέφερε ότι είχε μεθύσει κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας (11,9%), ενώ ποσοστό 4,9% των 11χρονων ανέφεραν ότι έχουν μεθύσει έστω και μια φορά στη ζωή τους (HBSC/WHO, 2014). Στην έρευνά μας, οι 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ (88,9%) και μέθης (44,4%), ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι στη δωδεκαετία 2002-2014 μειώθηκαν σημαντικά τα περιστατικά μέθης στους εφήβους (από 24,4% σε 20,6%), κυρίως στις μικρότερες ηλικίες.

Η σύνδεση της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ από εφήβους με πολλές συμπεριφορές κινδύνου, όπως επιθετική συμπεριφορά, παραβατικότητα, κ.λπ. επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της μελέτης μας, σύμφωνα με τα οποία ένας στους δέκα εφήβους (10,9%) ανέφερε ότι είχε προβλήματα με την οικογένειά του ή τους φίλους του, απουσίασε από το σχολείο ή έμπλεξε σε τσακωμούς, ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης αλκοόλ. Αγόρια και κορίτσια ανέφεραν σε παρόμοια ποσοστά προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ παρά το γεγονός ότι οι 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και μέθης, εμφάνισαν παρόμοια ποσοστά με τους 16χρονους και τους 17χρονους εφήβους.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ με βάση το φύλο, την ηλικία, τη βαθμίδα εκπαίδευσης, τον τομέα εργασίας του πατέρα, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, καθώς και την οικονομική κατάσταση της οικογενείας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ ανέφεραν τα αγόρια, οι 17χρονοι έφηβοι, οι μαθητές λυκείου, οι έφηβοι με πατέρα συνταξιούχο και μητέρα πανεπιστημιακής μόρφωσης, καθώς και αυτοί που χαρακτήρισαν ως κακή την οικονομική κατάσταση της οικογενείας τους. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της χρήσης αλκοόλ με τις διατροφικές συνήθειες, την υγιεινή, τους προστατευτικούς παράγοντες, την σεξουαλική συμπεριφορά, τη χρήση καπνού, τη βία και τα ατυχήματα.

### **5.2.2. Διαιτητικές συνήθειες**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων του δείγματος (82,5%) ανέφερε κανονικό (φυσιολογικό) βάρος για την ηλικία και το φύλο τους, ενώ δεν παρατηρήθηκαν τιμές που να αντιστοιχούν σε λιποβαρείς και παχύσαρκους εφήβους. Από την άλλη, τα ποσοστά υπέρβαρου βρέθηκαν σημαντικά υψηλά, αναδεικνύοντας το γεγονός ότι η παχυσαρκία συνεχίζει να αποτελεί επιδημία για τη χώρα μας ακόμα και στις νεαρές ηλικίες. Σχεδόν ένας στους πέντε εφήβους (17,5%) του δείγματος ήταν υπέρβαρος, δηλαδή είχε βάρος άνω του κανονικού (αναλογία αγόρια προς κορίτσια 5:1), αλλά όχι παχύσαρκος. Η παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι το ποσοστό των ελλήνων εφήβων οι οποίοι είναι υπέρβαροι είναι σημαντικό υψηλό, ιδιαίτερα μεταξύ των αγοριών. Το βασικό μήνυμα της μελέτης αναφορικά με το σωματικό βάρος είναι ο υψηλός επιπολασμός των συμπεριφορών μείζονος κινδύνου σχετικά με το βάρος, η δυσαρέσκεια και η αρνητική εικόνα σώματος, που υιοθετούν συχνές συμπεριφορές για απώλεια βάρους, ιδιαίτερα για τα νεαρά κορίτσια.

Ένα μειονέκτημα της έρευνας στην ανάλυση των δεδομένων αποτελεί το γεγονός ότι τα ανθρωπομετρικά στοιχεία των συμμετεχόντων εφήβων προήλθαν από αυτοαναφορές. Το ποσοστό του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους στην εφηβική ηλικία που καταγράφηκε στη μελέτη μας ήταν 28,6% για τα αγόρια και μόλις 5,3% για τα κορίτσια. Δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και της ηλικίας αναφορικά με το ποσοστό του υπερβάλλοντος βάρους συνολικά.

Τα ποσοστά αυτά είναι χαμηλότερα συγκριτικά με τα αποτελέσματα άλλων μελετών στον ελλαδικό χώρο, οι οποίες χρησιμοποίησαν ανθρωπομετρικά δεδομένα που προέκυψαν μέσω αντικειμενικών μετρήσεων των συμμετεχόντων εφήβων από τους ερευνητές (Krassa et al. 2001; Kosti et al., 2007; Tzotzas et al., 2008). Για παράδειγμα, η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Παχυσαρκίας κατέγραψε το 2003 ότι περίπου το 23,5% των ελλήνων εφήβων ηλικίας 13-19 ετών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (Tzotzas et al., 2008). Μικρότερα ποσοστά υπέρβαρου, τα οποία πλησιάζουν τα ποσοστά της παρούσας μελέτης, σημειώθηκαν σε αντίστοιχες μελέτες εφήβων στην Αθήνα (19%) (207) και στη Θεσσαλονίκη (21,6%) (Krassas et al., 2001). Σε γενικές γραμμές, στις μελέτες που χρησιμοποιούνται αναφορές των ίδιων των εφήβων σχετικά με το σώμα τους, συχνά αναφέρεται ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι διατηρούν την τάση δήλωσης χαμηλότερου βάρους και μεγαλύτερου ύψους από το πραγματικό τους (Tienboon et al. 1992; Crawley & Portides, 1995; Brener et al., 2003). Τα σφάλματα αυτοαναφοράς είναι συνήθως συχνότερα στα κορίτσια, καθώς αυτά εμφανίζουν μεγαλύτερη ανησυχία σχετικά με την εμφάνισή τους, κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες (Gorber et al., 2007; Himes, 2009). Επομένως, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το ποσοστό παχυσαρκίας που εντοπίστηκε ενδεχομένως να υποτιμά την πραγματικά έκταση του φαινομένου αυτού στους έλληνες εφήβους.

Ωστόσο, ορισμένες μελέτες του εξωτερικού σε εφηβικούς πληθυσμούς, όπως η NHANES III (National Health and Nutritional Examination Survey, Cycle III) (Strauss, 1999) και η Add Health (National Longitudinal Study of Adolescent Health) (Goodman et al., 2000) στις ΗΠΑ, έχουν προβεί στη συλλογή ακριβές στοιχείων όσον αφορά το ύψος και το βάρος των συμμετεχόντων εφήβων που προέκυψαν από αυτοαναφορές. Παρά το γεγονός ότι υποστηρίζεται πως οι ακριβείς τιμές ΔΜΣ πιθανόν να υποεκτιμώνται από την αυτοαναφορά, το 94% των εφήβων ηλικίας 12-16 ετών στις εν λόγω έρευνες φαίνεται ότι ορθά κατηγοριοποίησαν τους εαυτούς ως νορμοβαρείς ή υπέρβαρους, αναλόγως του φυσιολογικού ή του υπερβάλλοντος βάρους σώματος. Αυτό σημαίνει ότι τα ποσοστά του υπέρβαρου και παχύσαρκου που αιτιολογούνται από μεθόδους αυτοαναφοράς ενδεχομένως να είναι αρκετά ακριβή.

Όπως αποκαλύπτει η έρευνα του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014) αναφορικά με τη διατροφή, το σωματικό βάρος των εφήβων στη χώρα μας βελτιώνεται διαχρονικά, καθώς αυξάνονται οι υγιεινές συνήθειες όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η μη αποφυγή του πρωινού καθημερινά και η μείωση της πρόσληψης γλυκών και αναψυκτικών. Αναφορικά με την διατροφή, στη μελέτη μας σχεδόν εννιά στους δέκα εφήβους (89,1%) δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα έφαγαν τουλάχιστον μία φορά φρούτα την ημέρα, ενώ το 95,6% ανέφερε ότι έχει φάει λαχανικά τουλάχιστον μία φορά την ημέρα. Από την άλλη, υψηλό ποσοστό εφήβων (73,9%) ανέφερε ότι πίνει ανθρακούχα αναψυκτικά τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, ενώ τρεις στους πέντε εφήβους (60,9%) ανέφεραν κατανάλωση fast food σε εστιατόριο τουλάχιστον μία ημέρα την εβδομάδα. Η πλειονότητα των εφήβων τρώει τόσο φρούτα όσο και λαχανικά σε καθημερινή βάση, σε υψηλότερο ποσοστό τα κορίτσια (95,5% και 100%) συγκριτικά με τα αγόρια (83,3% και 91,7%). Αγόρια και κορίτσια δηλώνουν παρόμοια ποσοστά (75% και 72,7% αντίστοιχα) όσον αφορά την κατανάλωση αναψυκτικών, ενώ τα αγόρια αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης fast food (70,8%) σε σχέση με τα κορίτσια (50%). Στην αντίστοιχη έρευνα του ΕΠΙΨΥ υπάρχει φυλετική διακύμανση αφού τα κορίτσια τρώνε συχνότερα φρούτα και λαχανικά συγκριτικά με τα αγόρια, αλλά παραλείπουν και συχνότερα το πρωινό.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι τα αγόρια είναι περισσότερο επιρρεπή στην παχυσαρκία συγκριτικά με τα κορίτσια, χωρίς ωστόσο να είναι ξεκάθαρο αν η διαφορά αυτή οφείλεται σε διαφορετικά βιολογικά και ορμονικά χαρακτηριστικά ή/και στις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες που υιοθετούν τα παιδιά των δύο φύλων (τα κορίτσια προτιμούν τις υγιεινές τροφές, τα αγόρια προτιμούν το πρόχειρο φαγητό, τύπου fast food) (Sweeting, 2008). Από την άλλη πλευρά, τα κορίτσια έχουν την τάση αύξησης του λιπώδους ιστού τους κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αυξάνοντας έτσι το συνολικό βάρος σώματος. Το υψηλό ποσοστό λίπους που προστίθεται στις έφηβες κοπέλες έρχεται σε αντίθεση με το ιδανικό μέγεθος και σχήμα του γυναικείου σώματος που προβάλλεται στα ΜΜΕ (WHO, 2006). Ένας βασικός παράγοντας επίδρασης στην εικόνα του σώματος και τη διαστρέβλωσή της είναι το κοινωνικο-πολιτιστικό κλίμα που επικρατεί, κυρίως στις σημερινές δυτικές κοινωνίες, όπου η έμφαση στις αδύνατες φιγούρες προβάλλεται ως κύριο όπλο της ομορφιάς. Με τον τρόπο αυτό τα κορίτσια αναπτύσσουν αρνητική εικόνα σώματος και εμμονή για το ιδανικό σώμα, η οποία όμως



ενισχύει τις μη υγιείς διατροφικές συμπεριφορές μέσω των οποίων το άτομο (συχνότερα το κορίτσι) οδηγείται σε ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Όπως αποκάλυψε η έρευνα του ΕΠΙΨΥ, η ποιότητα της διατροφής των εφήβων χειροτερεύει στις μεγαλύτερες εφηβικές ηλικίες συγκριτικά με τις μικρότερες, αφού μεγαλώνοντας οι έφηβοι κάνουν λιγότερο υγιεινές επιλογές στη διατροφή τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, αν και στην ηλικία των 14-15 ετών όλοι οι έφηβοι (100%) αναφέρουν κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθημερινά, από την ηλικία των 16 ετών τα ποσοστά κατανάλωσης φρούτων μειώνονται (87,5%) ενώ και η κατανάλωση λαχανικών παρουσιάζει αισθητή μείωση στην ηλικία των 18 χρονών (77,8%). Τα ποσοστά των εφήβων που καταναλώνουν φρούτα σε καθημερινή βάση είναι ιδιαίτερα υψηλά, ενώ τα υψηλότερα ποσοστά εβδομαδιαίας κατανάλωσης fast food αναφέρουν οι 18χρονοι έφηβοι (80%).

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με διατροφικές συνήθειες με βάση το φύλο, την σχολική επίδοση των μαθητών, τον τομέα εργασίας του πατέρα και της μητέρας, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, καθώς και την επικοινωνία με τους γονείς. Συγκεκριμένα, καλύτερες διατροφικές συνήθειες ανέφεραν τα κορίτσια, οι μαθητές με μέτρια σχολική επίδοση, οι έφηβοι που δήλωσαν άλλο τομέα εργασίας πατέρα και άνεργη μητέρα, οι έφηβοι με πατέρα με εκπαίδευση γυμνασίου, καθώς και αυτοί που χαρακτήρισαν την επικοινωνία με τους γονείς τους ως πολύ καλή. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των διατροφικών συνηθειών με τη χρήση αλκοόλ, την υγιεινή, τους προστατευτικούς παράγοντες, καθώς και τη χρήση καπνού.

### **5.2.3. Υγιεινή**

Η υγιεινή των εφήβων διερευνήθηκε μέσα από συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως ο καθαρισμός ή βούρτσισμα των δοντιών και το πλύσιμο των χεριών τους. Σύμφωνα με την πανελλήνια έρευνα του ΕΠΙΨΥ για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών (HBSC/WHO, 2014), οι έφηβοι στην Ελλάδα (50,4%) συγκριτικά με τους εφήβους στο πρόγραμμα HBSC συνολικά (65,4%) απαντούν ότι βουρτσίζουν τα δόντια τους περισσότερο από μία φορά την ημέρα, εμφανίζοντας το 5<sup>ο</sup> χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του προγράμματος.

Η διαφορά αυτή καταγράφεται και στα δύο φύλα και σε όλες τις ηλικίες, είναι ωστόσο εντονότερη στα αγόρια και στους 13χρονους και 15χρονους εφήβους. Σημαντική συσχέτιση παρατηρείται με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, με το ποσοστό (και στα δύο φύλα) να αυξάνεται από τη χειρότερη στην καλύτερη οικονομική κατάσταση (Κοκκέβη και συν., 2016α).

Στην παρούσα έρευνα, τέσσερις στους πέντε εφήβους (81,4%) απάντησαν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα βούρτσισαν τα δόντια τους περισσότερο από μία φορά την ημέρα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βούρτσισμα δοντιών με βάση το φύλο και την ηλικία των εφήβων, αλλά και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Σχεδόν τρεις στους τέσσερις εφήβους (73,9%) δήλωσαν ότι πλένουν πάντα τα χέρια τους πριν το φαγητό, ενώ τέσσερις στους πέντε εφήβους (80,4%) ανέφεραν ότι πλένουν πάντα τα χέρια τους μετά τη χρήση της τουαλέτας. Επίσης, υψηλό ποσοστό εφήβων (84,8%) δήλωσε ότι χρησιμοποιεί πάντα σαπούνι όταν πλένει τα χέρια του. Τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στο πλύσιμο των χεριών τους μετά τη χρήση της τουαλέτας (95,5% έναντι 66,7% των αγοριών) καθώς και της χρήσης σαπουνιού (100% έναντι 70,8% των αγοριών). Επίσης τα κορίτσια εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό στο πλύσιμο των χεριών τους πριν το φαγητό (77,3%) σε σχέση με τα αγόρια (70,8%).

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με την υγιεινή με βάση το φύλο, την σχολική επίδοση των μαθητών, τον τομέα εργασίας καθώς και το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τους. Συγκεκριμένα, καλύτερο επίπεδο υγιεινής ανέφεραν τα κορίτσια, οι μαθητές με υψηλή σχολική επίδοση, οι έφηβοι που δήλωσαν για τη μητέρα τους άλλο τομέα εργασίας και εκπαίδευση γυμνασίου. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της υγιεινής με την κατανάλωση αλκοόλ, τις διατροφικές συνήθειες, τη φυσική δραστηριότητα, τους προστατευτικούς παράγοντες, τη σεξουαλική συμπεριφορά, τη χρήση καπνού, τη βία και τα ατυχήματα.

#### 5.2.4. Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία των εφήβων διερευνήθηκε μέσα από συμπεριφορές που σχετίζονται με συναισθήματα της μοναξιάς, διαταραχές της διάθεσης, αυτοκτονικές συμπεριφορές και φιλικές σχέσεις. Το συναίσθημα της μοναξιάς έχει ερευνηθεί κυρίως στους ενηλίκους και αισθητά λιγότερο στους εφήβους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα παιδιά δεν νιώθουν μοναξιά και ότι ο άνθρωπος αρχίζει να νιώθει μοναξιά από την εφηβεία και μετά. Ωστόσο νεότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι και τα παιδιά βιώνουν αυτό το συναίσθημα και μάλιστα αυτό δεν διαφέρει πολύ από το αντίστοιχο των ενηλίκων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ποσοστό 56,6% των εφήβων ανέφεραν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών έχουν νιώσει συναισθήματα μοναξιάς, με τα κορίτσια να καταγράφουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο συγκριτικά με τα αγόρια (63,7% έναντι 50,1%). Στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανέφεραν οι 14χρονοι (75%) και 18χρονοι (77,8%) έφηβοι συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες εφήβων. Σε αντίστοιχη έρευνα της Σκουλάκη (2016), η μοναξιά φαίνεται πως ενοχλεί περισσότερο τα κορίτσια (75,4%) από τα αγόρια (63,6%), καθώς και πιο πολύ τους εφήβους συγκριτικά με τους προεφήβους. Έτσι το ποσοστό των εφήβων 13 και 14 ετών που ορίζει τη μοναξιά ως σημαντικό πρόβλημα κυμαίνεται στο 54,3%, το αντίστοιχο ποσοστό των 15χρονων είναι 73,8%, ενώ στους 16χρονους και 17χρονους ανεβαίνει στο 80,3%.

Σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους (32,6%) στην παρούσα έρευνα δήλωσε ότι κάποιες ή/και τις περισσότερες φορές ανησυχεί για κάτι ώστε να μην μπορεί να κοιμηθεί τη νύχτα. Το κορίτσι φύλο βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντικό, όπως και η ηλικία των 17 χρονών. Παρόλη τη σημαντική επικράτηση των αγχωδών διαταραχών στην εφηβεία, η έρευνα για αυτή την ψυχοπαθολογική οντότητα είναι λιγότερο μελετημένη (Zahn-Waxler et al., 2000). Οι Merikangas et al. (2010) βρήκαν ότι το 31,9% των υπό μελέτη εφήβων πληρούσε τα κριτήρια για κάποια αγχώδη διαταραχή, ενώ το ποσοστό για την ανάπτυξη ειδικής φοβίας ανερχόταν στο 19,3%. Επιπλέον, στην ίδια επιδημιολογική μελέτη επιβεβαιώνονται οι διαφυλικές διαφορές με τα κορίτσια να εμφανίζουν πιο συχνά υπότυπους αγχωδών διαταραχών με τη μεγαλύτερη διαφορά στο φύλο να εντοπίζεται στην εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, έχει

φανεί πως οι έφηβοι οι οποίοι θα εκδηλώσουν κάποια αγχώδη διαταραχή είναι πιθανό να έχουν αυξημένα ποσοστά άγχους στην ενήλικη ζωή (Woodward & Fergusson, 2001).

Στην έρευνά μας, οκτώ έφηβοι (8,7% στο σύνολο του δείγματος) ανέφεραν ότι είχαν σκεφτεί σοβαρά την απόπειρα αυτοκτονίας, με τους μισούς από αυτούς (4,3%) να είχαν προβεί σε κάποιο σχέδιο σχετικά με το πώς θα προσπαθούσαν κάτι τέτοιο. Παράλληλα, δύο έφηβοι (2,2%) δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών είχαν επιχειρήσει έξι ή περισσότερες φορές να αυτοκτονήσουν.

Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές παρουσιάζουν επίσης μεγάλη επικράτηση (Diaz et al., 2002; Johnson, et al., 2002). Μάλιστα έχει βρεθεί πως οι αυτοκτονίες αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών μετά από τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες (Feldman, 2010). Στην εφηβεία, το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι υψηλότερο στα αγόρια παρά στα κορίτσια παρόλο που τα κορίτσια προβαίνουν συχνότερα σε απόπειρες αυτοκτονίας. Υπολογίζεται ότι επιτυχής είναι μια σε κάθε 200 απόπειρες αυτοκτονίας και από τα δύο φύλα (Joseph et al., 2003). Στην Ελλάδα, πρόσφατη μελέτη των Kokkevi, Rotsika, Arapaki και Richardson (2011) σε εφήβους ηλικίας 14-18 ετών, κατέδειξε διπλάσια ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας συγκριτικά με μετρήσεις των προηγούμενων δεκαετιών.

Η ύπαρξη ενός πολύ καλού φίλου είναι ασπίδα κατά της μοναξιάς. Ο καλός φίλος στον οποίο κάποιος μπορεί να μιλήσει εμπιστευτικά και να αναζητήσει βοήθεια σε δύσκολες στιγμές προφυλάσσει από την συναισθηματικού τύπου μοναξιά. Ο καλός φίλος μπορεί να μην είναι από την ίδια τάξη, αλλά από κάποια άλλη τάξη στο ίδιο σχολείο, από το φροντιστήριο, από τη γειτονιά ή και μέσα από την οικογένεια (ο αδελφός - αδελφή). Στην έρευνά μας διερευνήθηκε ο αριθμός των κοντινών (στενών) φίλων, με τους εφήβους να αναφέρουν στην πλειονότητά τους (63%) τουλάχιστον 3 στενούς φίλους, ενώ το 32,6% έχουν 1 με 2 στενούς φίλους. Τουλάχιστον 3 στενούς φίλους έχουν σε υψηλότερο ποσοστό τα αγόρια (79,2%) συγκριτικά με τα κορίτσια (45,5%), ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές και μεταξύ των πέντε ηλικιακών ομάδων (50% των 14χρονων και 15χρονων, 62,5% των 16χρονων, 71,4% των 17χρονων και 55,5% των 18χρονων).

Σύμφωνα με την πανελλήνια έρευνα του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014), οι έφηβοι στην Ελλάδα εμφανίζουν το 3ο υψηλότερο ποσοστό (73,8%) μεταξύ των χωρών του προγράμματος HBSC (61,8%) που αναφέρουν ότι νιώθουν υποστήριξη από τους φίλους τους. Η διαφορά αυτή είναι ορατή τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια και στις τρεις ηλικιακές ομάδες. Παρατηρείται σημαντική συσχέτιση της μεταβλητής με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, με το ποσοστό των κοριτσιών (όχι των αγοριών) που νιώθουν υποστήριξη να αυξάνεται από τη χειρότερη στην καλύτερη οικονομική κατάσταση.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία με βάση το φύλο, την ηλικία, την περιοχή μόνιμης κατοικίας, την σχολική επίδοση, τον τομέα εργασίας πατέρα, καθώς και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Συγκεκριμένα, καλύτερο επίπεδο ψυχικής υγείας ανέφεραν τα αγόρια, οι 15χρονοι έφηβοι, οι έφηβοι που δήλωσαν ως περιοχή μόνιμης κατοικίας προάστια, οι μαθητές με υψηλή σχολική επίδοση, οι έφηβοι με πατέρα άνεργο, καθώς και οι έφηβοι που χαρακτήρισαν καλή την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της ψυχικής υγείας με την σεξουαλική συμπεριφορά και τη χρήση καπνού.

#### **5.2.5. Φυσική δραστηριότητα**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ποσοστό 13% των εφήβων ανέφερε καθημερινή σωματική άσκηση την τελευταία εβδομάδα για τουλάχιστον 60 λεπτά την ημέρα, ενώ ένας στους τέσσερις εφήβους (41,3%) δήλωσε ότι την τελευταία εβδομάδα περπάτησε καθημερινά ή πήγε με το ποδήλατο σχολείο. Σε παρόμοιο ποσοστό (13,4%), στην έρευνα του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014) αναφέρθηκε καθημερινή φυσική δραστηριότητα από τους εφήβους στην Ελλάδα. Μάλιστα το ποσοστό αυτό ήταν το 4ο χαμηλότερο συγκριτικά με τους εφήβους στο πρόγραμμα HBSC συνολικά (20,1%), καταγράφοντας διαφορές και στα δύο φύλα και στις τρεις ηλικίες, ωστόσο είναι εντονότερη στα κορίτσια και στους 11χρονους.

Η πλειονότητα των εφήβων (67,4%) στην παρούσα έρευνα ανέφερε ότι κάνει 1-2 ημέρες γυμναστική στο σχολείο την εβδομάδα. Σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια (55,8%) συγκριτικά με τα κορίτσια (18,1%) αναφέρουν σωματική άσκηση για  $\geq 5$  ημέρες την εβδομάδα. Αγόρια και κορίτσια δηλώνουν παρόμοια ποσοστά (41,7% και 40,9% αντίστοιχα) όσον αφορά το καθημερινό περπάτημα ή την ποδηλασία στο δρόμο για το σχολείο. Τα κορίτσια αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (63,7%) συγκριτικά με τα αγόρια (45,8%) ότι κάνουν γυμναστική στο σχολείο για δύο ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα.

Αναφορικά με το χρόνο που περνάνε καθιστοί, όταν βρίσκονται εκτός σχολείου, το 15,2% των εφήβων δηλώνει ότι αυτό συμβαίνει για λιγότερο από μία ώρα κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας. Ωστόσο, οι περισσότεροι έφηβοι (63%) ανέφεραν ότι ο χρόνος που κάθονται είτε βλέποντας τηλεόραση είτε παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή είτε μιλώντας με φίλους είτε ακούγοντας μουσική είτε κάνοντας άλλες καθιστικές δραστηριότητες κυμαίνεται από 1-4 ώρες την ημέρα, με τα αγόρια να δηλώνουν σε μεγαλύτερα ποσοστά (29,2%) καθιστικές δραστηριότητες πέντε ή περισσότερες ώρες κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας σε σχέση με τα κορίτσια (13,6%). Σύμφωνα με την έρευνα του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014), σε χαμηλότερο ποσοστό (60,9%) οι έφηβοι στην Ελλάδα αναφέρουν ότι βλέπουν τηλεόραση για τουλάχιστον δύο ώρες καθημερινά, συγκριτικά με τους έφηβους στο πρόγραμμα HBSC συνολικά (58,5%). Η διαφορά αυτή καταγράφεται και στα δύο φύλα και στις μεγαλύτερες ηλικίες, είναι όμως αντίστροφη –με μικρή διαφορά– στους 11χρονους.

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές στις συμπεριφορές που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα με βάση την ηλικία. Οι 16χρονοι και 17χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά σωματικής άσκησης (37,5% και 38% αντίστοιχα) για  $\geq 5$  ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι 18χρονοι έφηβοι δήλωσαν το μικρότερο ποσοστό (11,1%) όσον αφορά το καθημερινό περπάτημα ή την ποδηλασία στο δρόμο για το σχολείο. Οι 17χρονοι έφηβοι ανέφεραν σε μικρότερο ποσοστό (33,4%) ότι κάνουν γυμναστική στο σχολείο για δύο ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα, ενώ οι 16χρονοι και 18χρονοι έφηβοι δήλωσαν σε μεγαλύτερα ποσοστά (37,5% και 33,3% αντίστοιχα) ότι κάθονται πέντε ή περισσότερες ώρες κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας.

Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα με βάση την περιοχή μόνιμης κατοικίας, την σχολική επίδοση, τον τομέα εργασίας της μητέρας, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, καθώς και την επικοινωνία μεταξύ των γονέων. Συγκεκριμένα, καλύτερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ανέφεραν οι έφηβοι που δήλωσαν ως περιοχή μόνιμης κατοικίας προάστια, μέτρια σχολική επίδοση, άλλο τομέα εργασίας μητέρας, πατέρα με εκπαίδευση τεχνικής σχολής, καθώς και καλή επικοινωνία μεταξύ των γονέων. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της φυσικής δραστηριότητας με την υγιεινή και τη χρήση καπνού.

#### **5.2.6. Προστατευτικοί παράγοντες**

Προστατευτικοί θεωρούνται οι παράγοντες εκείνοι που έχουν φανεί ότι συνδέονται με καλή προσαρμογή του ατόμου υπό συνθήκες βίωσης αντίξοων συνθηκών ζωής (Wright & Masten, 2005; Masten & Gewirtz, 2006). Στην έρευνα για την ψυχική ανθεκτικότητα κυριαρχούν τρεις κατηγορίες παραγόντων που φαίνεται να δρουν προστατευτικά για τα παιδιά και τους εφήβους απέναντι σε απειλητικές συνθήκες: (α) τα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού, (β) τα οικογενειακά χαρακτηριστικά και (γ) τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (Masten, 2007).

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά του παιδιού, παράγοντες όπως η ιδιοσυγκρασία, η νοημοσύνη, το γνωστικό επίπεδο, οι ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα ρύθμισης τους συναισθήματος, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η ικανότητα για σύναψη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, καθώς και η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία, τα ταλέντα, η αίσθηση του χιούμορ και η ελκυστικότητα έχει βρεθεί να δρουν προστατευτικά απέναντι σε στρεσογόνες απειλητικές συνθήκες ζωής (Μόττη-Στεφανίδη, 2006; Wright et al., 2013).

Στα χαρακτηριστικά της οικογένειας που φαίνεται να έχουν ένα προστατευτικό ρόλο συγκαταλέγονται η οικογενειακή συνοχή, οι γονεϊκές πρακτικές, η ζεστασιά και διαθεσιμότητα, οι θετικές αδελφικές σχέσεις, η αρμονία στη σχέση των γονέων, η εποικοδομητική χρήση του ελεύθερου χρόνου, η συνεπής καθοδήγηση αλλά και η δομή και το σύστημα κανόνων που τίθενται από τους γονείς. Άλλα χαρακτηριστικά της οικογένειας, τα οποία φαίνεται να αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες είναι: η

εμπλοκή των γονέων στην εκπαίδευση του παιδιού, τα κοινωνιο-οικονομικά πλεονεκτήματα, η μετα-δευτεροβάθμια εκπαίδευση των γονέων, καθώς και η πίστη και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις (Wright et al., 2013).

Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στη διαθεσιμότητα και τη χρήση των εξωτερικών υποστηρικτικών συστημάτων. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, το σχολικό πλαίσιο και οι ευκαιρίες αναψυχής σε αυτό, τα χαρακτηριστικά της γειτονιάς όπως η αίσθηση ασφάλειας, η πρόσβαση σε υπηρεσίες εκτάκτου ανάγκης, η αξία που αποδίδει το ευρύτερο σύστημα στην εκπαίδευση και οι πόροι που διαθέτει γι' αυτό το σκοπό, η πρόληψη και προστασία από την καταπίεση ή την πολιτική βία, αλλά και η χαμηλή ανοχή στη σωματική βία (Μόττη-Στεφανίδη, 2006; Wright et al., 2013).

Στην παρούσα μελέτη οι προστατευτικοί παράγοντες διερευνήθηκαν μέσα από το σχολικό και το οικογενειακό περιβάλλον των εφήβων και τις εμπειρίες τους στο σχολείο και στο σπίτι. Αναφορικά με το σχολικό περιβάλλον, οι ερωτήσεις αφορούσαν τις αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο και τις εμπειρίες των εφήβων από τις στάσεις των συμμαθητών τους. Αναφορικά με το οικογενειακό περιβάλλον, οι ερωτήσεις αφορούσαν την επικοινωνία στην οικογένεια, την υποστήριξη από την οικογένεια, καθώς και τον γονεϊκό έλεγχο.

Η πλειονότητα των εφήβων (37%) ανέφερε ότι ποτέ δεν έχασε κάποια μαθήματα ή δεν πήγε στο σχολείο αδικαιολόγητα κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Ποσοστό 28,3% των εφήβων ανέφεραν ότι αυτό συνέβη 1 ή 2 ημέρες, ενώ ένας στους τέσσερις εφήβους (26,1%) δήλωσε ότι έχασε κάποια μαθήματα ή δεν πήγε στο σχολείο αδικαιολόγητα έξι ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές με βάση τις ηλικίες των εφήβων, με τους μεγαλύτερους σε ηλικία μαθητές να αναφέρουν περισσότερες αδικαιολόγητες απουσίες από το σχολείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.

Σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους (36,9%) δήλωσε ότι ποτέ έως σπάνια οι περισσότεροι συμμαθητές στο σχολείο τους ήταν ευγενικοί και εξυπηρετικοί. Η πλειονότητα των εφήβων ανέφερε ότι οι γονείς/κηδεμόνες τους δεν έλεγξαν ποτέ αν έχουν κάνει τις σχολικές εργασίες τους (58,7%), αντιλαμβάνονται πάντα ή τις περισσότερες φορές τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους (47,8%), γνωρίζουν πραγματικά τις κάνουν στον



ελεύθερο χρόνο τους (43,5%), ενώ δεν πειράζουν ποτέ τα πράγματά τους χωρίς την έγκρισή τους (63%).

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις εμπειρίες που σχετίζονται με τον έλεγχο των σχολικών εργασιών των εφήβων από τους γονείς/κηδεμόνες τους και τη γνώση σχετικά με το τι κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους, με βάση το φύλο. Τα αγόρια εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στον έλεγχο των σχολικών εργασιών τους, ενώ τα κορίτσια εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά στο βαθμό στον οποίο οι γονείς/κηδεμόνες γνωρίζουν για τις δραστηριότητές τους, όπως τι κάνουν στον ελεύθερο τους χρόνο. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις εμπειρίες των εφήβων που σχετίζονται με το σχολείο και το σπίτι, με βάση τις πέντε ηλικίες. Τα ποσοστά που καταγράφηκαν για τις μικρότερες ηλικίες (14-15 ετών) εφήβων ήταν μικρότερα στις αναφορές τους σχετικά με τη συμπεριφορά των συμμαθητών τους στο σχολείο. Αντιθέτως, οι μεγαλύτερες ηλικίες (16-18 ετών) εφήβων ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό έλεγχο από τους γονείς/κηδεμόνες σχετικά με το αν έχουν κάνει τις σχολικές εργασίες τους και πως πειράζουν τα πράγματά τους χωρίς την έγκρισή τους, ενώ σε μικρότερο βαθμό ανέφεραν ότι οι γονείς/κηδεμόνες τους έχουν αντιληφθεί τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους, καθώς και ότι γνωρίζουν πραγματικά τι κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους.

Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με προστατευτικούς παράγοντες με βάση τη βαθμίδα εκπαίδευσης, την σχολική επίδοση, τον τομέα εργασίας του πατέρα, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας, την επικοινωνία με τους γονείς, καθώς και την επικοινωνία μεταξύ των γονέων. Συγκεκριμένα, καλύτερα βιώματα εμπειριών στο σχολείο και στο σπίτι ανέφεραν οι μαθητές γυμνασίου, οι μαθητές με υψηλή σχολική επίδοση, οι έφηβοι που δήλωσαν άλλο τομέα εργασίας πατέρα, πανεπιστημιακή μόρφωση πατέρα και μητέρα με εκπαίδευση γυμνασίου, πολύ καλή επικοινωνία με τους γονείς καθώς και μεταξύ των γονέων. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των προστατευτικών παραγόντων με τη χρήση αλκοόλ, τις διατροφικές συνήθειες, καθώς και την υγιεινή.

### 5.2.7. Σεξουαλική συμπεριφορά

Η σεξουαλική ζωή των εφήβων αποτελεί ένα αρκετά σημαντικό ζήτημα, διότι αποτελεί μία έκφανση της ψυχοκοινωνικής τους υγείας. Η πρόωπη σεξουαλική ζωή σε συνδυασμό με την μειωμένη χρήση μέσων αντισύλληψης μπορεί να οδηγήσει σε βίαιη σεξουαλική συμπεριφορά και άλλες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως, χρήση αλκοόλ και καπνού, επικίνδυνη οδική συμπεριφορά, αύξηση του κινδύνου ανεπιθύμητων εγκυμοσύνων και σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Τσίτσικα, 2014β). Στην Ελλάδα η έρευνα του ΕΠΠΥ (HBSC/WHO, 2014) έδειξε ότι ένας στους τέσσερις 15χρονους (25,6%) είχε τουλάχιστον μία ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή σε αντίθεση με το δείγμα της παρούσας έρευνας όπου κανείς από τους 15χρονους δεν είχε ολοκληρώσει τη σεξουαλική του ζωή. Μάλιστα το 71,7% των εφήβων του δείγματός μας δεν είχαν ποτέ σεξουαλική επαφή. Σχεδόν τρεις στους δέκα εφήβους (28,3%) απάντησαν ότι είχαν τουλάχιστον μία ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή στη ζωή τους, με τα αγόρια (41,7%) να αναφέρουν σχεδόν τριπλάσιο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (13,6%). Σχεδόν όλοι από αυτούς (92,3%) ανέφεραν ότι αυτό συνέβη στην ηλικία 15-17 χρονών. Η μέση ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής για τα αγόρια ήταν τα 16 έτη και για τα κορίτσια τα 17 έτη. Ωστόσο, οι σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι ανέφεραν σε ποσοστό 61,5% ότι είχαν σεξουαλική επαφή με περισσότερα από ένα άτομα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, με τα αγόρια να αναφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (70%) συγκριτικά με τα κορίτσια (13,6%).

Μεταξύ των εφήβων που ανέφεραν σεξουαλική εμπειρία, το 92,3% δήλωσαν χρήση προφυλακτικού κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή, με τα κορίτσια να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό (100%) συγκριτικά με τα αγόρια (90%). Στο ίδιο δείγμα, ποσοστό 23,1% των εφήβων ανέφεραν κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης (π.χ. αποτράβηγμα, αντισυλληπτικά χάπια, άλλη μέθοδο πρόληψης), με το ποσοστό αυτό να αφορά αποκλειστικά τα αγόρια. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη χρήση προφυλακτικού ή άλλης μεθόδου προφύλαξης με βάση τις ηλικίες των εφήβων, καθώς οι αναφορές αυτές αφορούσαν κυρίως τους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας (17-18 χρονών).

Σχεδόν όλοι οι έφηβοι (97,8%) ανέφεραν ότι γνωρίζουν για την HIV Λοίμωξη ή την ασθένεια AIDS. Ποσοστό 45,7% των εφήβων δήλωσαν ότι κατά τη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς είχαν διδαχθεί στην τάξη τους σχετικά με την HIV λοίμωξη ή το AIDS, ενώ ένας στους δύο εφήβους (50%) ανέφερε ότι δεν είχαν διδαχθεί στην τάξη τους σχετικά με την προφύλαξη της HIV λοίμωξης ή του AIDS. Επίσης, η πλειονότητα των εφήβων (56,5%) ανέφερε ότι δεν έχει μιλήσει ποτέ για την HIV λοίμωξη ή το AIDS με τους γονείς/κηδεμόνες τους. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των εφήβων με βάση το φύλο, αλλά αντίθετα παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τις ηλικιακές ομάδες. Οι διαφορές αυτές εμφανίζονται εντονότερες στους εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας ( $\geq 15$  χρονών) και αφορούν κυρίως τους 17χρονους και 18χρονους.

Η σεξουαλική εκπαίδευση αποτελεί το αποτελεσματικότερο μέσο προφύλαξης των εφήβων. Στη χώρα μας δυστυχώς, δεν υπάρχει συστηματική ενσωμάτωση της σεξουαλικής εκπαίδευσης στο εκπαιδευτικό σύστημα (Κοκκέβη και συν., 2011β). Σε ανάλογη έρευνα επίσης οι έφηβοι δήλωσαν ότι στην πλειονότητά τους (80,9%) κάνουν χρήση προφυλακτικού, ένας στους δέκα (12,1%) χρησιμοποιούν αντισυλληπτικό χάπι και το 19,8% κάποια άλλη μέθοδο προφύλαξης (Κοκκέβη και συν., 2016γ). Ακόμη, σύμφωνα με στοιχεία του Πανεπιστημίου Αθηνών, η συχνότητα των εφηβικών γεννήσεων έχει μειωθεί την τελευταία 20ετία, γεγονός που συνδέεται όμως με την αύξηση των αμβλώσεων και όχι τη σεξουαλική εκπαίδευση (Τσίτσικα, 2014β).

Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με την σεξουαλική εμπειρία με βάση τη βαθμίδα εκπαίδευσης, την σχολική επίδοση, τον τομέα εργασίας της μητέρας, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, καθώς και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη σεξουαλική εμπειρία ανέφεραν οι μαθητές λυκείου, οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση, οι έφηβοι με μητέρα συνταξιούχο και πατέρα με εκπαίδευση λυκείου, καθώς και οι έφηβοι με κακή οικονομική κατάσταση οικογένειας. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς με την κατανάλωση αλκοόλ, την υγιεινή, την ψυχική υγεία, τη χρήση καπνού, τη βία και τα ατυχήματα.

### 5.2.8. Χρήση καπνού

Η χρήση και η κατάχρηση νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών όπως το αλκοόλ και ο καπνός, ξεκινά συνήθως στην εφηβεία και μπορεί να οδηγήσει στην κατανάλωση παράνομων ουσιών όπως η κάνναβη. Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ, πάνω από το 90% των ενηλίκων καπνιστών ξεκίνησαν να καπνίζουν κατά την εφηβεία, για λόγους δημοτικότητας και κοινωνικής αποδοχής. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι το 34,8% των εφήβων έχουν δοκιμάσει το κάπνισμα, αλλά μόνο το 13% είναι ενεργοί καπνιστές, δηλαδή είχαν καπνίσει έστω μία φορά τον τελευταίο μήνα. Μεταξύ αυτών μόνο δύο (16,6%) ήταν συστηματικοί καπνιστές, δηλαδή κάπνιζαν καθημερινά. Αξιοσημείωτο είναι ότι, από το έφηβους καπνιστές όλοι ανέφεραν χρήση προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα (π.χ. ηλεκτρονικό τσιγάρο, πούρα), ενώ κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, έξι έφηβοι (6,5% επί του συνόλου του δείγματος και 50% επί των ενεργών καπνιστών) προσπάθησαν να το κόψουν.

Αναφορικά με το παθητικό κάπνισμα, η πλειονότητα των εφήβων (80,4%) δήλωσαν παθητικοί καπνιστές, με τους περισσότερους (39,1%) να αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας κάποια άτομα καπνίζουν σε καθημερινή βάση παρουσία τους. Σχεδόν οι μισοί έφηβοι (54,3%) ανέφεραν ότι κανείς από τους γονείς/κηδεμόνες τους δεν κάνει χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού. Μεταξύ των εφήβων που κάποιος από τους γονείς/κηδεμόνες τους έκαναν χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού, σχεδόν δύο στους πέντε (42,9%) ανέφεραν ότι αυτό γίνεται και από τους δύο γονείς/κηδεμόνες. Αγόρια και κορίτσια δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές ως προς τα επίπεδα επιπολασμού του καπνίσματος τόσο στο σύνολο των εφήβων, όσο και σε κάθε ηλικία.

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά διαφορές στο κάπνισμα και στο παθητικό κάπνισμα με βάση την ηλικία. Οι 15χρονοι και 16χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (25%), ενώ οι 18χρονοι ανέφεραν το υψηλότερο ποσοστό παθητικού καπνίσματος (100%). Επίσης οι 15χρονοι και 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα (25% και 22,2% αντίστοιχα), αλλά η διαφορά αυτή δεν ήταν ισχυρά στατιστικά σημαντική.

Σύμφωνα με την έρευνα του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014), αν και παρουσιάζονται διακυμάνσεις στα ενδιάμεσα έτη, μεταξύ 1998 και 2014 μειώθηκε το ποσοστό των εφήβων που ανέφεραν ότι έχουν καπνίσει έστω και μια φορά στη ζωή τους (αφορά όλες τις ηλικίες). Ωστόσο σταθερότητα παρατηρείται στο καθημερινό κάπνισμα. Στους 15χρονους, την τετραετία 2010-2014 παρατηρήθηκε τάση μείωσης στο κάπνισμα έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή (από 42,3% στο 36,9%), σημαντική μείωση στο κάπνισμα τον τελευταίο μήνα (από 26,0% στο 19,7%), ενώ δεν υπήρξε μεταβολή στο καθημερινό ή βαρύ κάπνισμα. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές διαχρονικά στα ποσοστά επιπολασμού του καπνίσματος στα φύλα. Χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφεραν σε ποσοστό 1,9% οι 11χρονοι μαθητές, ένας στους 13 13χρονους (8,1%) και ένας στους 6 15χρονους (16,6%), με την συντριπτική πλειονότητα των αναφορών, η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου να αφορά απλή δοκιμή (1-2 φορές). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα αγόρια ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά της χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου συγκριτικά με τα κορίτσια.

Επιπλέον, στη μελέτη μας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με τη χρήση καπνού με βάση την σχολική επίδοση και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερη χρήση καπνού ανέφεραν οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση και πολύ καλή οικονομική κατάσταση οικογένειας. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση καπνού με την κατανάλωση αλκοόλ, τις διατροφικές συνήθειες, την υγιεινή, την ψυχική υγεία, τη φυσική δραστηριότητα, την σεξουαλική συμπεριφορά, τη βία και τα ατυχήματα.

### **5.2.9. Βία και ατυχήματα**

Διερευνήθηκαν συμπεριφορές που σχετίζονται με βία και ατυχήματα, όπως σωματικές επιθέσεις, σωματική πάλη, σοβαροί τραυματισμοί και εκφοβισμός (bullying). Στο σύνολο του δείγματος, δέκα έφηβοι (10,9%) ανέφεραν ότι έχουν δεχτεί σωματική επίθεση τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Ο ίδιος αριθμός εφήβων (10,9%) απάντησαν ότι ενεπλάκησαν σε καβγά τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο). Τα αγόρια ανέφεραν σε μεγαλύτερα ποσοστά συγκριτικά με τα κορίτσια ότι έχουν δεχτεί σωματική επίθεση και έχουν εμπλακεί σε σωματική πάλη

(16,7% έναντι 4,5%) τουλάχιστον μία φορά κατά τον τελευταίο χρόνο. Τα ευρήματα είναι διαφορετικά από τα αντίστοιχα της έρευνας του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014), σύμφωνα με τα οποία το 23% των αγοριών και το 8% των κοριτσιών είχαν μπλεχτεί σε καυγά τον τελευταίο χρόνο, ποσοστά που είναι μεγαλύτερο της παρούσας έρευνας. Οι 17χρονοι και 18χρονοι έφηβοι ανέφεραν περιπτώσεις σωματικής επίθεσης, χωρίς ωστόσο η διαφορά αυτή να είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική, ενώ η συμμετοχή σε σωματική πάλη ήταν υψηλότερη μεταξύ των 14χρονων (50%) συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικίες.

Αναφορικά με τους τραυματισμούς, ένας στους τέσσερις εφήβους (25%) δήλωσε ότι είχε κάποιον σοβαρό τραυματισμό τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο. Τα αγόρια ανέφεραν σε μεγαλύτερα ποσοστά συγκριτικά με τα κορίτσια ότι είχαν κάποιον σοβαρό τραυματισμό (41,7% έναντι 6,9%) τουλάχιστον μία φορά κατά τον τελευταίο χρόνο. Σχεδόν ένας στους τρεις 17χρονους (33,3%) και 18χρονους (38,9%) ανέφεραν κάποιον σοβαρό τραυματισμό.

Επίσης, σχεδόν ένας στους δέκα εφήβους (13%) ανέφερε πως έπεσε θύμα εκφοβισμού τον τελευταίο μήνα. Μεταξύ αυτών, αναφέρθηκαν τέσσερις περιπτώσεις εκφοβισμού καθημερινά. Τα κορίτσια ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό (22,7%) πως είχαν πέσει θύματα εκφοβισμού συγκριτικά με τα αγόρια (4,2%), ενώ ένας στους τέσσερις 14χρονους και 15χρονους εφήβους (25%) ανέφεραν ότι έχουν πέσει θύμα εκφοβισμού.

Στην έρευνα του ΕΠΙΨΥ (HBSC/WHO, 2014), οι έφηβοι ρωτήθηκαν αν είχαν πέσει θύματα εκφοβισμού κατά την περίοδο των τελευταίων δύο μηνών πριν από την έρευνα. Ποσοστό 6,4% ανέφεραν ότι είχαν υποστεί ενοχλητικά πειράγματα τουλάχιστον δύο φορές το μήνα κατά το τελευταίο δίμηνο. Αγόρια και κορίτσια ανέφεραν ότι έχουν εκφοβιστεί σε παρόμοια ποσοστά, ενώ δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές ούτε μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων. Το 2014, το ποσοστό των εφήβων που ανέφεραν ότι έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού στο σχολείο ήταν χαμηλότερο από κάθε άλλη χρονιά.

Στην έρευνά μας οι μορφές εκφοβισμού που αναφέρθηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα από τους εφήβους που τον υφίστανται (13%), ήταν η κοροϊδία/σαρκασμός λόγω εμφάνισης σώματος ή προσώπου (33,3%), η κοροϊδία/σαρκασμός με σεξουαλικά αστεία, σχόλια ή χειρονομίες (16,7%) και ο αποκλεισμός από δραστηριότητες σκοπίμως

ή παντελής αγνόηση (16,7%). Επίσης καταγράφηκαν και τέσσερις περιπτώσεις άλλης μορφής εκφοβισμού (33,3%) χωρίς όμως να προσδιοριστούν. Αντίστοιχα στην έρευνα του ΕΠΨΥ το 2014, οι μορφές εκφοβισμού που αναφέρθηκαν με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν τα λεκτικά πειράγματα (7,8% του συνόλου των μαθητών), τα πειράγματα/χειρονομίες σεξουαλικού περιεχομένου (6,6%), η διάδοση ψεμάτων και φημών (4,9%), καθώς και ο αποκλεισμός από κοινές παρέες και δραστηριότητες. Η χρήση σωματικής βίας και άλλοι τρόποι εκφοβισμού (λόγω φυλής, εθνικότητας ή χρώματος, θρησκείας), αναφέρθηκαν σε ποσοστά χαμηλότερα του 2%, ενώ στην έρευνά δεν αναφέρθηκαν καθόλου.

Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις συμπεριφορές των εφήβων που σχετίζονται με τη βία και τα ατυχήματα με βάση την σχολική επίδοση. Οι μαθητές με χαμηλή σχολική επίδοση ανέφεραν περισσότερες συμπεριφορές βίας και ατυχήματα. Επίσης, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της συμπεριφοράς βίας και ατυχημάτων με την κατανάλωση αλκοόλ, την υγιεινή, την σεξουαλική συμπεριφορά, καθώς και τη χρήση καπνού.

### **5.3. Περιορισμοί – Αδύνατα σημεία**

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, τα αποτελέσματα που προέκυψαν υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς σχετικά με το δείγμα, το εργαλείο και την ποσοτική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε.

Αρχικά, το γεγονός ότι το δείγμα των εφήβων είναι σχετικά μικρό, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η ανάλυση των στάσεων και συμπεριφορών που επηρεάζουν την υγεία των εφήβων έλαβαν χώρα σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, ενώ και η επιλογή των εφήβων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα αποτέλεσε από μόνη της περιορισμό. Συνεπώς, τα αποτελέσματα είναι δυνατόν να γενικευτούν μόνο στη συγκεκριμένη περιοχή που αποτέλεσε και το πεδίο της μελέτης, ενώ σε καμιά περίπτωση δεν αποτελούν γενίκευση στο σύνολο των εφήβων της χώρας, καθώς παιδιά άλλων περιοχών και πόλεων ενδεχομένως να έχουν διαφορετικά πρότυπα συμπεριφορών υγείας. Επιπλέον, υπήρχε μια δυσανολογία στο δείγμα με την συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων να δηλώνουν χώρα καταγωγής της Ελλάδας, με συνέπεια την αδυναμία διερεύνησης εφηβικών συμπεριφορών υγείας κατά εθνικότητα.

Ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος θα επέτρεπε μια περισσότερο ολοκληρωμένη και πλήρη διερεύνηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και βαθύτερη εξέταση για την ύπαρξη ή όχι διαφορών μεταξύ δημογραφικών μεταβλητών. Μια ευρύτερη γεωγραφική προσέγγιση η οποία θα μετρούσε τις απαντήσεις δύο ή περισσότερων χρονικών περιόδων θα επέτρεπε την αξιολόγηση αλλαγών στάσεων, απόψεων, αντιλήψεων και έκτασης των συμπεριφορών υγείας. Επίσης, η χρήση του ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς από τους εφήβους μπορεί να επηρέασε την εσωτερική εγκυρότητα των δεδομένων, καθώς είναι πιθανό να δόθηκαν κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις σε κάποιες ερωτήσεις ή να απαντήθηκαν με τυχαία επιλογή. Επιπλέον, ένας συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής προσέγγισης πιθανώς να παρείχε καλύτερη κατανόηση, αναδεικνύοντας επιπλέον τομείς σχετικά με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης.



#### 5.4. Συμπεράσματα - Εισηγήσεις

Η εφηβεία είναι μια μοναδική περίοδος της ζωής, γεμάτη αλλαγές και προκλήσεις, αλλά και κινδύνους και προβληματικές συμπεριφορές. Ο σημαντικότερος αναπτυξιακός στόχος της εφηβείας είναι η ανάγκη του νέου ανθρώπου για διαμόρφωση της ταυτότητάς του, προκειμένου να γίνει μοναδικό και ώριμο άτομο. Στο πλαίσιο αυτό, ο έφηβος συχνά αναλαμβάνει «ρίσκα», έχει καινούργιες εμπειρίες και πολλές φορές επιδίδεται σε επικίνδυνους πειραματισμούς. Για ορισμένους εφήβους οι συμπεριφορές κινδύνου συνδέονται με το εξελικτικό στάδιο της εφηβείας και στη συνέχεια περιορίζονται ή εξαλείφονται. Σε άλλους όμως, αποτελούν πρώιμους προγνωστικούς δείκτες για τη διατήρησή τους στην ενήλικη ζωή ή ακόμα και την επιδείνωσή τους. Με τον τρόπο αυτό, καταλήγουν να σχετίζονται με πληθώρα προβλημάτων στη σφαίρα τόσο της σωματικής όσο και της ψυχοσυναισθηματικής υγείας.

Βασικό σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η αποτύπωση-διερεύνηση των στάσεων και συμπεριφορών που επηρεάζουν την υγεία στους εφήβους του νομού Κορινθίας. Διεξήχθη έρευνα σε πληθυσμό εφήβων ηλικίας 14-18 ετών, η οποία μελέτησε εφηβικές συμπεριφορές υγείας χρησιμοποιώντας ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο. Με τη βοήθεια της στατιστικής ανάλυσης κατέστη δυνατός ο εντοπισμός των προσδιοριστικών εκείνων παραγόντων που επιδρούν στην εμφάνιση μιας εφηβικής συμπεριφοράς κινδύνου. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ανεύρεση των παραγόντων αυτών δε σημαίνει πάντοτε αιτιολογική συσχέτιση με την εμφάνιση της υπό μελέτη επικίνδυνης συμπεριφοράς. Ο ρόλος ορισμένων από αυτούς τους παράγοντες είναι πολλές φορές πιο σύνθετος, συμμετέχοντας αφενός στην προέλευση και αιτία μίας συμπεριφοράς κινδύνου αλλά αφετέρου λαμβάνοντας παράλληλα περαιτέρω ενίσχυση από την παρουσία της. Οι έρευνες αυτού του είδους δεν είναι σε θέση να επιβεβαιώσουν τον αιτιολογικό ρόλο των παραγόντων, αλλά να προσφέρουν ορισμένες ενδείξεις. Παρόλα αυτά, η ανάδειξη των χαρακτηριστικών των εφήβων που εμφανίζουν συγκεκριμένες συμπεριφορές και δραστηριότητες μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη αναγνώριση εκείνων των εφήβων που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Θετική εξέλιξη αποτελεί ότι η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα εμφανίζουν διαχρονικά μειούμενη τάση στη χώρα μας, όπως άλλωστε είχε παρατηρηθεί και από προηγούμενες έρευνες. Οι τάσεις αυτές ενδεχομένως συνδέονται με την αύξηση των τιμών πώλησης των οινοπνευματωδών και προϊόντων καπνού, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών η οποία περιόρισε τις δυνατότητες πρόσκτησης των προϊόντων αυτών από μέρος του πληθυσμού στη χώρας μας. Στην ερμηνεία των παραπάνω τάσεων θα πρέπει να αναφερθεί και η πιθανή συμβολή των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την αλλαγή στις στάσεις και συμπεριφορές των εφήβων απέναντι στο αλκοόλ και τον καπνό και τις επιπτώσεις από τη χρήση των ουσιών αυτών στην υγεία.

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι οι έφηβοι επιλέγουν να πειραματίζονται με κάθε ευκαιρία με σκοπό να κερδίσουν όσο περισσότερες εμπειρίες μπορούν. Πολλές από αυτές τις εμπειρίες που δοκιμάζουν μπορεί να οδηγήσουν σε εξάρτηση ή να μεταβάλλουν την συμπεριφορά τους. Ως εκ τούτου, δεδομένου ότι η πρόωμη έναρξη μιας εμπειρίας ή δραστηριότητας ή συμπεριφοράς στην εφηβεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη μετέπειτα χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση στην ενήλικη ζωή, η άμεση πρόληψη θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων. Γνωρίζοντας καλά ότι η εφηβεία είναι μια ηλικιακή «ομάδα-κλειδί», καθώς είναι προφανές ότι οι γνώσεις για την υγεία και οι συνήθειες υγιεινής που θα αποκτηθούν κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου θα ισχύσουν και κατά την ενήλικη ζωή καθορίζοντας την ποιότητά της, μπορούμε να παρέμβουμε με αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης της υγείας των εφήβων. Σε αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να εμπλέκονται όλα τα επίπεδα στα οποία εντάσσεται το άτομο (κοινωνία, οικογένεια, σχολείο, τάξη, άτομο), δηλαδή να έχουν ολιστική προσέγγιση.

Η πρόκληση των επαγγελματιών υγείας είναι να μπορέσουν να προδώσουν το κατάλληλο ερέθισμα στους εφήβους και να τους ενθαρρύνουν στην ανάπτυξη υγιών προσωπικοτήτων. Οι παιδίατροι μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο κάνοντας ανοιχτές, εμπιστευτικές συζητήσεις με τους εφήβους σχετικά με θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι συζητήσεις αυτές και η σωστή ενημέρωση πρέπει να ξεκινούν νωρίς, ήδη από το δημοτικό, πριν τη μετάβαση των παιδιών στη εφηβική περίοδο και να συνεχίζονται σε όλα τα στάδια της εφηβείας.

Παρά τους περιορισμούς της μελέτης, σημαντικά συμπεράσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης. Οι νέοι άνθρωποι ο οποίοι δεν υιοθετούν συμπεριφορές κινδύνου χρειάζεται να ενθαρρύνονται να συνεχίζουν να λαμβάνουν υπεύθυνες αποφάσεις για την υγεία τους. Για τους εφήβους εκείνους οι οποίοι συμμετέχουν σε συμπεριφορές κινδύνου, οι προσπάθειες πρόληψης θα πρέπει να εστιάζονται στη μείωση της συχνότητας των συμπεριφορών αυτών και αντίστοιχα των αρνητικών τους επιπτώσεων. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση του επιπολασμού μιας συγκεκριμένης επικίνδυνης συμπεριφοράς, χρειάζεται να στοχεύουν και στη μείωση του επιπολασμού άλλων συμπεριφορών των οποίων η εμφάνιση μπορεί να προηγείται ή να συνυπάρχει. Εφόσον οι συμπεριφορές κινδύνου έχουν την τάση συσχέτισης μεταξύ τους, η παρατήρηση της ύπαρξης μίας συμπεριφοράς σε έναν έφηβο θα πρέπει να αποτελεί «καμπανάκι» για την ταυτόχρονη ή επικείμενη ύπαρξη πολλαπλών συμπεριφορών στον έφηβο αυτό, έτσι ώστε να αναγνωρίζονται έγκαιρα τα άτομα σε κίνδυνο τα οποία και χρήζουν παρέμβασης.

Έτσι, η εστίαση σε υποομάδες εφήβων κινδύνου για εμφάνιση προβληματικών συμπεριφορών είναι σημαντική και χρειάζεται κατάλληλη προσοχή. Οι προσπάθειες παρέμβασης, που στοχεύουν στη μεταβολή των πολλαπλών συμπεριφορών κινδύνου, είναι συνήθως οικονομικά δαπανηρές και κοπιαστικές στο πλαίσιο κατάστρωσης και εφαρμογής τους. Αντιθέτως, η ανίχνευση των προβλεπτικών παραγόντων εμφάνισης συμπεριφορών κινδύνου επιτρέπουν σε έγκαιρη και εύκολη εστίαση στις υποομάδες εκείνες των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο και χρήζουν παρέμβασης.

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή επικεντρωμένων προγραμμάτων πρόληψης σε εκείνους τους εφήβους που παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά κινδύνου είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τον συντονισμό και την αποτελεσματική πολιτική πρόληψης ενός κράτους. Τα προγράμματα πρόληψης είναι απαραίτητο να εστιάζουν πέρα από τους εφήβους κινδύνου και στις οικογένειες και στα σχολεία. Σημαντική κρίνεται η ενημέρωση και η εκπαίδευση των δύο αυτών βασικότερων θεσμών κοινωνικοποίησης του εφήβου, ούτως ώστε να είναι σε θέση γονείς και εκπαιδευτικοί να αναγνωρίσουν έγκαιρα τα χαρακτηριστικά κινδύνου που εμφανίζει ο έφηβος με τον οποίο συναναστρέφονται και να λειτουργήσουν δραστικά.

Δεδομένου ότι η εφηβεία αποτελεί μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδο στη ζωή του ανθρώπου, το οικογενειακό περιβάλλον και ιδιαίτερα οι σχέσεις εφήβου-γονιού πρέπει να αποτελέσει πεδίο εστίασης στην ανάπτυξη πολιτικών και παρεμβάσεων ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης όπως αυτή που διανύει η χώρα. Κατά συνέπεια, παρεμβάσεις προαγωγής της σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας που αναπτύσσονται στην κοινότητα και το σχολικό περιβάλλον, επιβάλλεται να λαμβάνουν υπόψη παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα των οικογενειών λόγω οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών.

Τονίζεται η αξία της επιτήρησης των συμπεριφορών υγείας των νέων της χώρας μας μέσω συνεχών ερευνητικών διαδικασιών. Απαραίτητη κρίνεται η αξιόπιστη καταγραφή με έγκυρα εργαλεία των συμπεριφορών υγείας που οι νέοι τείνουν να υιοθετήσουν σήμερα. Μια τέτοια καταγραφή με συντονισμένο και τακτικό τρόπο απαιτείται στο πλαίσιο αποτύπωσης της υπάρχουσας κατάστασης, εκτίμησης των αναγκών, προσδιορισμού απώτερων στόχων, καθώς και στον σχεδιασμό αποτελεσματικών προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Η έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, καθώς και η εκπαίδευση στο περιβάλλον του σχολείου με βιωματικό και διαδραστικό τρόπο, μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή των αρνητικών συμπεριφορών και στη βελτίωση της προσωπικότητας των εφήβων.

## ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Besag, V.E. (1997). Γονείς και δάσκαλοι δουλεύοντας μαζί. Στο Elliot, M. (1997). *Bulling: A practical guide to coping for schools*, 2nd edition. Great Britain: Prentice Hall.

Feldman, R. S. (2010). *Εξελικτική ψυχολογία: Δια βίου ανάπτυξη* (1η εκδ., Τόμ. Β). (Η. Γ. Μπεζεβέγκης, Επιμ., Ζ. Αντωνοπούλου, & Μ. Κουλεντιανού, Μεταφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Cole, M., Cole, S.R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών: Εφηβεία*, τόμος Γ, Εκδόσεις Τυττωθήτω- Γ. Δαρδανός, Αθήνα.

Herbert, M. (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, Εφαρμοσμένη Ψυχολογία 3*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 22.

ICD 10 (1997). *Ταξινόμηση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*. Μετάφραση-Επιμέλεια: Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ., & Μαυρέας, Β. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη. Κέντρο Συνεργασίας για την εκπαίδευση και την Έρευνα στη Ψυχική Υγεία. Αθήνα: Άλφα Βήτα.

Pervin, L.A., John, O.P. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας. Έρευνα και Εφαρμογές*. Μτφρ: Α. Αλεξανδροπούλου & Ε. Δασκαλοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Τυττωθήτω.

Αλεξόπουλος, Δ., Σ. (1998). *Ψυχομετρία. Σχεδιασμός τεστ και ανάλυση ερωτήσεων*. Τόμος Α. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ. 29-76, 115-131.

Αναστασόπουλος, Δ. (1997). Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία. Στο: Τσιάντης (επιμ), *Εφηβεία*, τόμος β, τεύχος α, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 28-57.

Αρτινοπούλου, Β. (2001). *Βία στο σχολείο. Έρευνες και πολιτικές στην Ευρώπη. Σειρά: Επιστήμες της Αγωγής*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Βουζουναράκης, Ε., Μοιρασγεντή, Μ., Καβάκα, Ν., Παναγοπούλου, Ε., Μπένος, Α. (2013). Σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων στην Ελλάδα. Απόψεις για την HIV λοίμωξη και τη χρήση προφυλακτικού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (2): 197-204.

Γεννηματά, Δ., Μεράκου, Κ., Κτενάς, Ε., Διαμαντοπούλου, Μ., Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2007). Πιλοτική μελέτη ερωτηματολογίου επιτήρησης συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία των νέων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (3): 270-290.

Γεωργογιάννης, Π. (2007). *Βηματισμοί για μια αλλαγή στην εκπαίδευση, Διαπολιτισμική Κοινωνική Ψυχολογία και Έρευνα*. Τόμος 5ος, Πάτρα.

Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. (2002). Η δημόσια υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στο: Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ., Λάγγας, Φιλαλήθης Τα (Συντ.) *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ. 138-151, 158-163.

Γκούβρα, Μ., Κυρίδης, Α., Μαυρικάκη, Ε. (2003). Η αγωγή υγείας στο σχολείο. Στο: *Αγωγή υγείας και σχολείο: Παιδαγωγική και βιολογική προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γ. Δαρδανός, σελ. 16-196.

Εμβαλωτής, Α., Κατσης, Α., Σιδερίδης, Γ. (2006). *Στατιστική Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Ιωάννινα.

Θεοδωροπούλου, Ο. (2010). *Ψυχολογικά προβλήματα παιδιών και εφήβων*. Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα: ΑΤΕΙ Καλαμάτας.

Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε. (2012). *Κοινωνιολογική Έρευνα-Μέθοδοι και Τεχνικές. Μαθήματα Μεθοδολογίας Έρευνας*. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Διαθέσιμο στο: <http://www.nsph.gr/?page=tkmethodtexnik>.

Καραβόλτσου, Α. (2013). *Συνοπτικό εγχειρίδιο αντιμετώπισης σχολικού εκφοβισμού εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Ανέκδοτη Διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Καραγεώργος, Δ. (2002). *Μεθοδολογία έρευνας στις επιστήμες της αγωγής – Μια διδακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Σαββάλας.

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε. (2011β). *Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε., Φωτίου, Α. (2015β). *Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος των εφήβων*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι,

Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε., Φωτίου, Α. (2015γ). *Οι έφηβοι στο σχολικό περιβάλλον*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Καναβού, Ε., Φωτίου, Α. (2016γ). *Φιλικές σχέσεις και δραστηριότητες των εφήβων*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε. (2011γ). *Έφηβοι και βία*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ. (2015α). *Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ. (2016α). *Οι έφηβοι στην Ελλάδα και στις 42 χώρες του προγράμματος HBSC/WHO: ομοιότητες και διαφορές*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Καναβού, Ε., Σταύρου, Μ., Richardson, C. (2016β). *Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015*. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Κίτσος, Γ. (2008). *Εφηβεία: συμπεριφορές και ψυχοκοινωνική υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Ξανθάκη, Μ., Καναβού, Ε. (2011α). *Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κουρκούτας, Η. (2008). *Η Ψυχολογία του έφηβου. Θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Κυριαζή, Ν. (2002). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα – Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωνσταντουλάκη, Ε., Τσίτσικα, Α., Κοκκέβη, Α. (2011). Συμπεριφορές Υψηλού Κινδύνου. Στο *Εφηβεία: η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων*. Τόμος 1, Κεφάλαιο 26, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, σελ. 345-358.
- Λάγγας, Δ. (2002). Μείζονες παράγοντες κινδύνου δημόσιας υγείας στον παιδικό πληθυσμό. Στο: Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λάγγας, Φιλαλήτης Τ (Συντ.) *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, σελ. 54-57.
- Λαζαράτου, Ε., Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ. (2001). *Εφηβεία και κατάθλιψη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18, 466-474.
- Λεονταρή, Α. (1998). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μακράκης, Β. (2005). *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS – Από τη θεωρία στην πράξη*, Αθήνα: Gutenberg.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ. 142-164.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2007). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. (Ελληνική έκδοση του βιβλίου της Α. Woolfolk, *Educational Psychology*. New York: Pearson.)
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2008). *Σύγχρονα Προβλήματα Εφήβων*. Παιδαγωγική Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών του ΟΑΕΔ. Αθήνα: ΕΚΠΑ.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2010). *Θυμός – Επιθετικότητα – Εκφοβισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και πρακτικές διαχείρισης*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2000α). Έννοια του εαυτού, σχέσεις με τους γονείς και γονεϊκή στήριξη κατά την εφηβεία. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 30, 163-191.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2000β). Η έννοια του εαυτού εφήβων και οι σημαντικοί άλλοι. *Ψυχολογία*, 7, 88-113.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001α). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση: Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.



- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001β). Είδη κοινωνικής στήριξης και ο ρόλος της άνευ όρων αποδοχής στη διαμόρφωση θετικής αυτοεκτίμησης. *Ψυχολογία*, 8, 488-505.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2003). Στοιχεία ψυχοπαθολογίας στη μητέρα ως παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη αρνητικής έννοιας του εαυτού και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο παιδί. *Ψυχολογία*, 10, 136-158.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2005α). Εξελικτικές διαφορές στην επιθετικότητα και τις σχέσεις προσκόλλησης με γονείς και συνομηλίκους, *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 39, 88-104.
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2005β). Οι αντιλήψεις των εφήβων για στις σχέσεις προσκόλλησης με γονείς και συνομηλίκους ως παράγοντας πρόβλεψης της επιθετικότητας στην εφηβεία. *Ψυχολογία*, 12, 232-248.
- Μενεδιάτου, Α. (2012). *Συμπτώματα και διάγνωση της κατάθλιψης*, Διαθέσιμο στο: <http://www.mazi.org.gr>
- Μόττη-Στεφανίδη, Φ. (2006). Το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου: Σύντομη ανασκόπηση. *Παιδί και Εφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 8(1), 9-22.
- Νέστορος, Ι.Ν. (1997). Ψυχοπαθολογία και επιθετικότητα. Στο Ανταμένκο, Β. κ.α. (1997). Επιμέλεια: Νέστορος, Ι.Ν. *Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία*, 3η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Νόβα-Καλτσούνη Χ. (2005). *Μορφές αποκλίνουσας συμπεριφοράς στην εφηβεία. Ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Gutenberg.
- Νόβα-Καλτσούνη, Χ., Μακρή-Μπότσαρη, Ε. & Τσιμπουκλή, Α. (2002). *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον: Θέματα εφηβείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Νομικού, Χ. (2004). *Εφηβεία - Η ηλικία της Επανάστασης*. Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνης.
- Ντόλτο, Φ., Ντόλτο-Τόλιτς, Κ. (2004). *Εφηβοί: Προβλήματα και Ανησυχίες*. Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα, σελ. 109-112.
- Παπαδάτος, Κ. (2003). *Η φροντίδα του Εφήβου*, Ποταμός, σελ. 7-73.

Παπαδόπουλος, Ν. (1997). Επιθετικότητα: κλασικές θεωρίες και πειραματικές διαπιστώσεις. Στο: Ανταμένκο, Β. κ.α. (1997). Επιμέλεια: Νέστορος, Ι.Ν. *Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία*, 3η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία: Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση*, Τόμος 4, Αθήνα, σελ. 11.

Πουρκός, Μ. (1997). *Ατομικές Διαφορές Μαθητών και Εναλλακτικές Ψυχοπαιδαγωγικές Προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.

Σκαπινάκης, Π., (2003). *Συμπτώματα της κατάθλιψης*, Διαθέσιμο στο: <http://web4health.info>

Σκουλάκη, Α., Ν. (2016). *Η σχέση μεταξύ των γεγονότων ζωής και των διαστάσεων της οικογενειακής λειτουργίας και της γονεϊκότητας με την ψυχική υγεία των εφήβων*. Διπλωματική εργασία, Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Σολδάτος, Κ. (2005). *Άγχος και κατάθλιψη: εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*, 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο.

Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνία και υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, σελ. 1-47, 215-312.

Τσίτσικα, Α. (2014α). *Υγεία εφήβων*. Διαθέσιμο στο: <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-gia-tin-efibeia/i-ugeia-ton-efibon#.WRiLjFWLR0w>

Τσίτσικα, Α. (2014β). *Σεξουαλικότητα και εφηβεία*. Διαθέσιμο στο: <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-gia-tin-efibeia/seksoualikotita-kai-efibeia/#.WRiMHFWLR0w>

Τσίτσικα, Α. (2014γ). *Παιδιά με ασθένειες των ηλικιωμένων λόγω κακής διατροφής*. Άρθρο στην εφημερίδα FREE SUNDAY. Διαθέσιμο στο: [http://youth-health.gr/media/2014/07/ugeia-fsu\\_3003\\_021\\_cmyk.pdf](http://youth-health.gr/media/2014/07/ugeia-fsu_3003_021_cmyk.pdf)

Τσίτσικα, Α. (2014δ). *Συμπτώματα κατάθλιψης και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία*. Διαθέσιμο στο: <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/psuxiki-ugeia/sumptomata-katathlipsis-kai-autoktonikotita-stin-efibeia#.WRiN3IWLR0w>

Τσίτσικα, Α. (2014ε). *Αυτοτραυματισμός*. Διαθέσιμο στο: <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/psuxiki-ugeia/autotraumatismos/#.WRiOfVWLR0w>

Τσίτσικα, Α. (2014στ). *Θέματα ασφάλειας του διαδικτύου για παιδιά και εφήβους*. Διαθέσιμο στο: <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-gia-tin-efibeia/themata-asfaleias-tou-diadiktuou-gia-paidia-kai-efibous/#.WRiZQIWLR0w>

Τσίτσικα, Α., Χρούσος Γ. (2011). Εφηβική Υγεία: Ιδιαιτερότητες και Προοπτικές. Στο *Εφηβεία: η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων*. Τόμος 1, Κεφάλαιο 1, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, σελ.23-32.

Φαρσεδάκης, Ι. (1986). *Παραβατικότητα και κοινωνικός έλεγχος ανηλίκων*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Χηνάς, Π., Χρυσαιφίδης, Κ. (2000). *Επιθετικότητα στο σχολείο. Προτάσεις για πρόληψη και αντιμετώπιση*. Αθήνα: ΥΠΕΠΘ & Παιδαγωγικό Ινστιτούτο.

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2005). *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήττα.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allison, S., Roeger, L., Reinfeld-Kirkman, N. (2009). Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 1163–1170.
- Antoniadou, N., Kokkinos, C. (2015). A review of research on cyber-bullying in Greece. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20:2, 185-201.
- Babbie, E., Halley, F, Wagner, William, E. & Zaino, Jeanne. (2003). *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*. Bookshelf, Brockport.
- Bearinger, L.H., Sieving, R.E., Ferguson, J., Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention and potential. *Lancet*, 369, 1220–1231.
- Berry, K., Hunt, C.J. (2009). Evaluation of an intervention program for anxious adolescent boys who are bullied at school. *Journal of Adolescent Health*, 45, 376–382.
- Birns, B., Hay, D.F. (1988). *The Different Faces of Motherhood*. New York, Plenum Press.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40, 9–18.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*; 40(4), pp. 357 e9-18.
- Bowes L., Arseneault L., Maughan B., Taylor A., Caspi A., Moffitt T.E. (2009). School, neighborhood and family factors are associated with children’s bullying involvement: a nationally-representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 545–553.
- Bowes L., Maughan B., Caspi A., Moffitt T.E., Arseneault L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 809-817.

- Brener, N., D., Kann, L., Kinchen, S., A., Grunbaum, J., A., Whalen, L., Eaton, D., et al. (2004). Methodology of the youth risk behavior surveillance system. In: Recommendations and reports. *MMWR*, 53:1–14.
- Brener, N., D., Mcmanus, T., Galuska, D., A., Lowry, R., Wechsler, H. (2003). *Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students*. *J Adolesc Health*; 32: 281-87.
- Bryman, A. (1992). Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration, In (ed.) *J. Brannen Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*. Ashgate, Aldershot.
- Burns & Grove, C., K. (2001). *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. 4th Edition, WB Saunders Company, Philadelphia PA. p:49-50,55,250-253,395-404,426-434.
- Burns, R. (1982). *Self-concept development and education*. London: Holt, Rinehart & Winston.
- Carlson, G. A., Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Cohen, N.K., Clark, A.J. (1984). Transitional Object Attachments in Early Childhood and Personality Characteristics in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1), 106-111.
- Cole, T.J., Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7 (4): 284-294. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x
- Coleman, J., Hendry, L. (1999). *The Nature of Adolescence*. Routledge: New York.
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. 4<sup>th</sup> (eds), Hodders & Stoughton, London
- Crawley, H., F., Portides, G. (1995). *Self-reported versus measured height, weight and body mass index amongst 16-17 year old British teenagers*. *Int J Obes*: 19: 579-84.

- Crick, N.R., Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15, 719–742.
- Cryan, J.F., Markou, A., Lucki, I. (2002). *Assessing antidepressant activity in rodents: recent developments and future needs*. *Trends Pharmacol. Sci.*, 23, 238-245.
- Cunningham, N.J. (2007). Level of bonding to school and perception of the school environment by bullies, victims and bully victims. *Journal of Early Adolescence*, 27(4), 457–478.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V., (Eds) (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: World Health Organization.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (eds). (2004). *Young people's health in context. Health behaviour of school-aged children (HBSC) study: International report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: 1–237.
- Diaz, A., Simantov, E., & Rickert, V. I. (2002). Effect of abuse on health: Results of a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(8), 811-817.
- Dilorio, C., Kelley, M., Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24, 181-189.
- Ebbeling, C.B., Pawlak, D.B., Ludwig, D.S. (2002). *Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure*. *Lancet*, 360(9331): 473-482.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Educational Research*, 20(1), 81-91.
- Furlong, M., Sharkey, J., Quirk, M., Dowdy, E. (2011) Exploring the Protective and Promotive Effects of School Connectedness on the Relation between Psychological Health Risk and Problem Behaviors/Experiences. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 1(1).

- Godeau, E., et al. (2008). Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles: données Françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)/OMS. *Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 36(2), 176–182.
- Goodman, E., Minden, B., R., Khanbdelwal, S. (2000). *Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index*. *Pediatrics*. 106: 52-8.
- Gorber, S.C., Tremblay, M., Mother, D., Gorber, B. (2007). *A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review*. *Obes Rev*. 8: 307-26.
- Grunbaum, J., A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al. (2004). Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. In: *Surveillance summaries*. *MMWR*, 53:1–96.
- Guerra, N., Williams, K., Sadek, S. (2011). Understanding Bullying and Victimization During Childhood and Adolescence: A Mixed Methods Study. *Child Development*, 82(1):250-310.
- Guo, S.S., Huang, C., Maynard, L.M., Demerath, E., Towne, B., Chumlea, W.C., Siervogel, R.M. (2000). *Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: the Fels Longitudinal Study*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(12): 1628-1635.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., Woynarowska, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4-10.
- Hawkins, D.J., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992). *Risk and protective factors for alcohol and other substance problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105.
- Henricsson, L., Rydell, A. (2004). Elementary School Children with Behaviour Problems: Teacher-Child Relations and Self-Perception. A Prospective Study. *Merrill Palmer Quarterly Journal of Developmental Psychology*, 50 (2), 111-138.
- Himes, J., H. (2009). *Challenges of accurately measuring and using BMI and other indicators of overweight and obesity in children and adolescents*. *Pediatrics*, 124 (1 suppl): S3-S22.

- Hjern, A., Alfven, G., Ostberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97, 112–7.
- Holt, M.K., Kantor, G.K., Finkelhor, D. (2009). Parent/child concordance about bullying involvement and family characteristics related to bullying and peer victimization. *Journal of School Violence*, 8, 42–63.
- Houbre, B., Tarquinio, C., Thuillier, I., Hergott, E. (2006). Bullying among students and its consequences on health. *European Journal of Psychology of Education*, 21, 183-208.
- Hurlock, B.E. (1978). *Child growth and development*. New York: McGrawHill.
- James, W. (1963). *The principles of psychology*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Jankauskiene R., Kardelis K., Sukys S., Kardeliene L. (2008). Associations between school bullying and psychosocial factors. *Social Behavior & Personality* 36,145–162.
- Jansen, D.E., Veenstra, R., Ormel, J., Verhulst, F.C., Reijneveld, S.A. (2011). Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. *BMC Public Health*, 11, 440.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., & Brown, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Kaufman, J. (1991). Depressive disorders in maltreated children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 257–265.
- Kim, O., Kim, K. (2001). *Body weight, self-esteem, and depression in Korean female adolescents*. *Adolescence*, 36: 315-332.
- Knishkowsky, B., Palti, H., Tima, C., Adler, B., Gofin, R. (1995). Symptom clusters among young adolescents. *Adolescence*, 30, 351–362.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2011). Increasing self-reported suicide attempts by adolescents in Greece between 1984 and 2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 231-237.
- Kosti, R., I., Panagiotakos, D., B., Mihas, C., C., Alevizos, A., Zampelas, A., Mariolis, A., et al. (2007). *Dietary habits, physical activity and prevalence of overweight/obesity among adolescents in Greece: the Vyronas study*. *Med Sci Monit*, 13: CR437-44.



- Krassas G., E., Tzotzas, T., Tsematis, C., Konstantinidis, T. (2001). *Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki, Greece*. *J Pediatr Endocrinol Metab*; 14 (Suppl 5): 1319-26.
- Krilov, L.R., Fisher, M., Friedman, S.B., Reitman, D., Mandel, F.S. (1998). Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 102, 360.
- Madkour, A.S., Farhat, T., Halpern, C.T., Godeau, E., Gabhainn, S.N. (2010). Early adolescent sexual initiation and physical/ psychological symptoms: A comparative analysis of five nations. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1211–1225.
- Makri-Botsari, E. (2001). Causal links between academic intrinsic motivation, self-esteem, and unconditional acceptance by teachers in high school students. In R. Riding & S. Rayner (Eds.), *International perspectives on individual differences. Vol. 2: Self-perception* (pp.209-220). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Makri-Botsari, E. (2005). Risk/protective effects on adolescent depression: Role of individual, family and peer factors. *Psychological Studies*, 50, 50-61.
- Martinez-Gomez, D., et al. (2011). *Active Commuting to School and Cognitive Performance in Adolescents: The AVENA Study*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(4): 300-305.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Matziou, V. et al. (2009). Greek students' knowledge and sources of information regarding sex education, *International Nursing Review*, 56, 354–360.
- McCarty, C.A., Rhew, I.C., Murowchick, E., McCauley, E., Vander Stoep, A. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors*; 26(2), pp. 351-7.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.

- Micucci, J.A. (2009): *The adolescent in family therapy*. NY: The Guilford Press.
- Miller, K.S, Levin, M.L., Whitaker, D.J., Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: the impact of mother adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-1544.
- Montague, M., Rinaldi, C. (2001). Classroom Dynamics and Children at Risk: A Follow-up. *Learning Disability Quarterly*. 24(2), 75-83.
- Muijs, D. (2004). *Doing quantitative research in education*. London: Sage.
- Neumark-Sztainer, D., Croll, J., Story, M., Hannan, P.J., French, S.A., Perry, C. (2002). *Ethnic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT*. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5): 963–974.
- Olweus, D. (1993a). *Understanding children's worlds: Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Olweus, D. (1993b). *Bullying at school*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Olweus, D. (1993c). Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes'. In: Rubin, K. H. & Asendrof, J. B. (Eds) *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. London: Erlbaum, pp. 315-341.
- Oppenheim, A.,N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London: Pinter.
- Perra, O., Fletcher, A., Bonell, C., Higgins, K., McCrystal, P. (2012). School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence*. 35(2): pp. 315-24.
- Pickett, W., et al. (2002). Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156(8), 886–893.
- Piko, B.F. (2007). Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*, 166, 701-708.
- Polit, D., F., Hungler, B., M. (1991). *Nursing Research-Principles and Methods*. 4<sup>th</sup> Edition. JB Lippincott Company, Philadelphia.

- Pollastri, A.R., Cardemil, E.V., O'Donnell, E.H. (2010). Self-esteem in pure bullies and bully/victims: A longitudinal analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 1489-1502.
- Reilly, J.J. (2005). *Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity*. *Best Practice & Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19: 327–341.
- Rigby, K. (1999). Peer victimisation at school and the health of secondary students. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 95- 104.
- Rigby, K. (2002). *New perspectives on bullying*. London: Jessica Kingsley.
- Rivers I., Smith P.K. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. *Aggressive Behavior*, 20, 359-368.
- Robinson, P., Greene, J.W., Walker, L.S. (1988). Functional somatic complaints in adolescents: relationship to negative life events, selfconcept, and family characteristics. *Journal of Pediatrics*, 113, 588–593.
- Roggman, A.L. (1992). Fathers with mothers and infants at the mall: Parental sex differences. *Early Child Development and Care*, 79, oeA.65-72.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the self*. Malabar, Florida: Krieger Publishing Co.
- Salmivalli, C., Kaukiainen, A., Lagerspetz, K. (2000). Aggression and sociometric status among peers: Do gender and type of aggression matter? *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 17-24.
- Sapouna, M. (2008). Bullying in Greek primary and secondary schools school. *Psychology International*, 29, 199-213
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sibley, B.A., Etnier, J.L. (2003). *The relationship between physical activity and cognition in children: A meta-analysis*. *Pediatric Exercise Science*, 15(3): 243-256.
- Siegel, D.N., Marilyn, J., Enaharo, M. (2001). Long-term effects of a middle school and high school based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 1117–1126.

- Smith, P., Cowie, H., Blades, M. (1999). *Understanding Children's Development*. Blackwell Publishers, London, oeA. 232.
- Smith, P., Nika, V., Papisideri, M. (2004). Bullying and Violence in Schools: An International Perspective and Findings in Greece, *Psychology* 11(2), 184–203.
- Sproull, N., L. (1998). *Handbook of Research Methods*. Scarecrow Press, Metuchen, NJ, London.
- Strauss, R., S. (1999). *Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents*. *Int J Obes*. 23: 904-908.
- Strong, W.B., et al. (2005). *Evidence based physical activity for school-age youth*. *Journal of Pediatrics*, 146(6): 732-737.
- Sweeting, H., N. (2008). *Gendered dimensions of obesity in childhood and adolescence*. *Nutr J*, 7:1.
- Sweeting, H.N., West, P.B., Der, G.J. (2007). Explanations for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*, 7, 298.
- Tienboon, P., Wahlqvist, M., L., Rutishauser, I., H., E. (1992). *Self-reported weight and height in adolescents and their parents*. *J Adolesc Health*; 13: 528-32.
- Torsheim, T., Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*; 24(6), pp. 701-13.
- Tsigos, C., Chrousos, G. (2002). *Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress*. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4): 865– 871
- Tzotzas, T., Kapantais, E., Tziomalos, K., Ioannidis, I., Mortoglou, A., Bakatselos, S., et al. (2008). *Epidemiological survey for the prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek adolescents*. *Obesity*, 16: 1718-22.
- Way, N., Reddy, R., Rhodes J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*; 40(3-4), pp. 194-213.

Williams, K., Chambers, M., Logan, S., Robinson, D. (1996). Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *British Medical Journal*, 313, 17- 19.

Woodward, L., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.

World Health Organization (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe

World Health Organization (2008). *European strategy for child and adolescent health and development. From resolution to action 2005-2008*. WHO Regional Office for Europe. Denmark: Copenhagen.

Wright, M. O., & Masten, A. S. (1997). Vulnerability and resilience in young children. In J. D. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder, & J. D. Osofsky (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry: Infancy and preschoolers: Development and syndromes* (Vol. 1, pp. 202-224). New York, NY: John Wiley & Sons.

Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (2nd ed., pp. 15-37). New York: Springer.

Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12(3), 443-466.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## **Παράρτημα Α**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΦΗΒΩΝ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2017**

---

## A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

---

Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση

### 1. ΦΥΛΟ

Αγόρι

Κορίτσι

### 2. ΗΛΙΚΙΑ

14 χρονών

15 χρονών

16 χρονών

17 χρονών

18 χρονών

### 3. ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ

Ελλάδα

Άλλη

### 4. ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Πάλη

Προάστια

Χωριό

### 5. ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Γυμνάσιο

Λύκειο

### 6. ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΤΟΥΣ

Κάτω από 10

11-14

14-17

17-20

### 7. ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΜΕΝΕΤΕ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ;

Δύο γονείς

Μητέρα μόνη

Πατέρα μόνο

Παππού/Γιαγιά

Άλλους συγγενείς

### 8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΛΦΩΝ

Κανένα

Ένα

Δύο

Τρία

Περισσότερα

### 9. ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ΤΟ

Πρώτο

Δεύτερο

Τρίτο

Άλλα παιδί της οικογένειας



**10. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΑΤΕΡΑ**

- |         |                          |              |                          |
|---------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Δημόσιο | <input type="checkbox"/> | Ιδιώτης      | <input type="checkbox"/> |
| Άνεργος | <input type="checkbox"/> | Συνταξιούχος | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο    | <input type="checkbox"/> |              |                          |

**11. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ**

- |         |                          |              |                          |
|---------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Δημόσιο | <input type="checkbox"/> | Ιδιώτης      | <input type="checkbox"/> |
| Άνεργος | <input type="checkbox"/> | Συνταξιούχος | <input type="checkbox"/> |
| Οικιακά | <input type="checkbox"/> | Άλλο         | <input type="checkbox"/> |

**12. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ**

- |                 |                          |                        |                          |
|-----------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Καθόλου σχολείο | <input type="checkbox"/> | Δημοτικό               | <input type="checkbox"/> |
| Γυμνάσιο        | <input type="checkbox"/> | Λύκειο                 | <input type="checkbox"/> |
| Τεχνική Σχολή   | <input type="checkbox"/> | Πανεπιστημιακή μόρφωση | <input type="checkbox"/> |

**13. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ**

- |                 |                          |                        |                          |
|-----------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Καθόλου σχολείο | <input type="checkbox"/> | Δημοτικό               | <input type="checkbox"/> |
| Γυμνάσιο        | <input type="checkbox"/> | Λύκειο                 | <input type="checkbox"/> |
| Τεχνική Σχολή   | <input type="checkbox"/> | Πανεπιστημιακή μόρφωση | <input type="checkbox"/> |

**14. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ;**

- |                       |                          |      |                          |
|-----------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Πολύ καλή             | <input type="checkbox"/> | Καλή | <input type="checkbox"/> |
| Όχι και τόσο καλή     | <input type="checkbox"/> | Κακή | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |      |                          |

**15. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΑΣ;**

- |                       |                          |      |                          |
|-----------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Πολύ καλή             | <input type="checkbox"/> | Καλή | <input type="checkbox"/> |
| Όχι και τόσο καλή     | <input type="checkbox"/> | Κακή | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |      |                          |

**16. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;**

- |                       |                          |      |                          |
|-----------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Πολύ καλή             | <input type="checkbox"/> | Καλή | <input type="checkbox"/> |
| Όχι και τόσο καλή     | <input type="checkbox"/> | Κακή | <input type="checkbox"/> |
| Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | <input type="checkbox"/> |      |                          |

---

## B. ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ. Δεν περιλαμβάνεται η κατανάλωση μερικών γουλιών κρασιού για θρησκευτικούς λόγους. Ένα «ποτό» είναι ένα ποτήρι κρασί, ένα μπουκάλι μπύρας, ένα μικρό ποτήρι ποτού (π.χ. λικέρ) ή ένα αναμειγμένο (μικτό) ποτό. Παρακαλώ επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση για κάθε δήλωση, σημειώνοντας με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση.

1. Πόσο χρονών ήπιατε το πρώτο σας αλκοολούχο ποτό (εκτός από λίγες γουλιές):

- |  |                          |                |                          |
|--|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Ποτέ δεν έχω πιει αλκοόλ εκτός από κάποιες γουλιές | <input type="checkbox"/> |                | <input type="checkbox"/> |
| 7 χρονών ή μικρότερος                              | <input type="checkbox"/> | 8 ή 9 χρονών   | <input type="checkbox"/> |
| 10 ή 11χρονών                                      | <input type="checkbox"/> | 12 ή 13 χρονών | <input type="checkbox"/> |
| 14 ή 15 χρονών                                     | <input type="checkbox"/> | 16 ή 17 χρονών | <input type="checkbox"/> |
| 18 χρονών  | <input type="checkbox"/> |                |                          |

2. Τον τελευταίο μήνα, πόσες ημέρες ήπιατε τουλάχιστον ένα ποτό που περιείχε αλκοόλ;

- |                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Καμία          | <input type="checkbox"/> | 1 ή 2 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 3 - 5 ημέρες   | <input type="checkbox"/> | 6 - 9 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 19 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 20 - 29 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| Καθημερινά     | <input type="checkbox"/> |                |                          |

3. Τις ημέρες που ήπιατε αλκοόλ τον τελευταίο μήνα, πόσα ποτά ήπιατε την ημέρα;

- |  |                          |                      |                          |
|--|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Δεν έχω πιει αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες | <input type="checkbox"/> |                      | <input type="checkbox"/> |
| Λιγότερο από 1 ποτό                          | <input type="checkbox"/> | 1 ποτό               | <input type="checkbox"/> |
| 2 ποτά                                       | <input type="checkbox"/> | 3 ποτά               | <input type="checkbox"/> |
| 4 ποτά                                       | <input type="checkbox"/> | 5 ή περισσότερα ποτά | <input type="checkbox"/> |

4. Τον τελευταίο μήνα, από που προμηθευτήκατε το αλκοόλ που ήπιατε;

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Δεν έχω πιει αλκοόλ τον τελευταίο μήνα                      | <input type="checkbox"/> |
| Το αγόρασα από ένα κατάστημα, μαγαζί, ή από πλανόδιο πωλητή | <input type="checkbox"/> |
| Έδωσα χρήματα σε κάποιον άλλο για να το αγοράσει για μένα   | <input type="checkbox"/> |
| Το πήρα από τους φίλους μου                                 | <input type="checkbox"/> |
| Το πήρα από την οικογένειά μου                              | <input type="checkbox"/> |
| Το έκλεψα ή το πήρα χωρίς άδεια                             | <input type="checkbox"/> |
| Το πήρα με κάποιον άλλο τρόπο                               | <input type="checkbox"/> |

5. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας πόσες φορές έχετε πιει τόσο πολύ αλκοόλ ώστε να είστε πραγματικά μεθυσμένος;

Καμία  1 ή 2 φορές   
3 - 9 φορές  10 ή περισσότερες φορές

6. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας πόσες φορές είχατε προβλήματα με την οικογένειά σας ή τους φίλους σας, απουσιάσατε από το σχολείο, ή μπλέξατε σε τσακωμούς, ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης αλκοόλ;

Καμία  1 ή 2 φορές   
3 - 9 φορές  10 ή περισσότερες φορές

---

### Γ. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν το ύψος και το βάρος σας, το αίσθημα πείνας, καθώς και το τι τρώτε και πίνετε.

1. Ποιο είναι το ύψος σας (χωρίς να φοράτε παπούτσια);

Σημειώστε το ύψος σας σε εκατοστά (cm) \_\_\_\_\_

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

2. Ποιο είναι το βάρος σας (χωρίς να φοράτε παπούτσια);

Σημειώστε το βάρος σας σε κιλά (kg) \_\_\_\_\_

Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νοιώσατε πεινασμένοι επειδή δεν υπήρχε αρκετό φαγητό στο σπίτι σας;

Ποτέ  Σπάνια   
Κάποιες φορές  Τις περισσότερες φορές   
Πάντα

4. Τον τελευταίο μήνα, πόσες φορές την ημέρα συνήθως έχετε φάει φρούτα (π.χ. μπανάνα, πορτοκάλι, μήλο, κεράσι, φράουλα);

- |                        |                          |                     |                          |
|------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Ποτέ                   | <input type="checkbox"/> | Λιγότερο από 1 φορά | <input type="checkbox"/> |
| 1 φορά                 | <input type="checkbox"/> | 2 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 3 φορές                | <input type="checkbox"/> | 4 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 5 ή περισσότερες φορές | <input type="checkbox"/> |                     |                          |

5. Τον τελευταίο μήνα, πόσες φορές την ημέρα συνήθως έχετε φάει λαχανικά (π.χ. ντομάτα, αγγούρι, λάχανο, καρότο, μαρούλι, μπρόκολο);

- |                        |                          |                     |                          |
|------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Ποτέ                   | <input type="checkbox"/> | Λιγότερο από 1 φορά | <input type="checkbox"/> |
| 1 φορά                 | <input type="checkbox"/> | 2 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 3 φορές                | <input type="checkbox"/> | 4 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 5 ή περισσότερες φορές | <input type="checkbox"/> |                     |                          |

6. Τον τελευταίο μήνα, πόσες φορές την ημέρα συνήθως έχετε πιει ανθρακούχα αναψυκτικά (π.χ. coca cola, sprite, fanta);

- |                        |                          |                     |                          |
|------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Ποτέ                   | <input type="checkbox"/> | Λιγότερο από 1 φορά | <input type="checkbox"/> |
| 1 φορά                 | <input type="checkbox"/> | 2 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 3 φορές                | <input type="checkbox"/> | 4 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 5 ή περισσότερες φορές | <input type="checkbox"/> |                     |                          |

7. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες φάγατε σε εστιατόριο fast food (π.χ. Goody's, Mc Donald's);

- |          |                          |          |                          |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Καμία    | <input type="checkbox"/> | 1 ημέρα  | <input type="checkbox"/> |
| 2 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 3 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| 4 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 5 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| 6 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 7 ημέρες | <input type="checkbox"/> |

---

#### Δ. ΥΓΙΕΙΝΗ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τον καθαρισμό των δοντιών και το πλύσιμο των χεριών σας.

1. Τον τελευταίο μήνα, πόσες φορές την ημέρα συνήθως καθαρίζετε ή βουρτίζετε τα δόντια σας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Λιγότερο από 1 φορά	<input type="checkbox"/>
1 φορά	<input type="checkbox"/>	2 φορές	<input type="checkbox"/>
3 φορές	<input type="checkbox"/>	4 ή περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>

2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά πλένετε τα χέρια σας πριν το φαγητό;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά πλένετε τα χέρια σας μετά τη χρήση της τουαλέτας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά χρησιμοποιείτε σαπούνι όταν πλένετε τα χέρια σας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

---

## Ε. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τα συναισθήματα και τις φιλίες σας.

1. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά έχετε νιώσει μοναξιά;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

2. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά ανησυχήσατε για κάτι ώστε να μην μπορείτε να κοιμηθείτε τη νύχτα;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

3. Τους τελευταίους 12 μήνες, σκεφτήκατε ποτέ σοβαρά την απόπειρα αυτοκτονίας;

Ναι	Όχι
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Τους τελευταίους 12 μήνες, κάνατε κάποιο σχέδιο σχετικά με πώς θα προσπαθούσατε να αυτοκτονήσατε;

Ναι	Όχι
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επιχειρήσατε να αυτοκτονήσατε;

Καμία	<input type="checkbox"/>	1 φορά	<input type="checkbox"/>
2 ή 3 φορές	<input type="checkbox"/>	4 ή 5 φορές	<input type="checkbox"/>
6 ή περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>		

6. Πόσους κοντινούς (στενούς) φίλους έχετε;

Κανέναν	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	3 ή περισσότερους	<input type="checkbox"/>

---

## ΣΤ. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τη φυσική δραστηριότητα. Πρόκειται για οποιαδήποτε δραστηριότητα αυξάνει τον καρδιακό σας ρυθμό και σας κάνει να αναπνέετε βαριά. Λαμβάνει χώρα σε αθλήματα, στο παιχνίδι με φίλους ή στο περπάτημα στο σχολείο. Κάποια παραδείγματα φυσικής δραστηριότητας είναι το τρέξιμο, το γρήγορο περπάτημα, η ποδηλασία, ο χορός, το ποδόσφαιρο. Η τελευταία ερώτηση αφορά το χρόνο που περνάτε καθιστοί, όταν δεν βρίσκεστε στο σχολείο ή διαβάζετε στο σπίτι.

1. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες ήσασταν σωματικά ενεργός για τουλάχιστον 60 λεπτά την ημέρα; (Προσθέστε όλο το χρόνο που έχετε διαθέσει σε κάθε είδους άσκηση καθημερινά).

Καμία	<input type="checkbox"/>	1 ημέρα	<input type="checkbox"/>
2 ημέρες	<input type="checkbox"/>	3 ημέρες	<input type="checkbox"/>
4 ημέρες	<input type="checkbox"/>	5 ημέρες	<input type="checkbox"/>
6 ημέρες	<input type="checkbox"/>	7 ημέρες	<input type="checkbox"/>

2. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες περπατήσατε ή πήγατε με το ποδήλατο στο σχολείο;

Καμία	<input type="checkbox"/>	1 ημέρα	<input type="checkbox"/>
2 ημέρες	<input type="checkbox"/>	3 ημέρες	<input type="checkbox"/>
4 ημέρες	<input type="checkbox"/>	5 ημέρες	<input type="checkbox"/>
6 ημέρες	<input type="checkbox"/>	7 ημέρες	<input type="checkbox"/>

3. Κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους, πόσες ημέρες κάνετε γυμναστική στο σχολείο την εβδομάδα;

Καμία	<input type="checkbox"/>	1 ημέρα	<input type="checkbox"/>
2 ημέρες	<input type="checkbox"/>	3 ημέρες	<input type="checkbox"/>
4 ημέρες	<input type="checkbox"/>	5 ή περισσότερες ημέρες	<input type="checkbox"/>

4. Κατά τη διάρκεια μιας τυπικής/συνηθισμένης ημέρας, πόσο χρόνο κάθεστε βλέποντας τηλεόραση, παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή, μιλώντας με φίλους, ακούγοντας μουσική ή κάνοντας άλλες καθιστικές δραστηριότητες;

Λιγότερο από 1 ώρα	<input type="checkbox"/>	1 - 2 ώρες	<input type="checkbox"/>
3 - 4 ώρες	<input type="checkbox"/>	5 - 6 ώρες	<input type="checkbox"/>
7 - 8 ώρες	<input type="checkbox"/>	Πάνω από 8 ώρες	<input type="checkbox"/>

---

## Ζ. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τις εμπειρίες σας στο σχολείο και στο σπίτι.

1. Τον τελευταίο μήνα, πόσες ημέρες χάσατε κάποια μαθήματα ή δεν πήγατε στο σχολείο αδικαιολόγητα:

Καμία	<input type="checkbox"/>	1 ή 2 ημέρες	<input type="checkbox"/>
3 – 5 ημέρες	<input type="checkbox"/>	4 ή 5 φορές	<input type="checkbox"/>
6 ή περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>		

2. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι περισσότεροι συμμαθητές στο σχολείο σας ήταν ευγενικοί και εξυπηρετικοί;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

3. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι γονείς/κηδεμόνες σας έλεγξαν αν έχετε κάνει τις σχολικές εργασίες σας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

4. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι γονείς/κηδεμόνες σας έχουν αντιληφθεί τα προβλήματα και τις ανησυχίες σας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

5. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι γονείς/κηδεμόνες σας γνωρίζουν πραγματικά τι κάνετε στον ελεύθερο χρόνο σας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		

6. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά οι γονείς/κηδεμόνες σας πειράζουν τα πράγματά σας χωρίς την έγκρισή σας;

Ποτέ	<input type="checkbox"/>	Σπάνια	<input type="checkbox"/>
Κάποιες φορές	<input type="checkbox"/>	Τις περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>
Πάντα	<input type="checkbox"/>		



---

## Η. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν την σεξουαλική επαφή και γενικότερα σεξουαλικές συμπεριφορές που συμβάλλουν στην HIV λοίμωξη ή τον ιό του AIDS, άλλα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (ΣΜΝ) και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

1. Είχατε ποτέ σεξουαλική επαφή:

Ναι

Όχι

2. Πόσο χρονών είχατε την πρώτη σας σεξουαλική επαφή:

- |                                |                          |                        |                          |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Δεν είχα ποτέ σεξουαλική επαφή | <input type="checkbox"/> | 11 χρονών ή μικρότερος | <input type="checkbox"/> |
| 12 χρονών                      | <input type="checkbox"/> | 13 χρονών              | <input type="checkbox"/> |
| 14 χρονών                      | <input type="checkbox"/> | 15 χρονών              | <input type="checkbox"/> |
| 16 ή 17 χρονών                 | <input type="checkbox"/> | 18 χρονών              | <input type="checkbox"/> |

3. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας, με πόσα άτομα είχατε σεξουαλική επαφή:

- |                                |                          |         |                          |
|--------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Δεν είχα ποτέ σεξουαλική επαφή | <input type="checkbox"/> | 1 άτομο | <input type="checkbox"/> |
| 2 άτομα                        | <input type="checkbox"/> | 3 άτομα | <input type="checkbox"/> |
| 4 άτομα                        | <input type="checkbox"/> | 5 άτομα | <input type="checkbox"/> |
| 6 ή περισσότερα άτομα          | <input type="checkbox"/> |         |                          |

4. Την τελευταία φορά που είχατε σεξουαλική επαφή, χρησιμοποιήσατε εσείς ή ο/η σύντροφός σας προφυλακτικό:

- |                                |                          |     |                          |     |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Δεν είχα ποτέ σεξουαλική επαφή | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

5. Την τελευταία φορά που είχατε σεξουαλική επαφή, χρησιμοποιήσατε εσείς ή ο/η σύντροφός σας κάποια άλλη μέθοδο αντισύλληψης (π.χ. αποτράβηγμα, αντισυλληπτικά χάπια, ή άλλη μέθοδο πρόληψης):

- |                                |                          |     |                          |     |                          |          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|
| Δεν είχα ποτέ σεξουαλική επαφή | <input type="checkbox"/> | Ναι | <input type="checkbox"/> | Όχι | <input type="checkbox"/> | Δεν ξέρω | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|

6. Έχετε ακούσει ποτέ για την HIV λοίμωξη ή την ασθένεια AIDS;

Ναι

Όχι

7. Κατά τη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς, διδαχθήκατε στην τάξη σας σχετικά με την HIV λοίμωξη ή το AIDS;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω

8. Κατά τη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς, διδαχθήκατε στην τάξη σας σχετικά με την προφύλαξη της HIV λοίμωξης ή του AIDS;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω

9. Έχετε μιλήσει ποτέ για την HIV λοίμωξη ή το AIDS με τους γονείς/κηδεμόνες σας;

Ναι

Όχι

---

## Θ. ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ

---

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν το τσιγάρο και άλλες χρήσεις καπνού.

1. Πόσο χρονών δοκιμάσατε για πρώτη φορά ένα τσιγάρο;

- |                       |                          |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Δεν έχω καπνίσει ποτέ | <input type="checkbox"/> | 7 χρονών ή μικρότερος | <input type="checkbox"/> |
| 8 ή 9 χρονών          | <input type="checkbox"/> | 10 ή 11 χρονών        | <input type="checkbox"/> |
| 12 ή 13 χρονών        | <input type="checkbox"/> | 14 ή 15 χρονών        | <input type="checkbox"/> |
| 16 ή 17 χρονών        | <input type="checkbox"/> | 18 χρονών             | <input type="checkbox"/> |

2. Τον τελευταίο μήνα, πόσες ημέρες καπνίσατε;

- |                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Καμία          | <input type="checkbox"/> | 1 ή 2 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 3 - 5 ημέρες   | <input type="checkbox"/> | 6 - 9 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 19 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 20 - 29 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| Καθημερινά     | <input type="checkbox"/> |                |                          |

3. Τον τελευταίο μήνα, πόσες ημέρες κάνατε χρήση προϊόντων καπνού εκτός από τσιγάρα (π.χ. ηλεκτρονικό τσιγάρο, πούρα);

- |                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Καμία          | <input type="checkbox"/> | 1 ή 2 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 3 - 5 ημέρες   | <input type="checkbox"/> | 6 - 9 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 19 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 20 - 29 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| Καθημερινά     | <input type="checkbox"/> |                |                          |

4. Τον τελευταίο χρόνο, προσπαθήσατε ποτέ να σταματήσετε το κάπνισμα;

- |                       |                          |                                    |                          |
|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Δεν έχω καπνίσει ποτέ | <input type="checkbox"/> | Δεν έχω καπνίσει το τελευταίο έτος | <input type="checkbox"/> |
| Ναι                   | <input type="checkbox"/> | Όχι                                | <input type="checkbox"/> |

5. Την τελευταία εβδομάδα, πόσες ημέρες κάποια άτομα καπνίζουν παρουσία σας;

- |              |                          |              |                          |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Καμία        | <input type="checkbox"/> | 1 ή 2 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| 3 ή 4 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 5 ή 6 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| Καθημερινά   | <input type="checkbox"/> |              |                          |

6. Ποιο από τους γονείς/κηδεμόνες σας κάνουν χρήση οποιαδήποτε μορφής καπνού;

- |                            |                          |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Κανένας                    | <input type="checkbox"/> | Ο πατέρας/άνδρας κηδεμόνας | <input type="checkbox"/> |
| Η μητέρα/γυναίκα κηδεμόνας | <input type="checkbox"/> | Και οι δύο                 | <input type="checkbox"/> |
| Δεν γνωρίζω                | <input type="checkbox"/> |                            |                          |

---

## I. ΒΙΑ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

---

Η επόμενη ερώτηση αφορά τις σωματικές επιθέσεις. Μια σωματική επίθεση συμβαίνει όταν ένα ή περισσότερα άτομα χτυπήσουν ή βλάψουν κάποιον με όπλο (π.χ. ραβδί, μαχαίρι, πιστόλι). Δεν αποτελεί σωματική επίθεση όταν δύο σωματικά ισοδύναμοι μαθητές επιλέξουν να παλέψουν μεταξύ τους.

1. Τον τελευταίο χρόνο, πόσες φορές δεχτήκατε σωματική επίθεση;

- |               |                          |                         |                          |
|---------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καμία φορά    | <input type="checkbox"/> | 1 φορά                  | <input type="checkbox"/> |
| 2 ή 3 φορές   | <input type="checkbox"/> | 4 ή 5 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 6 ή 7 φορές   | <input type="checkbox"/> | 8 ή 9 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 10 ή 11 φορές | <input type="checkbox"/> | 12 ή περισσότερες φορές | <input type="checkbox"/> |

Η επόμενη ερώτηση αφορά τη σωματική πάλη. Μια σωματική επίθεση συμβαίνει όταν δύο σωματικά ισοδύναμοι μαθητές επιλέξουν να παλέψουν μεταξύ τους.

2. Τον τελευταίο χρόνο, πόσες φορές παλέψατε με κάποιον;

- |               |                          |                         |                          |
|---------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καμία φορά    | <input type="checkbox"/> | 1 φορά                  | <input type="checkbox"/> |
| 2 ή 3 φορές   | <input type="checkbox"/> | 4 ή 5 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 6 ή 7 φορές   | <input type="checkbox"/> | 8 ή 9 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 10 ή 11 φορές | <input type="checkbox"/> | 12 ή περισσότερες φορές | <input type="checkbox"/> |

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν σοβαρούς τραυματισμούς που έχουν συμβεί σε εσάς. Ένας τραυματισμός είναι σοβαρός όταν σας αναγκάζει να χάσετε τουλάχιστον μια ολόκληρη μέρα συνηθισμένων δραστηριοτήτων (π.χ. σχολείο, αθλήματα, εργασία) ή απαιτεί θεραπεία από γιατρό ή νοσηλεύτη.

3. Τον τελευταίο χρόνο, πόσες φορές είχατε κάποιον σοβαρό τραυματισμό;

- |               |                          |                         |                          |
|---------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Καμία φορά    | <input type="checkbox"/> | 1 φορά                  | <input type="checkbox"/> |
| 2 ή 3 φορές   | <input type="checkbox"/> | 4 ή 5 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 6 ή 7 φορές   | <input type="checkbox"/> | 8 ή 9 φορές             | <input type="checkbox"/> |
| 10 ή 11 φορές | <input type="checkbox"/> | 12 ή περισσότερες φορές | <input type="checkbox"/> |

4. Τον τελευταίο χρόνο, πόσες φορές είχατε κάποιον σοβαρό τραυματισμό;

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Δεν είχα κάποιον σοβαρό τραυματισμό τον τελευταίο χρόνο                             | <input type="checkbox"/> |
| Σπάσιμο ή εξάρθρωση οστού   | <input type="checkbox"/> |
| Κόψιμο ή ατύχημα με μαχαίρι   | <input type="checkbox"/> |
| Διάσειση ή άλλου είδους τραυματισμό στο κεφάλι/αιχένα, χτύπημα, ή δυσκολία αναπνοής | <input type="checkbox"/> |
| Τραυματισμός από πυροβολισμό  | <input type="checkbox"/> |
| Άσχημο έγκαυμα  | <input type="checkbox"/> |
| Δηλητηρίαση ή μεγάλη λήψη φαρμάκων  | <input type="checkbox"/> |
| Άλλο  | <input type="checkbox"/> |

5. Τον τελευταίο χρόνο, ποια ήταν η κύρια αιτία του σοβαρότερου τραυματισμού σας;

- Δεν είχα κάποιον σοβαρό τραυματισμό τον τελευταίο χρόνο
- Ατύχημα με αυτοκίνητο ή μηχανή
- Πέσιμο/Πτώση
- Χτύπημα από αντικείμενο
- Επίθεση ή κακοποίηση ή τσακωμός με κάποιον άλλο
- Πυρκαγιά ή κάτι πολύ κοντά σε φλόγα/ζεστή εστία
- Εισπνοή ή κατάποση βλαβερής ουσίας
- Άλλο

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν τον εκφοβισμό (bullying). Το bullying αναφέρεται στη σωματική και ψυχολογική κακοποίηση ή μείωση ασθενέστερων ατόμων σε μια ομάδα. Συμβαίνει όταν ένας μαθητής ή μια ομάδα μαθητών λένε ή κάνουν άσχημα και δυσάρεστα πράγματα σε έναν άλλο μαθητή. Επίσης όταν ένας μαθητής ενοχλεί πολλούς κάποιον με δυσάρεστο τρόπο ώστε να μένει «εκτός πραγμάτων» σκοπίμως. Δεν είναι bullying όταν δύο μαθητές περίπου ισόδυναμοι τσακώνονται ή παλεύουν ή πειράζονται μεταξύ τους με φιλικό και διασκεδαστικό τρόπο.

6. Τον τελευταίο μήνα, πόσες μέρες πέσατε θύμα εκφοβισμού (bullying):

- |                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Καμία          | <input type="checkbox"/> | 1 ή 2 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 3 - 5 ημέρες   | <input type="checkbox"/> | 6 - 9 ημέρες   | <input type="checkbox"/> |
| 10 - 19 ημέρες | <input type="checkbox"/> | 20 - 29 ημέρες | <input type="checkbox"/> |
| Καθημερινά     | <input type="checkbox"/> |                |                          |

7. Τον τελευταίο μήνα, με ποιον τρόπο πέσατε θύμα εκφοβισμού (bullying):

- Δεν έχω πέσει θύμα bullying τον τελευταίο μήνα
- Σπρώξιμο, χτύπημα, απώθηση, ή κλείδωμα σε εσωτερικούς χώρους
- Κοροϊδία/σαρκασμός λόγω φυλής, εθνικότητας ή χρώματος
- Κοροϊδία/σαρκασμός λόγω θρησκείας
- Κοροϊδία/σαρκασμός με σεξουαλικά αστεία, σχόλια ή χειρονομίες
- Αποκλεισμός από δραστηριότητες σκοπίμως ή παντελής αγνόηση
- Κοροϊδία/σαρκασμός λόγω εμφάνισης σώματος ή προσώπου
- Άλλο