

Ή ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Διευθυντής: Καθηγητής Γεώργιος Χρούσος

Διδακτορική διατριβή

**Βιολογικοί, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες
που συνδέονται με αποκλίσεις της συμπεριφοράς
και του συναισθήματος του εφήβου.
*Πανελλήνια διαχρονική μελέτη.***

Ιππολύτη Βάσση

Παιδίατρος

Αθήνα, Μάιος 2015

ΕΘΝΙΚΟΝ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΕΚ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΟΡΚΟΥ
ΚΕΙΜΕΝΟ**

« ΟΜΝΥΜΙ ΤΟΝ ΘΕΟΝ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΤΟΙΗΣΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ
ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ.
ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΑΨΕΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ ΤΑΥΤΗΣ ΙΣΑ
ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ. ΔΙΑΠΡΟΨΕΕ ΤΕ ΧΡΕΙΑΣΤΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ
ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ
ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ ΕΙΡΞΕΙΝ. ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ
ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΤΙΜΟΝ. ΟΥΔΕ ΤΑΤΗΡΩΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ
ΤΟΙΗΝΔΕ. ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕΝΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ.
ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΥΔΕ ΔΙΑΤΕΡΕΙΣ ΒΙΟΝ ΤΟΥ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ
ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΙΚΟΥΣ ΑΝΕΞΩΔΕΣΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ'
ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣΙΣ ΔΕ ΠΑΡΕΝΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ
ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΤΩΝ ΕΡΓΩΝ. Α Δ' ΑΝ
ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ, ΗΛΔΕ ΗΛΙΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΗΣ ΚΑΤΑ
ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, Α ΜΗΔΕΝ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΕΣΘΑΙ ΕΞΩ,
ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΙΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ
ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ
ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ
ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΩΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ
ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΕΟΝΤΙ ΤΑΝΤΑ ΤΟΥΤΩΝ. ΤΑΥΤΗΝ ΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΙΑΝ ΕΠΙΤΕΛΟΝΤΙ ΕΙΗ ΜΟΙ ΤΟΝ ΘΕΟΝ ΑΡΩΓΟΝ
ΚΤΗΣΑΣΘΑΙ ΕΝ ΤΩ ΒΙΩ ».

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΣ ΟΡΚΟΣ

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

« ΟΡΚΙΖΟΜΑΙ ΣΤΟ ΘΕΟ ΟΤΙ ΘΑ ΕΚΜΗΡΩΣΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΑΥΤΟ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΣΗ ΕΚΕΙΝΩΝ ΠΟΥ ΜΟΥ ΔΙΔΑΞΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗΝ ΙΣΕΙΝ ΜΕΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ . ΟΤΙ ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΩ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΩΦΕΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ, ΟΣΟ ΕΠΙΧΕΙΡΑΙ ΑΠΟ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ, ΚΑΙ (ΥΠΟΧΟΜΑΙ ΟΤΙ) ΘΑ ΤΟΝ ΠΡΟΦΥΛΑΞΩ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΒΛΑΒΗ ΚΑΙ ΑΔΙΚΙΑ!

ΔΕΝ ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΣΩ ΘΑΝΑΤΗΡΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ, ΟΣΟ ΚΑΙ ΑΝ ΠΑΡΑΚΛΗΘΩ ΕΝΤΕΘΕΩΝ ΥΠΟΔΕΙΩ ΤΕΤΟΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΗ. ΕΠΙΕΞ ΔΕΝ ΘΑ ΔΙΔΩ ΣΕ ΚΥΝΑΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΟ ΕΚΤΡΩΤΙΚΟ, ΑΛΛΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΗ ΘΑ ΜΕ ΤΕΤΗΣΩ ΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ, ΕΞΕΤΕΡΩΤΗ ΠΡΟΣΚΑΛΟΥΜΑΙ, ΘΑ ΜΠΑΙΝΩ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΣ ΤΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΜΑΚΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΦΕΛΟΝΑΤΙΚΗ ΑΔΙΚΙΑ Η ΑΛΛΗ ΔΙΑΦΘΟΡΑ ΚΑΙ ΠΡΟΚΕΙΝΤΑΙ ΜΑΚΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΑΦΡΟΔΙΣΙΑΚΗ ΠΡΑΞΗ .

ΟΣΑ ΔΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΜΗΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΘΑ ΔΩ Η ΘΑ ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΠΕΡΑ ΤΟΥΣ ΕΠΙΧΩΛΙΕΣ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ, ΟΣΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΚΟΙΝΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΞΕΝΟΥΣ, ΘΑ ΤΑ ΑΠΟΣΙΩΠΩ, ΥΠΟΛΟΓΙΖΟΝΤΑΣ ΟΤΙ ΑΥΤΑ ΕΙΝΑΙ ΠΕΡΑ ΤΗΣΤΙΚΑ. ΟΣΟ ΛΟΙΠΟΝ ΘΑ ΘΗΡΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟ, ΚΑΙ ΔΕΝ ΘΑ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΙΑΖΩ ΕΙΘΕ ΝΑ ΠΕΤΥΧΑΙΝΩ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ, ΕΧΟΝΤΑΣ ΚΑΛΟ ΟΝΟΜΑ ΠΑΝΤΟΤΕ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΕΑΝ ΟΥΔΕ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΩ ΚΑΙ ΓΙΝΩ ΕΠΙΟΡΚΟΣ, ΝΑ ΠΑΘΩ ΤΑ ΑΝΤΙΘΕΤΑ.

ΔΙΔΟΝΤΑΣ ΑΥΤΟ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΕΥΧΟΜΑΙ ΝΑ ΕΧΩ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΘΕΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ».

ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

Στην οικογένειά μου

Ημερομηνία αίτησης διορισμού τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

19/11/2008

Ημερομηνία διορισμού τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

24/02/2009

Ημερομηνία καθορισμού του θέματος

13/07/2009

Ημερομηνία αίτησης για καθορισμό επταμελούς επιτροπής

27/05/2015

Ημερομηνία ορισμού επταμελούς επιτροπής

03/06/2015

Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Αθηνών

Πέτρος Π. Σφηκάκης

Τριμελής συμβουλευτική επιτροπή

Χρυσάνθη Μπακούλα , Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ξενοφών Κρίκος Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής

Γεράσιμος Κολαΐτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ιππολύτη Βάσση

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνομα	Ιππολύτη
Επίθετο	Βάσση
Ημ. γεννήσεως	21/06/1982
Τόπος γεννήσεως	Αθήνα
Διεύθυνση	Λυκαβηττού 1Α, Αθήνα, 10672
E-mail	ippolyti_vassi@yahoo.gr

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ / ΕΡΓΑΣΙΑ

1994- 2000	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση: Ελληνογαλλική Σχολή “École St. Paule” Βαθμός: Άριστα (19,6/20)
2000- 2006	Πτυχίο Ιατρικής Σχολής Αθηνών Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Βαθμός: Λίαν Καλώς (7,46/10)
2007-2009	Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών “Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική - Έρευνα” Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Βαθμός: Άριστα (9,62/10)
2/2010– 3/2012	Ειδικότητα Παιδιατρικής, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»

3/2012-8/2012	Ειδικότητα Παιδιατρικής-Νεογνολογίας, Τμήμα Νεογνολογίας, Royal London Hospital, Λονδίνο
9/2012- 10/2014	Ειδικότητα Παιδιατρικής, Α Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ

2010	Υποτροφία για Μεταπτυχιακές Σπουδές στην Παιδιατρική Ακαδημία Αθηνών
------	---

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ

Άρθρα

- 1 The generation gap in numbers: parent-child disagreement on youth's emotional and behavioural problems. A Greek community based-survey.
I. Vassi, A. Veltsista, E. Lagona, A. Gika, G. Kavadias, C. Bakoula
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008 Dec;43(12):1008-13.
- 2 Can we be optimistic about asthma in childhood? A Greek cohort study.
F. Bacopoulou, A. Veltsista, I. Vassi, A. Gika, V. Lekea, K. Priftis, C. Bakoula
J Asthma. 2009 Mar;46(2):171-4
- 3 Inattention, Hyperactivity, Impulsivity— Epidemiology and Correlations: A Nationwide Greek Study From Birth to 18 Years
A. Palili, G. Kolaitis, I. Vassi, A. Veltsista, C. Bakoula, A. Gika
J Child Neurology 2011 Feb;26(2):199-204

- 4 Νεογνικός ερυθματώδης λύκος και αιμοφαγοκυτταρική
λεμφοϊστοκύττωση
Ι. Βάσση, Φ. Παλαμίδου
Δελτίο Ά Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
2015;65(1):20

Περυλήψεις

- 1 Are youths' perceptions to blame for their behaviour? The
case of a Greek community-based study.
Ι. Vassi, Α. Veltsista, Α. Palili, Α. Gika, C. Bakoula
Acta Paediatrica, 2009, 28, suppl. 460, 83
- 2 Macronutrient intake and physical activity in 18-year-old
Greek adolescents.
Α. Veltsista, C. Kanaka, Ι. Vassi, Α. Palili, V. Lekea, C. Bakoula
Acta Paediatrica, 2009, 28, suppl. 460, 258

Κεφάλαια σε βιβλία

- 1 Handbook of Parenting: Styles, Stresses, and Strategies
Editors: Pacey H. Krause and Tahlia M. Dailey
Title: Parenting Practices and Child Mental Health Outcomes
Ι. Vassi, Α. Veltsista, C. Bakoula
Series: Family Issues in the 21st Century
2009
ISBN: 978-1-60741-766-8

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- 1 Antenatal care in Greece variations by socioeconomic status: a population based study.
P. Koutsovitis, V. Lekea, I. Vassi, G. Kavadias, A. Veltsista, A. Makris, C. Bakoula
7th Athens Congress on Women's Health and Disease
Athens, Greece, September 11 – 13, 2008
- 2 The generation gap in numbers: parent-child disagreement on youth's emotional and behavioural problems. A Greek community based-survey.
I. Vassi, A. Veltsista, E. Lagona, A. Gika, G. Kavadias, C. Bakoula
2nd Congress of the European Academy of Paediatrics - EAP,
Nice, France, October 24- 28, 2008
- 3 Are youths' perceptions to blame for their behaviour? The case of a Greek community-based study.
I. Vassi, A. Veltsista, A. Palili, A. Gika, C. Bakoula
50th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Research (ESPR), Hamburg, Germany, 2009.
- 4 Macronutrient intake and physical activity in 18-year-old Greek adolescents.
Veltsista A, Kanaka C, Vassi I, Palili A, Lekea V, Bakoula C.
50th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Research (ESPR), Hamburg, Germany, 2009.
- 5 Parenting practices and child mental health outcomes
I. Vassi, A. Veltsista, C. Bakoula
5th Conference on Epidemiological Longitudinal Studies in Europe,
Paphos, Cyprus, 13-15 October 2010
- 6 Inattention, Hyperactivity, Impulsivity: epidemiology and correlations.
A nationwide Greek study from birth to 18 years
A. Palili, G. Kolaitis, I. Vassi, A. Veltsista, C. Bakoula, A. Gika
5th Conference on Epidemiological Longitudinal Studies in Europe,
Paphos, Cyprus, 13-15 October 2010

- 7 Childhood and adolescent obesity: long-term effects of lifestyle, socioeconomic, child and parental factors. Results from a Greek longitudinal study
A. Veltsista, A. Palili, I. Vassi, C. Kanaka, G. Kavadias, V. Lekea, C. Bakoula
5th Conference on Epidemiological Longitudinal Studies in Europe,
Paphos, Cyprus, 13-15 October 2010
- 8 Obesity in mother, implications for the baby. A population-based study.
Palili A, Bakoulas V, Vassi I, Veltsista A, Lekea V, Bakoula C
22nd European Congress of Perinatal Medicine, Granada, Spain, 2010
- 9 Λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος στα παιδιά κατά τη διάρκεια της επιδημικής έκρηξης του ιού της γρίπης H1N1.
Ι. Αντωνίου, Ν. Κοτταράκου, Κ. Τριπολίτης, Ι. Βάσση, Ε. Κωνσταντίνου, Π. Μανής, Μ. Παπαρούνη, Α. Πετρόπουλος, Χ. Ρωμανού, Β. Μαύρος, Ι. Δάυρος
48^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Μύκονος, 21-23 Μαΐου 2010
- 10 Οδοντιατρικά προβλήματα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.
Ι. Αντωνίου, Β. Διαμαντόπουλος, Ν. Κοτταράκου, Κ. Τριπολίτης, Ι. Βάσση, Ε. Κωνσταντίνου, Π. Μανής, Μ. Παπαρούνη, Α. Πετρόπουλος, Χ. Ρωμανού, Β. Μαύρος, Ι. Δάυρος.
48^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Μύκονος, 21-23 Μαΐου 2010
- 11 Tracking of ADHD-like symptoms from childhood to adolescence in a Greek birth cohort and associated factors
A. Palili, G. Kolaitis, I. Vassi, A. Veltsista, C. Bakoula, A. Gika
3rd Congress of the European Academy of Paediatrics – EAP, Copenhagen, Denmark, 23-26 October, 2010
- 12 Νεογνικός Ερυθηματώδης Λύκος
Ι. Βάσση
48η Ετήσια Θεραπευτική Ενημέρωση, 18-19 Απριλίου 2015

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

2009	Advanced Paediatric Life Support (APLS)
2010	Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για τη δημιουργία στελεχών εκπαίδευσης στο Μητρικό Θηλασμό, Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου»
2011	Neonatal Life Support (NLS)

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Αγγλικά	Άριστα. The University of Cambridge Certificate of Proficiency in English
Γαλλικά	Άριστα. Diplôme de langue et littérature francaises (2 ieme degre) Επάρκεια Γαλλικής γλώσσας από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων - Διεύθυνση Ιδιωτικής Εκπαίδευσης

Ευχαριστίες

Ευγνωμοσύνη οφείλω στην Καθηγήτριά μου κυρία Χρύσα Μπακούλα, επιβλέπουσα της παρούσας διατριβής, που με εμπιστεύτηκε από τότε που ήμουν φοιτήτρια και δίδοντάς μου την ευκαιρία να παρακολουθήσω μεταπτυχιακές σπουδές και ακολούθως να ασχοληθώ με την διατριβή αυτή. Την ευχαριστώ για την πολύτιμη συμπαράσταση, επίβλεψη, επιστημονική καθοδήγηση και ουσιαστική συμβολή της, στην εκπόνηση της μελέτης αυτής καθώς και την τελική συγγραφή της διδακτορικής αυτής διατριβής. Αναγνωρίζω ιδιαίτερα το χρόνο που μου αφιέρωσε, και την αγάπη, φροντίδα, προθυμία και ενθουσιασμό με τα οποία με δίδαξε σε κάθε επαγγελματικό μου βήμα.

Πολύτιμη ήταν η συμβολή του Αν. Καθηγητή κυρίου Κολαΐτη για τις κατευθύνσεις που μου έδωσε, την ερμηνεία των ευρημάτων της μελέτης και τις συμβουλές κατά τη συγγραφή της διατριβής. Ευχαριστώ πολύ τον Ομ. Καθηγητή κύριο Κρίκο για τις παροτρύνσεις και την στήριξή του από τότε που ήμουν φοιτήτρια.

Αναγνωρίζω την βοήθεια της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στα πλαίσια της οποίας εκπαιδεύτηκα ως προπτυχιακή και μεταπτυχιακή φοιτήτρια, εκπόνησα την διδακτορική μου διατριβή και ειδικεύτηκα στην Παιδιατρική.

Ευχαριστώ πολύ, επίσης, τον Βιοστατιστικό κύριο Γεώργιο Καθβαδία, ο οποίος υπήρξε ο κύριος εκπαιδευτής μου στην επεξεργασία και ανάλυση των ερευνητικών πληροφοριών, για τη βοήθειά του στη στατιστική επεξεργασία της μελέτης. Αναγνωρίζω τη βοήθεια των συναδέλφων μου και ιδιαίτερα της Αλεξάνδρας Βελτσίστα, της Ζέτας Γιαννούλη και της Αλεξάνδρας Παλίλη οι οποίες με περιέβαλαν με αγάπη και ενθάρρυνση καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής.

Ιδιαίτερη αναφορά οφείλεται στη μεγάλη ηθική και υλική συμβολή:

- των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας και του Πανεπιστημίου Αθηνών υπό την αιγίδα των οποίων διεξήχθησαν οι πληθυσμιακές μελέτες στις οποίες στηρίχθηκε η παρούσα διατριβή
- της Ακαδημίας Αθηνών, με την προσωπική συμβολή του Γενικού Γραμματέα της
- του αειμνήστου Καθηγητού Νικόλαου Ματσανιώτη, για την οργάνωση των ερευνητικών προγραμμάτων της διαχρονικής καταγραφής των στοιχείων
- του Ταμείου Κονδυλίων Έρευνας της Ευρώπης και της Επιστημονικής Επιτροπής
- του Διευρωπαϊκού προγράμματος EURO-BLCS
- των επώνυμων και ανώνυμων ομάδων εργασίας που συμμετείχαν στη συλλογή των πληροφοριών
- και των οικογενειών που με προθυμία συμμετείχαν στη διαχρονική καταγραφή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
1.1	ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ	22
1.2	ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ	24
1.2.1	Στάδια ανάπτυξης παιδιών και εφήβων	24
1.2.2	Αποκλίσεις ψυχικής υγείας	31
1.3	Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΚΛΙΣΕΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΖΩΗ.....	33
1.3.1	Ομοιοτυπική συνέχιση προβλημάτων	34
1.3.2	Ετεροτυπική συνέχιση προβλημάτων	36
1.3.3	Σχετιζόμενοι παράγοντες.....	37
1.4	ΔΙΑΦΩΝΙΑ/ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ	47
1.4.1	Διαφορές βαθμολογιών στη βιβλιογραφία	48
1.4.2	Χαρακτηριστικά παιδιών	55
1.4.3	Χαρακτηριστικά γονέων	56
1.4.4	Χαρακτηριστικά οικογένειας	58
1.5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	61
1.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ	65
2	ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	67
3	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	69
3.1	ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	70
3.2	ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ	73
3.3	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	74
3.3.1	Γενικά στοιχεία ερωτηματολογίων.....	74
3.3.2	Ερωτηματολόγια εκτίμησης προβλημάτων συμπεριφοράς	75
3.4	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	79
4	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	88

5	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	121
6	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	146
7	ΠΕΡΙΛΗΨΗ / ABSTRACT	165
8	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	175

1 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ο οποίος ορίζει την υγεία ως: «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας», η ψυχική υγεία αποτελεί βασικό της στοιχείο και αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με την ψυχική ευεξία. Έχει σχέση με την προώθηση της ευημερίας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη θεραπεία και αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Οι διαταραχές ψυχικής υγείας αποτελούν σχεδόν το 20% των προβλημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ και επηρεάζουν ένα στα τέσσερα άτομα κάποια στιγμή στη ζωή τους. Έξι από τις 20 χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών στον κόσμο βρίσκονται στην ευρωπαϊκή περιφέρεια. Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές είναι η τρίτη κύρια αιτία ανικανότητας / αναπηρίας στην Ευρώπη και αποτελούν το 15.2% χρόνου που αντιστοιχεί σε ανικανότητα / αναπηρία (Days Adjusted Life Years) (WHO 2015).

Για τον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό πιο ειδικά, επιδημιολογικά δεδομένα φέρουν στο προσκήνιο τις διαταραχές ψυχικής υγείας, ζήτημα το οποίο είχε σε μεγάλο βαθμό παραμεληθεί στο παρελθόν. Σε παγκόσμιο επίπεδο, στις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας άνω των 10 ετών περιλαμβάνονται και διαταραχές ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη, η βία και οι αυτοκτονίες. (WHO 2015)

Στους πίνακες 1.1,2,3 αναφέρονται επιγραμματικά η κατάταξη των συχνότερων αιτίων θνησιμότητας των εφήβων, των συχνότερων αιτίων ανικανότητας/αναπηρίας (DALYs) των εφήβων 10-19 ετών και των συχνότερων αιτίων χαμένων χρόνων λόγω αναπηρίας αντίστοιχα.

Πίνακας 1.1

Κατάταξη συχνότερων αιτίων θνησιμότητας εφήβων

τροχαία ατυχήματα

HIV

Αυτοκτονίες

λοιμώξεις κατωτέρου αναπνευστικού

διαπροσωπική βία

Πίνακας 1.2

Κατάταξη συχνότερων αιτίων ανικανότητας/αναπηρίας (DALYs) σε εφήβους 10-19 ετών

Κατάθλιψη

τραυματισμοί από τροχαία

σιδηροπενική αναιμία

HIV

Αυτοκτονίες

Πίνακας 1.3

Κατάταξη συχνότερων αιτίων χαμένων χρόνων λόγω αναπηρίας (YLDs)

ηλικίες 10-14 ετών

μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή

σιδηροπενική αναιμία

Άσθμα

ραχιαλγία / αυχεναλγία

αγχώδεις διαταραχές

ηλικίες 15-19 ετών

μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή

σιδηροπενική αναιμία

διαταραχές χρήσης του αλκοόλ

ραχιαλγία / αυχεναλγία

αγχώδεις διαταραχές

Τα αίτια αυτά είναι υπεύθυνα για σχεδόν το 50% των YLDs στις ηλικίες 10-19 ετών.

1.2 ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΚΟ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας έχουν σημαντική επιρροή στην ευρύτερη υγεία και ανάπτυξη. Συχνά συνυπάρχουν και σχετίζονται με άλλα προβλήματα υγείας και κοινωνικά προβλήματα, όπως η χρήση αλκοόλ, καπνού και παράνομων ουσιών, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία, η εγκατάλειψη του σχολείου και η παραβατική συμπεριφορά, οδηγώντας ακόμη και σε εμπλοκή με τη δικαιοσύνη. Πέρα από τις επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του ατόμου και την μετέπειτα πορεία του, οι διαταραχές ψυχικής υγείας υπονομεύουν συνολικά τον κοινωνικό ιστό και την παραγωγικότητά του, αυξάνοντας το κόστος της υγείας, της κοινωνικής πρόνοιας και της ποινικής δικαιοσύνης. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014)

Λόγω της συνεχούς εξέλιξης της συμπεριφοράς των παιδιών και εφήβων ανάλογα με το στάδιο αναπτυξιακής εξέλιξης, η αναγνώριση τυχόν αποκλίσεων είναι ελλιπής, με αποτέλεσμα λιγότεροι από 1 στους 5 νέους να λαμβάνουν την απαιτούμενη θεραπεία. (AAP 2008) Επομένως προκειμένου να συζητηθούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους και να γίνει κατανοητή η εξέλιξή τους, παρατίθενται ορισμένα στοιχεία σχετικά με τα στάδια ανάπτυξής τους.

1.2.1 Στάδια ανάπτυξης παιδιών και εφήβων

1.2.1.1 Μέση παιδική ηλικία: 5-10 έτη

Η μέση παιδική ηλικία είναι συνήθως μια σταθερή περίοδος, χωρίς τις δραματικές φυσικές, γνωστικές και κοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν στα άλλα αναπτυξιακά στάδια. Ωστόσο πρόκειται για μια σημαντική μεταβατική περίοδο κατά την οποία τα παιδιά αφ' ενός αποκτούν νέες γνωστικές, σωματικές και κοινωνικές δεξιότητες, αφ'

ετέρου αξιοποιούν τις δεξιότητες που ανέπτυξαν σε διάφορους τομείς κατά την πρώιμη παιδική ηλικία στο πλαίσιο της προετοιμασίας για την εφηβεία.

Το σημαντικότερο στοιχείο αυτής της περιόδου είναι η μετάβαση από την πλήρη εξάρτηση από τους γονείς προς την ανεξαρτησία, το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη των φιλικών σχέσεων και τον κόσμο γύρω τους, καθώς και οι συχνές συγκρίσεις στις οποίες υποβάλλουν τον εαυτό τους με τους άλλους.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, τα παιδιά αρχίζουν να παρατηρούν τις πολιτιστικές διαφορές μεταξύ της οικογένειάς τους και των άλλων, αναπτύσσοντας έτσι μια πολιτιστική, φυλετική, εθνική ή θρησκευτική ταυτότητα. Αν και είναι αρχικά εγωκεντρικά, σταδιακά αποκτούν όλο και μεγαλύτερη επίγνωση των συναισθημάτων των άλλων. Η συγκεκριμένη σκέψη κυριαρχεί, ασχολούνται κυρίως με το παρόν και έχουν περιορισμένη ικανότητα για αφηρημένη ή προσανατολισμένη στο μέλλον σκέψη. Η διαδικασία μετάβασης σε πιο αφηρημένη σκέψη εξελίσσεται κατά τη μέση παιδική ηλικία. Καθώς πλησιάζουν την εφηβεία, βελτιώνεται η ικανότητά τους για την αφηρημένη σκέψη, αποκτούν την ικανότητα να σκέπτονται και να ενεργούν πέραν των δικών τους άμεσων αναγκών, και είναι σε θέση να δουν την προοπτική άλλων ανθρώπων.

Η μέση παιδική ηλικία είναι επίσης μια σημαντική περίοδος για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης. Όλα τα παιδιά έχουν ανάγκη να αισθάνονται ικανά και να επιβραβεύονται για τα επιτεύγματά τους. Η οικογένεια και το σχολείο αποτελούν βασικούς θεσμούς για την ζωή του παιδιού. Η ομαλή πορεία και πρόοδός τους επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες, από την ικανότητά τους να τα πηγαίνουν καλά με τους άλλους, και από τις προσδοκίες γονέων και εκπαιδευτικών. Τα σχολεία, εκτός από την παροχή ακαδημαϊκής εκπαίδευσης, αποτελούν ένα σημαντικό κοινωνικό πλαίσιο όπου προάγονται οι φιλικές σχέσεις μεταξύ συνομηλίκων, οι σχέσεις μεταξύ δασκάλων και μαθητών, η σωματική και ψυχική υγεία, δημιουργώντας συνολικά ένα αίσθημα ασφάλειας. Ωστόσο δεν σπανίζουν βιώματα εκφοβισμού και βίας, εμπειρίες που μπορεί να περιορίσουν την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης του παιδιού.

Η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρει η οικογένεια κατά την περίοδο αυτή στα παιδιά είναι εξαιρετικά σημαντική για να παγιώσουν και να ενισχύσουν τα γνωστικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά τους, όπως η ικανότητα επικοινωνίας, η ευαισθησία στους άλλους, η ικανότητα να σχηματίζουν θετικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, ο αυτοσεβασμός, και η ανεξαρτησία. Αυτά τα χαρακτηριστικά θα τα βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τις πιέσεις και τους πιθανούς κινδύνους της εφηβείας. (AAP 2008, AAP 2008)

1.2.1.2 Εφηβεία 11-21 έτη

Η εφηβεία, δηλαδή η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, δεν αποτελεί απλά ενδιάμεσο στάδιο αυτών των δύο περιόδων. Είναι μία εξελικτική διεργασία και όχι μια ομοιογενής αναπτυξιακή φάση, που διαμορφώνει καθοριστικά το άτομο. Η ακολουθία των γεγονότων παραμένει σταθερή κατά την εφηβεία. Όμως, οι έφηβοι διαφέρουν ευρέως ως προς την φυσική, κοινωνική και συναισθηματική ωριμότητα γιατί σε κάθε παιδί η χρονική στιγμή έναρξης της εφηβείας συμβαίνει σε διαφορετική ηλικία, η πρόοδός της έχει διαφορετικό ρυθμό, ενώ τα βιώματα και οι προκλήσεις κατά την αναπτυξιακή τους πορεία ποικίλουν. Τα όριά της είναι μάλλον απροσδιόριστα. Για την ακρίβεια, η έναρξή της είναι σαφής με τη εμφάνιση της ήβης, ενώ το πέρας της προσδιορίζεται από ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά με την απόκτηση της ταυτότητας του εαυτού και του φύλου, την κατάκτηση της γνωσιακής λειτουργίας και την πολυπόθητη «ανεξαρτησία».

Η θεώρηση της εφηβείας σε στάδια δίνει τη δυνατότητα μιας καλύτερης κατανόησης της φυσικής και ψυχολογικής ανάπτυξης καθώς και πιθανών προβλημάτων. Διαιρείται σε 3 στάδια και παρόλο που χρονικά είναι κάπως αυθαίρετα, έχουν ορισμένα διακριτά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα τα στάδια της εφηβείας είναι τα εξής:

Κατά το πρώιμο στάδιο (10-14 έτη), επέρχονται οι μεταβολές που οδηγούν από την παιδική στην εφηβική ηλικία, ενώ συχνά το παιδί περατώνει την πρωτοβάθμια και συνεχίζει στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Τα χαρακτηριστικά της είναι:

- Μεγάλη και απότομη σωματική αύξηση και ανάπτυξη
- Τάση για απομάκρυνση από τους γονείς
- Προσκόλληση προς τους φίλους (κατά κανόνα του ίδιου φύλου)
- Ρομαντισμός
- Υπέρμετρη αφοσίωση σε πρόσωπα και ιδέες
- Συγκεκριμένη σκέψη.

Στη μέση περίοδο (15-17 έτη) ο έφηβος προσπαθεί να προσαρμοστεί, μέχρι απόλυτης ταύτισης, με τα στερεότυπα κάποιας ομάδας, μέσα από την ένδυση, τη μουσική, τη γλωσσική έκφραση και βέβαια την άρνηση της γνώμης των γονέων και αυτών ως προτύπων. Χαρακτηρίζεται από:

- Ενδιαφέρον για ετερόφυλες σχέσεις
- Σεξουαλικούς πειραματισμούς
- Απόκτηση κύρους ανάμεσα στους φίλους
- Πάθος και αδεξιότητα
- Ικανότητα για αφηρημένη σκέψη, δηλαδή κρίνει, αναλύει, συγκρίνει, συνθέτει και οραματίζεται το μέλλον και το ρόλο του σ' αυτό λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες του παρόντος και του παρελθόντος
- Εκρήξεις οργής και εναλλαγή ευφορίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Στο τελικό στάδιο, στα 18-21 χρόνια περίπου, οι έφηβοι αρχίζουν να αποδέχονται ρόλους, ευθύνες και σχέσεις που σαφώς ομοιάζουν με αυτές της ενήλικης ζωής. Παρουσιάζουν δηλαδή:

- Σαφή επιβράδυνση της σωματικής ανάπτυξης
- Εξοικείωση με το σώμα τους
- Σοβαρότερες ποιοτικά σεξουαλικές σχέσεις
- Ολοκληρωμένη αφηρημένη σκέψη
- Περαιτέρω ανάπτυξη του ιδεαλισμού
- Σταδιακή σύγκλιση με τις απόψεις των γονέων

Η ανάπτυξη επισυμβαίνει σε τρία επίπεδα: σωματικό, ψυχοκοινωνικό, γνωσιακό.

Η **σωματική ανάπτυξη** είναι εντυπωσιακή, λόγω των ενδοκρινολογικών μεταβολών με την έναρξη της ήβης. Επέρχεται η ολοκλήρωση της φυσικής ανάπτυξης που χαρακτηρίζεται από τη διόγκωση των μαστών στα κορίτσια και των όρχεων στα αγόρια, καθώς και από την αύξηση του ύψους και της μυϊκής μάζας στα επίπεδα των ενήλικων.

Η **γνωσιακή ανάπτυξη**, συνίσταται σε αλλαγές των γνωσιακών λειτουργιών, δηλαδή την αντίληψη, γλώσσα, μάθηση, σκέψη, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Μέσω των λειτουργιών αυτών ο έφηβος κατανοεί τον κόσμο και οδηγείται στην επίλυση προβλημάτων, με βάση εμπειρίες του παρελθόντος και στόχους για το μέλλον. Παρατίθενται ακολούθως επιγραμματικά στοιχεία σχετικά με την γνωσιακή λειτουργία και ανάπτυξη των εφήβων δεδομένου ότι αποτελούν κλειδί για την ερμηνεία των διαπροσωπικών σχέσεων και της συμπεριφοράς τους.

Οι ευρύτατες γνωσιακές αλλαγές που επισυμβαίνουν με το τέλος της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και την εμφάνιση των πρώτων σημείων της ήβης επιτρέπουν στο άτομο να ξεπεράσει τους περιορισμούς της προηγούμενης αναπτυξιακής φάσης και να κατακτήσει νέες νοητικές δυνατότητες. Τα χαρακτηριστικά της σκέψης του εφήβου είναι τα εξής:

Σκέψη «δυνατού» και «αφαίρεσης»

Στη σκέψη του εφήβου αντιστρέφονται οι σχέσεις πραγματικού-δυνατού. Πλέον, η άμεση εμπειρία δεν περιορίζει τη λειτουργία του γνωσιακού συστήματος. Ο έφηβος ανακαλύπτει ότι το «τι συμβαίνει» και «τι υπάρχει» σε μία δεδομένη στιγμή είναι ένα υποσύνολο των πιθανοτήτων που θα μπορούσαν να είχαν συμβεί.

Η σκέψη του εφήβου είναι πια αφηρημένη και χαρακτηρίζεται ως τυπική. Έτσι, είναι ικανός να σκέφτεται όχι μόνο την ίδια την πραγματικότητα αλλά και τις γενικές αρχές που διέπουν την πραγματικότητα. Πλέον το συμβολικό, το υποθετικό και το φανταστικό γίνονται αντικείμενα σκέψης του έφηβου. Η δυνατότητα αυτή επιτρέπει

στον έφηβο να βλέπει τον κόσμο, τους ανθρώπους και τον εαυτό του μέσα από πολλές εναλλασσόμενες προοπτικές. Αποτέλεσμα είναι να διαπιστώνει και να βιώνει αντιφάσεις και συγκρούσεις στην κοινωνία. Αυτή είναι η αιτία της κριτικής στάσης έναντι των κοινωνικών ζητημάτων και του ιδεαλισμού που τον χαρακτηρίζει.

Σκέψη «υποθέσεων»

Στη σχολική ηλικία η λύση προβλημάτων συνίσταται στην εφαρμογή ήδη γνωστών αρχών. Το παιδί δυσκολεύεται να επινοήσει νέους τρόπους ή να τροποποιήσει τους ήδη υπάρχοντες με τρόπο συστηματικό ώστε να βρει τη λύση ενός προβλήματος και έτσι προσφεύγει στη στρατηγική δοκιμής και σφάλματος. Στην εφηβεία η ικανότητα λύσης προβλημάτων αναδιοργανώνεται και όλες οι δυνατές περιπτώσεις ελέγχονται συστηματικά. Η ικανότητα εξαγωγής συμπερασμάτων συνδέεται με παραγωγικές και επαγωγικές διεργασίες διαλογισμού από τη μέση εφηβεία.

Η σκέψη για τη σκέψη

Στην εφηβεία αναπτύσσεται η ικανότητα αναλογισμού πάνω στην ίδια τη σκέψη. Δηλαδή η σκέψη γίνεται ενσυνείδητη. Ο έφηβος κατανοεί ότι μία σκέψη μπορεί να γίνεται αντικείμενο μίας άλλης κ.ο.κ. Έτσι αποδέχεται ότι μεγάλο μέρος της καθημερινότητας και της εμπειρίας του είναι μάλλον αλληλουχίες σκέψεων παρά η πραγματικότητα. Το κοινωνικό αποτέλεσμα της ικανότητας αυτής του εφήβου είναι να κατανοεί και να ερμηνεύει τις απόψεις των άλλων. Σκέφτεται και συνειδητοποιεί πως οι άλλοι τον βλέπουν, τον κρίνουν και τον αντιμετωπίζουν. Κατανοεί τους μηχανισμούς που διέπουν τις σχέσεις τρίτων.

Η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από μεταβολές της προσωπικότητας και των διαπροσωπικών σχέσεων ως μια προσπάθεια προσαρμογής, ελέγχου και εξισορρόπησης των εσωτερικών μεταβολών του εφήβου. Οι μεταβολές σχετίζονται με στόχους, συναισθήματα και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, καθώς και με τις κοινωνικές δεξιότητες για την ανάληψη ρόλων στην οικογένεια και ευρύτερα στην κοινωνία. Όλες αυτές οι διεργασίες συμβάλλουν στην ανακάλυψη του εαυτού.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, η ψυχική / συναισθηματική ευημερία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη και ωρίμανση της ικανότητας για την αντιμετώπιση του στρες, από τη δημιουργία ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση πολλαπλών στρεσογόνων παραγόντων περιλαμβάνει:

α. τη χρήση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων με σκοπό τη συναισθηματική σταθερότητα,

β. την προσαρμογή των στρατηγικών ανάλογα με τις περιστάσεις, καθώς και

γ. την ικανότητα να απευθύνεται σε άλλους για βοήθεια

Αυτή η διαδικασία ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την προσωπικότητα του εφήβου, την οικογένεια αλλά και με τα πολιτισμικά πρότυπα και προσδοκίες.

Βέβαια, ενώ τα ψυχοδυναμικά φαινόμενα ανάπτυξης είναι κοινά και παγκόσμια, κάθε κοινωνία και κάθε χρονική στιγμή καθορίζει τις δικές της παραμέτρους σχετικά με την εφηβεία, με σύμβολα και πρότυπα που διαφέρουν. Διαχρονικά οι εσωτερικές διεργασίες της εφηβείας μεταβάλλονται ελάχιστα, οι εξωτερικοί παράμετροι όμως και οι σχέσεις με τα σημαντικά αντικείμενα του περιβάλλοντος που καθορίζουν την ανάπτυξη του εφήβου διαφοροποιούνται σημαντικά. (AAP, Promoting Mental Health 2008) (AAP, Promoting Child Development 2008).

Τελικά, ο έφηβος εντάσσεται στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο, αναπτύσσει ουσιαστικές σχέσεις, οριοθετεί σκοπούς και στόχους, προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της ενήλικης κοινωνικής ζωής. Ωστόσο, αν τα προηγούμενα στάδια δεν έχουν ολοκληρωθεί ικανοποιητικά τότε η προσαρμογή του εφήβου, η ικανότητα συγκροτημένης προσπάθειας για την προσέγγιση στόχων και οι διαπροσωπικές σχέσεις του πάσχουν (Short και Rosenthal 2008, Τσιάντης 1998).

1.2.2 Αποκλίσεις ψυχικής υγείας

Αν και υπάρχει η πεποίθηση ότι η εφηβεία είναι γενικά μια υγιής περίοδος, από επιδημιολογικά δεδομένα φαίνεται ότι πολλοί έφηβοι έχουν προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, δεδομένου ότι ποικίλες καταστάσεις και συμπεριφορές ξεκινούν ή ενισχύονται κατά την εφηβεία επηρεάζοντας την υγεία καθ' όλη τη διάρκεια του βίου. Συγκεκριμένα η συνεισφορά των ψυχικών διαταραχών στο σύνολο των μη θανατηφόρων νοσημάτων αυξάνεται ραγδαία σε όλη την εφηβεία και αποτελεί το 45% αυτών, ακολουθούμενη από τους ακούσιους τραυματισμούς (12%) και τα λοιμώδη νοσήματα (10%) για τις ηλικίες 10-24 ετών (WHO 2015, Gore, et al. 2011, Sawyer, et al. 2012).

Το 75% των ψυχικών διαταραχών είναι παρούσες πριν την ηλικία των 24 ετών και το 50% πριν τα 14 έτη, στοιχείο που υποδηλώνει ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι χρόνιες παθήσεις των παιδιών. (Sawyer, et al. 2012, R. Kessler, P. Berglund, et al. 2005) Εκτιμάται ότι το 21% των παιδιών και εφήβων ηλικίας 9 έως 17 ετών στις ΗΠΑ, έχουν μια διαγνώσιμη ψυχική διαταραχή για την οποία μπορεί να στοιχειοθετηθεί διάγνωση και προκαλεί κάποια προβλήματα/δυσκολίες. (AAP, Promoting Mental Health 2008).

Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου αλλά και προστατευτικοί παράγοντες έχουν συσχετισθεί με διαταραχές ψυχικής υγείας στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Αυτοί σχετίζονται με το ίδιο το παιδί, την οικογένεια και την κοινωνία. Παραδείγματα είναι τα εξής:

- Γενετικές διαταραχές
- Χρόνια νοσήματα
- Κοινωνικοί παράγοντες όπως η φτώχεια και η βία
- Οικογενειακοί / γονεϊκοί παράγοντες, όπως κατάθλιψη, η κοινωνική απομόνωση, ο χωρισμός, η χρόνια σωματική ή ψυχική νόσος στα μέλη της οικογένειας, η χρήση ουσιών
- Προβλήματα στην διαπαιδαγώγηση
- Ελλείμματα κοινωνικών δεξιοτήτων του παιδιού

- Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα στο σχολείο.

Από τα ανωτέρω καθίσταται σαφές ότι βασική προϋπόθεση για την προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι η ενδυνάμωση των σχέσεων με την οικογένεια, τους συνομηλίκους και η βελτίωση της καθημερινότητας στο σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Με αυτό το σκοπό πρέπει οι προσπάθειες να επικεντρωθούν σε προστατευτικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες όπως αυτοί διαμορφώνονται από την κοινωνία την οικογένεια, αλλά και στην οικονομία σε τοπικό εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο. (Μπακοπούλου 2015)

1.3 Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΚΛΙΣΕΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΖΩΗ

Φαίνεται ότι υπάρχει μία διαχρονική εξέλιξη της των προβλημάτων ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής. Σε μία προσπάθεια κατανόησης και διερεύνησης των αιτίων τους, οι ψυχικές διαταραχές έχουν θεωρηθεί ως η δυναμική συνέχεια αντίστοιχων διαταραχών της παιδικής ηλικίας, υποκλινικών καταστάσεων ή και πολύ πρώιμων ιδιοσυστασιακών χαρακτηριστικών. Μάλιστα ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο, έχουν αναγνωριστεί συγκεκριμένες εκδηλώσεις μίας ψυχοπαθολογίας, όπως η κατάθλιψη η οποία εκδηλώνεται με σωματοποίηση στην παιδική ηλικία, παραπτωματική συμπεριφορά στην εφηβεία και υποχονδριακά συμπτώματα στους ηλικιωμένους. (Λύκουρας 2012, Κολαΐτης 1994).

Η συνέχιση / εξέλιξη των διαταραχών ψυχικής υγείας διακρίνεται σε ομοιοτυπική (homotypic) και ετεροτυπική (heterotypic). Μία διαταραχή χαρακτηρίζεται ως ομοιοτυπική όταν συνεχίζεται η ίδια κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου ανάλογα βέβαια με την περίοδο της αναπτυξιακής του εξέλιξης, και βέβαια με φάσεις εξάρσεων και υφέσεων (π.χ. η κατάθλιψη ακολουθείται από κατάθλιψη). Μία διαταραχή χαρακτηρίζεται ως ετεροτυπική όταν ακολουθείται από μία διαφορετική διαταραχή στην πορεία ζωής του ατόμου (π.χ. προηγούμενη κατάθλιψη ακολουθείται από χρήση παράνομων ουσιών). Φυσικά ομοιοτυπική και ετεροτυπική συνέχεια μπορεί να συνυπάρχουν (Καραντανος 2012).

Για την παρακολούθηση και διερεύνηση της συνέχισης / εξέλιξης των διαταραχών ψυχικής υγείας μεταξύ παιδιών και ενηλίκων, αλλά και μεταξύ παιδικής και εφηβικής ηλικίας απαραίτητες είναι οι μακροχρόνιες μελέτες. Μάλιστα πιο χρήσιμες είναι οι προοπτικές μελέτες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα σε γενικό πληθυσμό που επιτρέπουν διαπιστώσεις σχετικά με την ηλικία έναρξης, τα πρόδρομα συμπτώματα, την αναπτυξιακή πορεία. (Καραντανος 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πρώιμη εμφάνιση διαταραχών στην παιδική ηλικία διαμεσολαβεί στην σχέση μεταξύ διαφόρων παραγόντων με αντίστοιχες διαταραχές στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Παραδείγματα αποτελούν η μητρική υποστήριξη και η συνεχιζόμενη οικογενειακή αστάθεια κατά την παιδική ηλικία με εσωτερικευόμενα προβλήματα στην εφηβεία, η σχέση των οποίων διαμεσολαβείται από εσωτερικευόμενα προβλήματα στα παιδιά (Oldehinkel and Ormel 2015, Appleyard, Egeland and Sroufe 2007, Bakker, et al. 2012).

1.3.1 Ομοιοτυπική συνέχιση προβλημάτων

Μελέτες σε κλινικούς πληθυσμούς αλλά και σε γενικό πληθυσμό (Fombonne, et al. 2001, Harrington, et al. 1990, Rao, Hammen and Daley 1999, Weissman, Wolk, et al. 1999) (Pine, et al. 1998, Lewinsohn, et al. 1999, Fergusson and Woodward 2002, Κολαΐτης 2012) έχουν αναδείξει ότι η κατάθλιψη που ξεκινά στην εφηβεία σχετίζεται με μια αυξημένο κίνδυνο για υποτροπή στην ενήλικη ζωή. Αυτή η ισχυρή και ομοιοτυπική συνέχιση ισχύει μόνο για την κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά την εφηβεία (Harrington, et al. 1990, Rutter, Kim-Cohen and Maughan 2006, Weissman, Wolk, et al. 1999, Mezulis, et al. 2014). Το ισχυρό πρότυπο επανεμφάνισης δεν ισχύει όταν η έναρξη είναι πριν την εφηβεία (Burke, et al. 2005). Σε ορισμένες μελέτες φαίνεται ότι τα ανωτέρω ισχύουν περισσότερο για τα κορίτσια συγκριτικά με τα αγόρια (Kovacs, Obrosky and Sherrill 2003, Ferdinand and Verhulst 1995), όμως στην πλειοψηφία των μελετών ισχύει και για τα δύο φύλα. (Pine, et al. 1998, Patton, et al. 2014, Fergusson and Woodward, Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression 2002, Harrington, et al. 1990).

Η κατάθλιψη σε πρώιμη ηλικία μπορεί να προβλέψει κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές στην εφηβεία (Burke, και συν. 2005). Επίσης, η κατάθλιψη στην εφηβεία συσχετίζεται με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή στην ενήλικη ζωή (Burke, et al. 2005, Pine, et al. 1998, Fergusson and Woodward 2002, Kim-Cohen, et al. 2003).

Όσον αφορά στις αγχώδεις διαταραχές, μελέτες σε κλινικό αλλά και σε γενικό πληθυσμό (Wittchen, Kessler, et al. 2000, Roza, et al. 2003, R. Kessler, P. Berglund, et al. 2005) έδειξαν ότι ξεκινώντας στην παιδική ηλικία συνεχίζουν ως αγχώδεις διαταραχές (Burke, et al. 2005) αλλά συχνά εξελίσσονται και σε μείζονα κατάθλιψη στην εφηβεία (Burke, et al. 2005, Pine, et al. 1998, Costello, Mustillo, et al. 2003, de Graaf, et al. 2003). Σε έφηβους το άγχους αποχωρισμού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και οι κρίσεις πανικού είναι αγχώδεις διαταραχές που είναι πιο πιθανό να εξελιχθούν σε κατάθλιψη στην ενήλικη (Burke, et al. 2005, Costello, Mustillo, et al. 2003, Wittchen, Beesdo, et al. 2003).

Γενικά, το άγχος παρουσιάζει πρωϊμότερη έναρξη από την κατάθλιψη. Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι, παρά τις σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης και του άγχους, το πρότυπο εμφάνισής τους ως προς την ηλικία έναρξης ήταν παρόμοια για τα αγόρια και τα κορίτσια. (Oldehinkel and Ormel 2015)

Η εναντιωματική διαταραχή έχει αποδειχθεί ότι συμμετέχει στην συνέχιση της ψυχοπαθολογίας. Η εναντιωματική διαταραχή στην παιδική ηλικία συνεχίζεται αργότερα και κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ενώ η εξέλιξή της σε διαταραχή διαγωγής θεωρείται δεδομένη και από το DSM-IV. (Burke, et al. 2005, Langbehn, et al. 1998) Σε ορισμένες μελέτες φαίνεται μάλιστα ότι μόνο η εναντιωματική διαταραχή, και όχι η ΔΕΠΥ, η κατάθλιψη και το άγχος, εξελίσσεται σε διαταραχές συμπεριφοράς (Burke, et al. 2005) (Lahey, et al. 2002).

Η διαταραχή διαγωγής μπορεί να συνεχιστεί στον εφηβικό πληθυσμό αλλά και να εξελιχθεί σε εναντιωματική διαταραχή. (Burke, et al. 2005).

1.3.2 Ετεροτυπική συνέχιση προβλημάτων

Η συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών της συμπεριφοράς και του συναισθήματος υπήρξαν το αντικείμενο λιγότερων μελετών συγκριτικά με εκείνες που μελετούν συναισθηματικές διαταραχές. Το άγχος μπορεί να αναστέλλει την εμφάνιση αντικοινωνικών συμπεριφορών, ενώ στοιχεία δείχνουν ότι η διαταραχή συμπεριφοράς αυξάνει τον κίνδυνο αγχώδους διαταραχής. (Burke, et al. 2005, Lahey, et al. 2002, Loeber, et al. 2004).

Όσον αφορά στη σύνδεση διαταραχών διαγωγής και κατάθλιψης, τα ευρήματα ποικίλουν σχετικά με την συννοσηρότητα αλλά και τη χρονική διάταξη. Οι μελέτες γενικά υποστηρίζουν τη συσχέτισή τους αλλά και την πρόβλεψη της κατάθλιψης από διαταραχές συμπεριφοράς. (Lahey, et al. 2002). Ορισμένοι θεωρούν ότι η σχέση αυτή μεσολαβείται μέσω ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Burke, et al. 2005), όμως τα ευρήματα ποικίλουν ως προς το φύλο, πχ σε κάποιους πληθυσμούς η συσχέτιση παρατηρείται στα κορίτσια (Costello, Mustillo, et al. 2003) και σε άλλους και στα δύο φύλα. (Burke, et al. 2005, Maughan, et al. 2004). Αντίθετα δεν φαίνεται η κατάθλιψη να προβλέπει αντικοινωνική συμπεριφορά ούτε διαταραχές συμπεριφοράς. Οι διαταραχές διαγωγής μπορούν να προβλέπουν αργότερα ΔΕΠΥ, αγχώδη διαταραχή και διασπαστική συμπεριφορά (H. MacMillan, et al. 1999, Burke, et al. 2005, Lahey, et al. 2002).

Όσον αφορά στην εναντιωματική διαταραχή, έχει βρεθεί ότι συγκρινόμενη με τη διαταραχή διαγωγής, σχετίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό με οποιαδήποτε άλλη διαταραχή του DSM IV (κατάθλιψη, άγχος, ή ΔΕΠΥ). (Burke, et al. 2005, Maughan, et al. 2004). Ακόμη, φαίνεται ότι μπορεί να προβλέψει συμπτώματα κατάθλιψης παρά την παρουσία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Burke, et al. 2005).

1.3.3 Σχετιζόμενοι παράγοντες

Ένα σημαντικό βήμα για τον έγκαιρο εντοπισμό, πρόληψη και θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία είναι η διερεύνηση παραγόντων καθοριστικών για προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς. Η αλυσίδα αυτή περιλαμβάνει μια εξαιρετικά πολύπλοκη αλληλεπίδραση πολλαπλών προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Giannakopoulos, Mihas, et al. 2009).

Ποικίλοι παράγοντες έχουν μελετηθεί στη βιβλιογραφία.

1.3.3.1 Δημογραφικοί παράγοντες

ΦΥΛΟ

Είναι γνωστό ότι ο επιπολασμός των διαταραχών ψυχικής υγείας διαφέρει ανάλογα με το φύλο και τη διαταραχή που μελετάται. Πιο συγκεκριμένα, τα αγόρια έχουν μεγαλύτερη αντιπροσώπευση στις διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς και τα κορίτσια στο άγχος και τις καταθλιπτικές διαταραχές (Oldehinkel and Ormel 2015, Zahn-Waxler, Shirtcliff and Marceau 2008) και τις απόπειρες αυτοκτονίας. (Kokkevi, et al. 2012, Peter, Roberts and Buzdugan 2008, Waldrop, et al. 2007) Η διαφορά αυτή έχει μελετηθεί περαιτέρω καταλήγοντας ότι στα αγόρια είναι συχνότερες οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές με πρώιμη έναρξη, και στα κορίτσια οι συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη στην εφηβεία, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στις γενετικές διαφορές μεταξύ των φύλων, καθώς και στις βιολογικές και ψυχολογικές συνέπειές της (Oldehinkel and Ormel 2015) (Rutter, Caspi and Moffitt 2003). Τα ευρήματα όμως δεν είναι ενιαία και σε άλλες μελέτες με παιδικό πληθυσμό (8 ετών) το αρρεν φύλο έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς (Cabaj, McDonald and Tough 2014)

Σχετικά με τη συνέχιση του συνόλου των διαταραχών ψυχικής υγείας, έχει υποστηριχθεί ότι τα κορίτσια έχουν υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τα αγόρια, διαφορά η οποία είναι ακόμη εντονότερη όταν εξετάζεται η συνέχιση των διαταραχών έως την ενήλικη ζωή (Patton, et al. 2014). Ειδικότερα, για την κατάθλιψη, η οποία στην εφηβεία σαφώς συνδέεται με το θήλυ φύλο, η διαφορά

μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι εντονότερη για την περίπτωση που παρατηρούνται περισσότερα συμπτώματα με την πάροδο του χρόνου και όχι τόσο για την περίπτωση της πρώιμης εμφάνισης κατάθλιψης, που συνεχίζει με σταθερή πορεία στο χρόνο. (Mezulis, et al. 2014)

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τα δεδομένα που υπάρχουν σχετικά με την επίδραση της εκπαίδευσης και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των γονέων είναι επίσης αντικρουόμενα. Σε κάποιες μελέτες η εκπαίδευση δεν φαίνεται να είναι σημαντική στην ψυχική υγεία των παιδιών (Giannakopoulos, Mihas, et al. 2009) ενώ σε άλλες η χαμηλή εκπαίδευση των γονέων σχετίζεται με απόπειρες αυτοκτονίας στους νέους (Kokkevi, et al. 2012, Haavisto, et al. 2005). Σχετικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ενώ δεν μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση διαταραχών ψυχικής υγείας, έχει συσχετισθεί με την παραμονή τους σε παιδιά υψηλού κινδύνου. Γενικά πολλές μελέτες καταλήγουν ότι για την συσχέτιση αυτή διαμεσολαβούν εν μέρει άλλοι παράγοντες όπως η μέθοδος διαπαιδαγώγησης (Jackson, et al. 2000). Παρ' όλα αυτά η κοινωνικοοικονομική κατάσταση φαίνεται να παίζει ρόλο στη δημιουργία ανισοτήτων σε οτιδήποτε αφορά στην υγεία (Dwyer, Nicholson and Battistutta 2003).

1.3.3.2 Παράγοντες από την οικογένεια και τους γονείς

Η οικογένεια έχει την πιο κεντρική και διαρκή επίδραση στη ζωή των παιδιών. Είναι υπεύθυνη για τη φροντίδα και την ανατροφή των παιδιών και αποτελεί το περιβάλλον/πλαίσιο στο οποίο τα παιδιά διδάσκονται τις αξίες. Η υγεία και η ευημερία των παιδιών είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την σωματική, συναισθηματική και κοινωνική υγεία, τις κοινωνικές συνθήκες των γονέων, και τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών. Η αυξανόμενη συχνότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά πιστοποιεί την αδυναμία ορισμένων οικογενειών να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη πίεση που βιώνουν και την ανάγκη τους για βοήθεια. (AAP 2003)

ΔΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη δομή και τον τύπο οικογένειας. Η ποικιλομορφία αυτή επηρεάζεται από την εθνικότητα, γεωγραφικές και τοπικές επιρροές, το σεξουαλικό προσανατολισμό, και τη θρησκεία. Σε μελέτες αναφέρεται ότι ο κίνδυνος για προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς είναι μικρότερος για παιδιά διγονεϊκών οικογενειών. Είναι γεγονός ότι οι μονογονεϊκές οικογένειες κατά κανόνα υπολείπονται σε οικονομικούς πόρους και συνολική υποστήριξη. Ωστόσο υπάρχει ακόμη διαφωνία για το αν η δομή της οικογένειας αποτελεί ή όχι αιτία που καθορίζει την ευημερία των παιδιών. (AAP 2003)

Σε πολλαπλές μελέτες φαίνεται ότι τα παιδιά και έφηβοι που δε ζουν με τους δύο γονείς τους για οποιοδήποτε λόγο (πχ διαζύγιο, διάσταση, θάνατος) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος (Vandervalk, et al. 2004, Giannakopoulos, Mihas, et al. 2009) αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας (Kokkevi, et al. 2012, Fergusson, Woodward and Horwood 2000, Laukkanen, et al. 2009) συγκριτικά με αυτά που ζουν σε διγονεϊκή οικογένεια. Γενικά το να μεγαλώνει ένα παιδί σε μονογονεϊκή οικογένεια σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου για μετέπειτα αποκλίσεις ψυχικής υγείας στην εφηβεία (Fergusson, Boden and Horwood 2007, Wille, et al. 2008) προβλήματα τα οποία παραμένουν έως την ενήλικη ζωή (Patton, et al. 2014, Loeber, et al. 2009)

Άλλες μελέτες όμως δείχνουν ότι σημαντική είναι και η αιτία για την οποία μια οικογένεια είναι μονογονεϊκή. Για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι είναι μεγαλύτερη η πιθανότητα εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς όταν αίτια είναι η διάσταση ή το διαζύγιο συγκριτικά με την περίπτωση στις οποίες αιτία είναι ο θάνατος ενός γονέα. Οι γονεϊκές συγκρούσεις επηρεάζουν εξίσου και τα δύο φύλα αλλά περισσότερο τους εφήβους από τα μικρά παιδιά όταν γίνονται παρουσία τους. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014)

Το διαζύγιο στην παιδική ηλικία σχετίστηκε με αύξηση της κατάθλιψης σε πρώιμα στάδια της εφηβείας στα κορίτσια, αλλά όχι στα αγόρια. Ωστόσο αυτή η επίδραση αυτή δεν υφίσταται για την έναρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης μετά την ηλικία των 15 ετών. (Oldehinkel and Ormel 2015) Επίσης η χρονική στιγμή του διαζυγίου είναι καθοριστική αφού μελέτες υποστηρίζουν ότι η επίδρασή του είναι μεγαλύτερη όταν συμβαίνει πριν τα 4έτη και ασθενέστερη στα 11-15 έτη. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014)

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΙΜΩΡΙΑ

Στη βιβλιογραφία επανειλημμένες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι κακοποίηση και παραμέληση στην παιδική και εφηβική περίοδο αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για διαταραχές ψυχικής υγείας (Fergusson, Boden and Horwood 2008), όπως παραβατικότητα, διαταραχή διαγωγής, κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό, χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών, σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (Fergusson, Boden and Horwood 2008, Παπαπανικολόπουλος and Καρδαράς 2014, Straus and Mouradian 1998, Burke, Pardini and Loeber 2008) Και βέβαια εκτός από τις άμεσες συνέπειες, φαίνεται ότι η χρήση της σωματικής τιμωρίας στην διαπαιδαγώγηση μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της προσωπικότητας του παιδιού και την αυτοεκτίμησή του, με αντίκτυπο την ανάπτυξη των ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή αλλά και ανάλογη μεταχείριση στο σύντροφο και το παιδί του. (Afifi, et al. 2006, H. MacMillan, et al. 1999, Loeber, et al. 2009) Έχει μάλιστα διαπιστωθεί συσχέτιση με συγκεκριμένους τύπους ψυχοπαθολογίας όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η παραβατική και αντικοινωνική συμπεριφορά, η χρήση καπνού, αλκοόλ και απαγορευμένων ουσιών, η επιθετικότητα, η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά και οι διαταραχές μετατραυματικού στρες (Afifi, et al. 2006, Ateah, Secco and Woodgate 2003, Spatz-Widom, DuMont and Czaja 2007). Ωστόσο, δεν πρέπει να παραβλεφθεί και η ύπαρξη τυχόν συγχυτικών κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων που σχετίζονται τόσο με εμπειρίες σωματικής τιμωρίας στα παιδιά όσο και με αυξημένο κίνδυνο για διαταραχές ψυχικής υγείας (Straus και

Mouradian 1998), όπως το περιβάλλον μίας δυσλειτουργικής οικογένειας και η φτώχεια (Afifi, et al. 2006) (H. MacMillan, et al. 1999).

Η αντίδραση και ψυχολογική αντιμετώπιση στην κακοποίηση ποικίλλει στα αγόρια και τα κορίτσια. Οι μηχανισμοί άμυνας κάθε φύλου έναντι της σωματικής τιμωρίας είναι πολύ διαφορετικοί. Στα αγόρια κύριος μεσολαβητικός μηχανισμός είναι η μείωση της αυτοεκτίμησης και η άρση των αναστολών δηλαδή του αυτοελέγχου με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εχθρικών σχέσεων και τελικά την παραβατικότητα. Στα κορίτσια κυριαρχεί ο θυμός και η απογοήτευση. Οι επιπτώσεις της κακοποίησης σε αυτά είναι κυρίως η κατάθλιψη και λιγότερο η παραβατικότητα. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014, Evans, Simons και Simons 2012) Ο χρόνος και η διάρκεια κακοποίησης είναι επίσης σημαντικά για την εμφάνιση παραβατικότητας. Η κακοποίηση στην εφηβεία έχει ισχυρότερη επίδραση σε αποκλίσεις συμπεριφοράς, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και γενικότερα επιπτώσεις στην πρώιμη ενήλικη ζωή (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014) (Thornberry, et al. 2010)

Η παραμέληση ιδίως η παρατεταμένη κατά την εφηβεία που εκφράζεται ως απουσία γονεϊκής επιτήρησης έχει συσχετισθεί με την παραβατικότητα (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014). Η ελλιπής γονεϊκή επίβλεψη συνδέεται με την ανήλικη παραβατικότητα, ανεπαρκείς σχέσεις γονέων παιδιών, συγκρούσεις και απροθυμία των παιδιών να μιλήσουν για τις δραστηριότητές τους και τυχόν εμπλοκή σε παραβατικές δραστηριότητες (Hoeve, et al. 2009)

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν είναι μόνο η γονική σωματική τιμωρία που επηρεάζει τη συμπεριφορά των παιδιών. Η αντίστροφη επίδραση είναι επίσης πολύ σημαντική, αφού μία αποκλίνουσα συμπεριφορά των παιδιών μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό δείκτη της σωματικής τιμωρίας (Afifi, et al. 2006, Woodward and FDM 2002), αναδεικνύοντας μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της γονεϊκής συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς του παιδιού (Burke, Pardini and Loeber 2008). Παλαιότερες μελέτες δείχνουν ότι η βία στα παιδιά σχετίζεται με τη σύγχρονη δομή της οικογένειας, το μεγάλο μέγεθος της οικογένειας, το γονεϊκό άγχος, τη φτώχεια,

την κοινωνική απομόνωση, και την χρήση της βίας ως μέσου επίλυσης των διαφορών (Afifi, et al. 2006, Buntain-Ricklefs, et al. 1994, Crouch and Behl 2001, Straus and Smith 1990).

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΓΟΝΕΙΣ

Η επικοινωνία με τους γονείς είναι ένας από τους βασικούς τρόπους με τους οποίους η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά, βοηθώντας τους νέους να αντιμετωπίσουν αγχώδεις/πιεστικές καταστάσεις ή λειτουργώντας ρυθμιστικά σε δυσμενείς καταστάσεις. Οι νέοι ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, οι οποίοι αναφέρουν ότι επικοινωνούν εύκολα με τους γονείς τους είναι πιο πιθανό να αναφέρουν θετική εικόνα του σώματος, καλύτερη υγεία, λιγότερα σωματικά και ψυχολογικά ενοχλήματα, δεν καπνίζουν και είναι πιο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Επίσης, είναι λιγότερο πιθανό να έχουν επιθετική συμπεριφορά και να κάνουν χρήση ουσιών (Fenton, et al. 2010, Moreno, et al. 2009, Pickett, et al. 2009, WHO 2012). Αντίθετα η μικρή αλληλεπίδραση γονέα παιδιού συνδέεται με εσωτερικευόμενα προβλήματα ενώ, η επιθετική ανατροφή των παιδιών με εξωτερικευόμενα. Προστατευτικά δρα ο επαρκής και ποιοτικός χρόνος που περνούν με το παιδί τους (Cabaj, McDonald and Tough 2014).

Η επικοινωνία με τη μητέρα χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης οικογενειακής επικοινωνίας επειδή οι περισσότεροι νέοι την θεωρούν ευκολότερη. Περνούν περισσότερο χρόνο μαζί τους και αισθάνονται ότι η μητέρα είναι πιο προσιτή για ανταλλαγή συναισθημάτων και ανησυχιών και ικανή να παρέχει μεγαλύτερη συναισθηματική υποστήριξη. Η επικοινωνία διευκολύνεται όταν η μητέρα και το παιδί αισθάνονται ότι μπορούν να συζητούν οτιδήποτε χωρίς να υφίστανται κριτική και είναι αξιόπιστοι και εχέμυθοι (Tamara, Afifi and Aldeis 2008, WHO 2012).

Η επικοινωνία με τον πατέρα δεν είναι εξίσου εύκολη επειδή γενικά δεν είναι τόσο φιλικός και διαλλακτικός όσο η μητέρα. Επικεντρώνεται δε περισσότερο στην ανάπτυξη στόχων και την ενίσχυση δεξιοτήτων. Κορίτσια που αναφέρουν ευκολότερη επικοινωνία με τον πατέρα χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ευημερία και

θετική εικόνα σώματος. Αντίστοιχα τα αγόρια αναφέρουν λιγότερη επιθετικότητα και βία, πιο υποστηρικτικές σχέσεις και καλύτερη επικοινωνία με τους φίλους τους (Shearer, Crouter and McHale 2005, Fenton, et al. 2010, Sheeber, et al. 2007, Lambert and Cashwell 2004, Donnellan, Larsen-Rife and Conger 2005).

Γενικά η επικοινωνία με τους γονείς μειώνεται σημαντικά κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, ενώ αυξάνεται η επιρροή των συνομηλίκων τους ως φυσιολογικό τμήμα της ψυχοκοινωνικής τους ανάπτυξης. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα κορίτσια στην ανατολική και νότια Ευρώπη επικοινωνούν πιο εύκολα με τις μητέρες τους σε σχέση με τα κορίτσια στη βόρεια και Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική. (WHO 2012).

Η γονική υποστήριξη, η διαλεκτική μέθοδος διαπαιδαγώγησης, το καλό κλίμα, η θετική σχέση γονέα-εφήβου και η συνοχή στην οικογένεια σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και μικρότερη πιθανότητα για ψυχοκοινωνικές δυσλειτουργίες (Wille, et al. 2008).

1.3.3.3 Παράγοντες από τα παιδιά

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ

Η διαθεσιμότητα πλαισίων κοινωνικής υποστήριξης πέραν της οικογένειας, όπως φίλοι, εκπαιδευτικοί, η συμμετοχή σε αθλητικά σωματεία ή άλλα είναι ιδιαίτερα σημαντικά για το παιδί, δεδομένου ότι η συναναστροφή και δημιουργία φιλικών σχέσεων με συνομηλίκους αποτελεί βασικό αναπτυξιακό επίτευγμα. Οι σχέσεις αυτές συμβάλουν στην κοινωνική προσαρμογή του ατόμου δημιουργώντας ένα μοναδικό κοινωνικό ιστό για την απόκτηση βασικών κοινωνικών δεξιοτήτων (WHO 2012, Roulin και Chan 2010). Πολλαπλές μελέτες δείχνουν τις προστατευτικές επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία. Ένα τέτοιο πλαίσιο ενθαρρύνει το παιδί ή τον έφηβο να αντιμετωπίσει νέες καταστάσεις και εμπειρίες ζωής και συμβάλλει στην ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων. (Wille, et al. 2008)

Οι φιλικές σχέσεις συσχετίζονται με θετική ανάπτυξη, υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας, αυτοεκτίμησης και ικανοποιητική σχολική προσαρμογή. Το αίσθημα στήριξης από φίλους αντιπροσωπεύει επίσης ένα προστατευτικό παράγοντα έναντι της κατάθλιψης και απομόνωσης (Moreno, et al. 2009, Zambon, Morgan, et al. 2010). Οι νέοι με λίγους φίλους μπορεί να στερούνται τη δυνατότητα να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες, αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τους άλλους, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή, συχνότερα καταθλιπτική διάθεση και μπορεί να τους παρενοχλούν ενώ αντίθετα η ύπαρξη αρκετών φίλων έχει συνδεθεί με λιγότερα προβλημάτων συμπεριφοράς (Cabaj, McDonald and Tough 2014, Gifford-Smith and Brownell 2003). Οι καλές σχέσεις με την οικογένεια και η θετική εμπειρία του σχολείου προωθούν την ανάπτυξη των στενών φίλων (WHO 2012)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η αυτοαναφορά χρόνιου νοσήματος έχει συσχετισθεί με αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση αποκλίσεων ψυχικής υγείας (Wille, et al. 2008) Γενικά, η αυτοαναφορά της υγείας αποτελεί έναν υποκειμενικό δείκτη της συνολικής υγείας και συνδέεται με τις σχέσεις παιδιών-γονέων στην οικογένεια, την υγεία των γονέων, αλλά και με αποκλίσεις συμπεριφοράς των ίδιων των παιδιών (Petanidou, Mihas, et al. 2014, Petanidou, Giannakopoulos, et al. 2014, Bakoula, Kari, et al. 2006). Συνεπώς συσχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα δεικτών υγείας: την αμιγώς ιατρική κατάσταση υγείας, την ψυχολογική κατάσταση, κοινωνικές και υγειονομικές συμπεριφορές. Οι υποκειμενικοί δείκτες υγείας ενός πληθυσμού ενηλίκων είναι στενά συνδεδεμένοι με τη χρήση υπηρεσιών υγείας, θνησιμότητα και νοσηρότητα (Petanidou, Giannakopoulos, et al. 2012, WHO 2012).

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σε αυτές εντάσσονται η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, η χρήση απαγορευμένων ουσιών, η πρόωγη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων. Οι συμπεριφορές αυτές συχνά εγκαθίστανται κατά την εφηβεία και δεν είναι σπάνιες. Οι ενήλικες δρουν ως πρότυπα αυτών.

Η διάρκεια και ο αριθμός των τσιγάρων που απαιτούνται για τη δημιουργία του εθισμού στη νικοτίνη είναι χαμηλότερες για τους εφήβους από τους ενήλικες, οπότε ο εθισμός να εγκαθίσταται πιο γρήγορα (Prokhorov, et al. 2006). Αν και οι αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης του καπνού στην υγεία είναι γνωστές, οι έφηβοι εξακολουθούν να έλκονται από αυτό, ίσως επειδή αντιλαμβάνονται το κάπνισμα ως συμπεριφορά ενηλίκων και θέλουν οι συνομήλικοι να τους αντιλαμβάνονται ως ενήλικους οπότε μπορεί να το ενθαρρύνουν (WHO 2012, Carvajal, et al. 2000).

Η χρήση του αλκοόλ είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε όλο τον κόσμο . Η έναρξη χρήσης του από την εφηβεία είναι εξαιρετικά επικίνδυνη, διότι σε αυτή την περίπτωση οι νέοι είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με όσους ξεκινούν την χρήση σε μεγαλύτερη ηλικία. (Hingson, Heeren and Winter 2006, Sawyer, et al. 2012)

Έρευνες έχουν δείξει ότι συνδέεται με αρνητικές ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές επιπτώσεις για την υγεία, όπως η σχολική αποτυχία, η βία, τα ατυχήματα, η ανθυγιεινή διατροφή, η πτωχή αυτοαναφορά υγείας, η χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, οι τραυματισμοί, ο εκφοβισμός (WHO 2012, Richter, et al. 2009, Windle 2003, Jackson, et al. 2012) ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας. (Kokkevi, et al. 2012) Το αλκοόλ συγκεκριμένα μπορεί να διαταράξει την ανάπτυξη του εγκεφάλου κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, κυρίως στην περιοχή του φλοιού επηρεάζοντας τη γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη. (WHO 2012).

Όσων αφορά στις σεξουαλικές σχέσεις φαίνεται ότι συχνά ξεκινούν στην εφηβεία (Avery and Lazdane 2010). Σε περίπτωση πρώιμης έναρξης, κι ενώ οι νέοι αναπτύσσονται συναισθηματικά και νοητικά, μπορεί να αυξηθεί ο κίνδυνος ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, σεξουαλικά μεταδιδόμενων νημάτων, ενώ συχνά συνδυάζεται με παράγοντες κινδύνου, όπως η χρήση ουσιών, η χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση και οι αποκλίσεις ψυχικής υγείας (Sabia and Rees 2008, Madkour, et al. 2010, WHO 2012).

1.4 ΔΙΑΦΩΝΙΑ/ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΠΟΚΛΙΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Οι βιολογικές, ψυχοκοινωνικές και γνωσιακές ιδιαιτερότητες του εφήβου συμβάλλουν ουσιαστικά στην διαφοροποίησή του από τους γονείς του. Η σωματική ευεξία και υγεία δίνουν στο νέο την αίσθηση ότι δεν μπορεί να νικηθεί. Η εδραίωση της ταυτότητας, η προσπάθεια για αυτονομία και χειραφέτηση εκφράζεται με επιθετικότητα έναντι της «εξουσίας» των γονέων δημιουργώντας μία δυναμική ισορροπία. Η αντιπαράθεση αυτή σχεδόν πάντα υπερβαίνει τα πλαίσια της οικογένειας. Σε αυτό συμβάλλουν και άλλα χαρακτηριστικά της εφηβείας όπως ο προβληματισμός σχετικά με το σύστημα ηθικών και φιλοσοφικών αξιών της κοινωνίας και η ανάπτυξη του ιδεαλισμού. Η επιθετικότητα του νέου είναι βασική συνισταμένη της ψυχοκοινωνικής του ανάπτυξης υπό την έννοια της διασφάλισης των ορίων του, της αποφυγής του άγχους της παθητικότητας, της αυτοεκτίμησής του. Η καταπίεση και η άρνηση αυτής της επιθετικότητας μπορούν να οδηγήσουν σε αντίθετες μεν, αλλά εξ ίσου καταστροφικές συνέπειες, τη βία, ή την υποταγή.

Οι διαφορές μεταξύ γονέων και εφήβων επηρεάζονται και από μία άλλη παράμετρο: τη σκέψη. Αυτή εξελίσσεται και μετά το πέρας της εφηβείας. Η σκέψη κατά την ενηλικίωση γίνεται διαλεκτική με ικανότητα επίλυσης και συντονισμού των αντιφάσεων, σε αντίθεση με εκείνη των εφήβων, η οποία δεν είναι ακόμη ώριμη ώστε να διαχειριστεί πλήρως τα πολυάριθμα ερεθίσματα που λαμβάνει.

1.4.1 Διαφορές βαθμολογιών στη βιβλιογραφία

Για τη μελέτη της ψυχικής υγείας και των αποκλίσεων αυτής είναι απαραίτητη η συλλογή πληροφοριών από πολλές πηγές. Τα συλλεχθέντα στοιχεία είναι λογικό ότι δεν ταιριάζουν απόλυτα. Για την ακρίβεια, οι διαφορές μεταξύ τους είναι αναμενόμενες. (Kolko and Kazdin 1993, Kraemer, et al. 2003, MacLeod, et al. 1999). Οι γνώσεις μας σχετικά με το πλαίσιο της μεταβλητότητας αυτής είναι περιορισμένες. Όμως, είναι κατανοητό ότι τα στοιχεία που λαμβάνονται από κάθε πρόσωπο αντανακλούν τη ξεχωριστή και συνδυασμένη επίδραση:

του υπό μελέτη χαρακτηριστικού, δηλαδή γνωρίσματα (π.χ. προσωπικότητα, ηλικία, φύλο) και συμπτώματα (π.χ. κατάθλιψη, επιθετικότητα), του περιβάλλοντος ή των καταστάσεων στα οποία βρίσκεται το άτομο υπό παρατήρηση, όπως εάν αποτελεί κλινικό δείγμα ή δείγμα γενικού πληθυσμού, των απόψεων και προκαταλήψεων του πληροφοριοδότη, όπως σχετικά με τι θεωρεί κοινωνικά αποδεκτό και επιτρεπτό, ποια σημασία αποδίδει στη γνώμη των άλλων, του πιθανού σφάλματος της εκτίμησης που έχει κάθε πηγή πληροφόρησης (Kraemer, et al. 2003, Duhig, et al. 2000).

Έφηβοι, γονείς και δάσκαλοι έχουν ευρέως αξιοποιηθεί για την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης των εφήβων, ώστε να συνδυαστούν στοιχεία προσωπικά, από το σχολείο και το σπίτι (Kraemer, et al. 2003, Kolko and Kazdin 1993) .

Πολλοί ερευνητές έχουν δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις διαφοροποιήσεις στη βαθμολογία παιδιών και γονέων σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος των εφήβων καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού. Οι διαφοροποιήσεις αυτές άλλοτε έχουν μελετηθεί ως απόκλιση (διαφωνία) και άλλοτε ως σύγκλιση (συμφωνία) των επί μέρους βαθμολογιών.

Σημείο αναφοράς για τις μετέπειτα σχετικές μελέτες ήταν η μετα-ανάλυση του Achenbach (1987), από την οποία φαίνεται ότι η συμφωνία μεταξύ των πηγών, όσον αφορά την παρουσία και τη σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στα παιδιά, είναι στην καλύτερη περίπτωση μέτρια (Achenbach, McConoghy and Howell 1987,

Angold, et al. 1987, DeLosReyes and Kazdin 2005), όπως αποδεικνύεται και από πιο πρόσφατες μελέτες που βρίσκουν τη συμφωνία χαμηλή (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Jensen, et al. 1999, Martin, et al. 2004) ή μέτρια (Collishaw, et al. 2009). Εξαίρεση αποτέλεσε η μελέτη του Verhulst που κατέληξε σε σχετικά μεγάλη συμφωνία (Verhulst, Althaus and Berden 1987). Οι διαφορές γονέων και παιδιών είναι ανεξάρτητες του εργαλείου που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας των παιδιών, (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Achenbach, McConoghy and Howell 1987, Krain and Kendall 2000, Angold, et al. 1987, Grills and Ollendick 2003).

Οι ερευνητές προσπάθησαν να συσχετίσουν τις διαφορές βαθμολογιών γονέα-παιδιού σχετικά με την ψυχική υγεία των παιδιών με διάφορους παράγοντες (Berger, et al. 2005, Cremeens, Eiser and Blades 2006, Duke, Ireland and Borowsky 2005, Ferdinand, van der Ende and Verhulst 2006, Yang, et al. 2006). Η αναγνώριση της διαφοράς αυτής για τους εφήβους στον ελληνικό πληθυσμό καθώς και η αναζήτηση παραγόντων που την επηρεάζουν είναι ιδιαίτερα σημαντική. Μπορεί να κατευθύνει αφ' ενός τον κλινικό ιατρό στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων και στη διάγνωση, αφ' ετέρου τους γονείς στην κατανόηση του ψυχισμού του παιδιού τους και στη διαμόρφωση των πρακτικών προσέγγισης και διαπαιδαγώγησής του.

Πίνακας 1.4

**Παράγοντες που διαμορφώνουν τη διαφορά βαθμολογιών για την
ψυχική υγεία των παιδιών μεταξύ των πηγών πληροφόρησης**

Πληθυσμός που μελετάται

Πρόβλημα που μελετάται

Χαρακτηριστικά παιδιών:

Ηλικία

Φύλο

Σχολικές επιδόσεις

Χαρακτηριστικά γονέων:

Κατάθλιψη

Άγχος

Stress

Εκπαίδευση

Επάγγελμα

Κατανάλωση οινόπνεύματος

Οικογενειακοί παράγοντες

Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Σχέσεις μέσα στην οικογένεια

Ικανοποίηση μητέρων από το γάμο τους

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η συμβολή κάθε πληροφοριοδότη στον προσδιορισμό της παιδικής ψυχικής διαταραχής ποικίλει ανάλογα με τον τύπο του δείγματος (κλινικό δείγμα ή γενικός πληθυσμός) (MacLeod, et al. 1999). Παρατηρείται καλύτερη συμφωνία μεταξύ πληροφοριοδοτών για κλινικό δείγμα (δηλαδή τα εξεταζόμενα άτομα νοσηλεύονται για κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας) σε σχέση με τον πληθυσμό εξωτερικών ασθενών (δηλαδή τα εξεταζόμενα άτομα παρακολουθούνται σε εξωτερικά ιατρεία κάποιας κλινικής για ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας) ή αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού (Achenbach, McConoghy and Howell 1987), ενώ οι Kolko και Kazdin βρήκαν το αντίθετο (Kolko and Kazdin 1993). Εξ άλλου, η βιβλιογραφία συμφωνεί ότι σε κλινικό δείγμα οι γονείς αποδίδουν περισσότερα προβλήματα στους εφήβους από τους ίδιους τους εφήβους (Frank, et al. 2000, Krain and Kendall 2000, Sourander, Helstela and Helenius 1999), ενώ σε μη κλινικό δείγμα συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή τα παιδιά αναφέρουν περισσότερα προβλήματα για τον εαυτό τους από ότι οι γονείς για αυτά, όπως επιβεβαιώνεται από πολλές μελέτες στο γενικό πληθυσμό (Martin, et al. 2004, Seiffge-Krenke and Kollmar 1998, Sourander, Helstela and Helenius 1999, Verhulst and van der Ende 1992, Waters, Stewart-Brown and Fitzpatrick 2003). Ως πιθανή αιτιολογία για αυτήν τη διαφοροποίηση έχει θεωρηθεί το γεγονός ότι σε κλινικό δείγμα οι γονείς προσπαθούν να δώσουν έμφαση στο πρόβλημα του παιδιού για το οποίο παρακολουθείται ενώ αντίθετα τα παιδιά συνήθως δε φαίνεται να ενοχλούνται από το πρόβλημά τους ούτε έχουν την πρόθεση να αναζητήσουν θεραπεία. (DeLosReyes and Kazdin 2005)

ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Η συμφωνία μεταξύ των πληροφοριοδοτών είναι υψηλότερη για προβλήματα συμπεριφοράς και διαγωγής, που αφορούν πραγματικές και συγκεκριμένες απόψεις. Αντίθετα για προβλήματα συναισθήματος, άγχος, φοβίες, ιδεοψυχαναγκαστικά και ψυχωσικά συμπτώματα η συμφωνία είναι μικρότερη, αφού οι γονείς είτε πρακτικά δεν μπορούν να αναγνωρίσουν είτε έχουν την τάση να υποτιμούν τις υποκειμενικές εμπειρίες των εφήβων (Frank, et al. 2000, Treutler and Epkins 2003). Τα αποτελέσματα αυτά ισχύουν σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Achenbach, McConoghy and Howell 1987, Comer and Kendall 2004, Martin, et al. 2004). Οι Verhulst και van der Ende διαπίστωσαν μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ των απόψεων γονέων και εφήβων σε προβλήματα συμπεριφοράς από ότι συναισθήματος (Verhulst and van der Ende 1992).

Γενικά, οι γονείς αναφέρουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών από τα ίδια (Duhig, et al. 2000, Jensen, et al. 1999), ενώ τα παιδιά αναφέρουν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα από τους γονείς (Duhig, et al. 2000, Grills and Ollendick 2003, Grills and Ollendick 2002, Martin, et al. 2004). Επίσης συχνότερα διαφωνούν για τη σοβαρότητα των εσωτερικευόμενων έναντι των εξωτερικευόμενων προβλημάτων (Fergusson, Horwood, et al. 2005, Yeh and Weisz 2001). Όπως προκύπτει από την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας δεν υπάρχει συμφωνία των ερευνητών σχετικά με την διαφορά βαθμολογιών γονέων και εφήβων για τις ευρείες κατηγορίες διαταραχών, συγκεκριμένα τα εσωτερικευόμενα (συναισθήματος) και εξωτερικευόμενα προβλήματα (συμπεριφοράς).

Ωστόσο από τη μελέτη των επί μέρους συμπτωμάτων προκύπτουν διαφορετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η απόκλιση των βαθμολογιών γονέων και εφήβων σε επίπεδο συμπτωμάτων είναι μικρότερη από αυτή σε επίπεδο διάγνωσης. (Comer and Kendall 2004) Ειδικότερα, οι διαφορές είναι μικρότερες και ιδιαιτέρως:

- για τα εμφανή σε σχέση με τα αφανή συμπτώματα
- τα κοινωνικά επιτρεπτά σε σχέση με τα κοινωνικά κατακριτέα

- όσα συμβαίνουν μέσα στην οικογένεια ή στο σχολείο σε σχέση με εκείνα που συμβαίνουν εκτός αυτών των πλαισίων.

Αυτά είναι, άλλωστε, και τα συμπτώματα που οδηγούν τους γονείς να απευθυνθούν σε υπηρεσίες υγείας, ενώ τα εσωτερικά και αθόρυβα συμπτώματα κατά κανόνα διαλάθουν της προσοχής τους (Comer and Kendall 2004).

Για το άγχος συγκεκριμένα έχουν βρεθεί χαμηλά έως μέτρια επίπεδα συμφωνίας ή αντίστοιχα υψηλά ποσοστά διαφωνίας (Krain and Kendall 2000). Βέβαια σε κάθε μελέτη το άγχος ορίζεται διαφορετικά: ως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Comer and Kendall 2004), διαταραχή πανικού, άγχους αποχωρισμού (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Comer and Kendall 2004, Grills and Ollendick 2003, Foley, et al. 2004), ειδικές φοβίες (Grills and Ollendick 2003), κοινωνική φοβία, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδης - καταθλιπτική διαταραχή (Grills and Ollendick 2003, Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Comer and Kendall 2004). Αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα παιδιά αναφέρουν περισσότερα και πιο σοβαρά, συμπτώματα άγχους από τους γονείς τους (Kraemer, et al. 2003, Bird, Gould and Staghezza 1992) εύρημα το οποίο είναι ενδεικτικό της εγκυρότητας των ίδιων των παιδιών για την πληροφόρηση σχετικά με τα συμπτώματα άγχους (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003). Εντούτοις, οι Krain και Kendall από μελέτη κλινικού δείγματος καταλήγουν ότι οι γονείς αναφέρουν περισσότερο άγχος για τα παιδιά τους από τα ίδια (Krain and Kendall 2000).

Για την *κατάθλιψη* επίσης αναφέρονται χαμηλά έως μέτρια επίπεδα συμφωνίας (Braaten, et al. 2001, DeLosReyes and Kazdin 2005, Verhulst, Althaus and Berden 1987). Συνήθως μελετάται η μείζονα κατάθλιψη, αλλά ορισμένες φορές και τα προβλήματα συναισθήματος συνολικά. Οι νέοι κατά κανόνα δηλώνουν περισσότερα προβλήματα κατάθλιψης ενώ οι γονείς δεν τα αναγνωρίζουν τόσο εύκολα (Martin, et al. 2004, Jensen, et al. 1999, Angold, et al. 1987). Ωστόσο, από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι, παρά τη χαμηλή ευαισθησία, η γνώμη των γονέων έχει υψηλή ειδικότητα στην επισήμανση εσωτερικευόμενων προβλημάτων και κατάθλιψης στα παιδιά (Angold, et al. 1987). Δηλαδή, οι έφηβοι δηλώνουν ακόμη και ήπια

προβλήματα συναισθήματος τα οποία δεν αναγνωρίζονται από τους γονείς. Όταν όμως οι γονείς έχουν έστω την παραμικρή υποψία, η διαταραχή στα παιδιά είναι μάλλον παρούσα. Μάλιστα, η βαρύτητα της νοσηρότητας και της δυσλειτουργίας του παιδιού που συνδέονται με τη μείζονα κατάθλιψη ακολουθούν μία γραμμική διαβάθμιση. Συγκεκριμένα η βαρύτητα είναι μεγαλύτερη όταν η πληροφορία προέρχεται από εφήβους και μητέρες, λιγότερο σοβαρή όταν προέρχεται μόνο από τις μητέρες και ηπιότερη όταν προέρχεται μόνο από τους εφήβους. (Braaten, et al. 2001)

Η συμφωνία μεταξύ γονέων και παιδιών σε ότι αφορά *προβλήματα συμπεριφοράς* έχει βρεθεί χαμηλή έως μέτρια παρά το γεγονός ότι, συγκρινόμενη με τις διαταραχές συναισθήματος, η σύγκλιση αυτή είναι μεγαλύτερη (Kolko and Kazdin 1993, Reich, et al. 1982). Συνοπτικά μπορεί να λεχθεί ότι οι γονείς ιδιαιτέρως προβληματίζονται για τις αποκλίσεις συμπεριφοράς των παιδιών, δηλαδή για διαταραχή διαγωγής, εναντιωματική συμπεριφορά, επιθετικότητα και όχι για τις αποκλίσεις συναισθήματος τους (MacLeod, et al. 1999, Jensen, et al. 1999). Για παράδειγμα εκείνοι συνήθως αντιλαμβάνονται τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας του παιδιού τους επειδή συνήθως οι ίδιοι ενοχλούνται από συμπτώματα τα οποία δεν ενοχλούν τα ίδια τα παιδιά (DeLosReyes and Kazdin 2005, Grills and Ollendick 2003, Jensen, et al. 1999, MacLeod, et al. 1999, Verhulst, Althaus and Berden 1987).

1.4.2 Χαρακτηριστικά παιδιών

ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία του παιδιού έχει ευρέως μελετηθεί ως σημαντικός παράγοντας συμφωνίας / διαφωνίας, αλλά υπάρχουν αντιφατικές απόψεις σχετικά με την κατεύθυνση της επιρροής (Duke, Ireland and Borowsky 2005, Ackard, et al. 2006). Για παράδειγμα, ορισμένοι ερευνητές καταλήγουν ότι όσο τα παιδιά μεγαλώνουν, τόσο οι απόψεις τους συγκλίνουν με αυτές των γονέων (Berg-Nielsen, Vika and Dahl 2003, Grills and Ollendick 2002, Grills and Ollendick 2003, Jensen, et al. 1999). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν το αντίθετο (DeLosReyes and Kazdin 2005, Krain and Kendall 2000, Verhulst and van der Ende 1992, Achenbach, McConoghy and Howell 1987), ενώ ορισμένοι παρατήρησαν μία τέτοια τάση χωρίς τα αποτελέσματά τους να αγγίζουν το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Renk and Phares 2004, Choudhury, Pimentel and Kendall 2003). Τέλος πολλές μελέτες δεν βρήκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα (Garber, Van Slyke and Walker 1998, Angold, et al. 1987, Choudhury, Pimentel and Kendall 2003). Πρέπει να σημειωθεί ότι αν και η πλειοψηφία των μελετών υποδεικνύει συμφωνία γονέων με μεγαλύτερα παιδιά, τα αποτελέσματα δεν είναι απόλυτα σαφή, δηλαδή η κατεύθυνση της συσχέτισης της συμφωνίας / διαφωνίας με την ηλικία του παιδιού ποικίλει ανάλογα με την εξεταζόμενη ψυχική διαταραχή. (Grills and Ollendick 2003)

ΦΥΛΟ

Το φύλο του παιδιού έχει επίσης διαπιστωθεί ότι σχετίζεται με τη διαφορά βαθμολογιών (Collishaw, et al. 2009, Frank, et al. 2000). Το αρρεν φύλο έχει συνδεθεί με σύγκλιση των απόψεων (και το θήλυ φύλο με απόκλιση των απόψεων) σχετικά με την ψυχική υγεία (Angold, et al. 1987, Krain and Kendall 2000, Sourander, Helstela and Helenius 1999, Verhulst and van der Ende 1992, Waters, Stewart-Brown and Fitzpatrick 2003). Ειδικότερα, αναφέρεται συχνότερα συμφωνία γονέων-αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια για την κοινωνική φοβία, το άγχος, τα συναισθήματα και τη

συμπεριφορά (Grills and Ollendick 2003, Krain and Kendall 2000, Briggs-Gowan, Carter and Schwab-Stone 1996). Το αντίθετο υποστηρίζουν άλλοι ερευνητές (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, DeLosReyes and Kazdin 2005, Grills and Ollendick 2003, Kolko and Kazdin 1993). Τέλος, πολλοί καταλήγουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φύλου και απόκλισης απόψεων γονέων παιδιών (Rubio-Stipec, Fitzmaurice, et al. 2003, Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Garber, Van Slyke and Walker 1998). Και σε αυτήν την περίπτωση η κατεύθυνση επιρροής του φύλου στη συμφωνία / διαφωνία γονέων και παιδιών διαφοροποιείται ανάλογα με την εξεταζόμενη διαταραχή.

1.4.3 Χαρακτηριστικά γονέων

Η ψυχοπαθολογία των γονέων έχει συζητηθεί ευρέως και έχει προταθεί ως δυνητικός συγχυτικός παράγοντας για την απόκλιση που παρατηρείται μεταξύ των απόψεων γονέων και παιδιών (Angold, et al. 1987, Duke, Ireland and Borowsky 2005, Martin, et al. 2004, Treutler and Epkins 2003, Weissman, Wickramaratne, et al. 1987). Έχει συζητηθεί δηλαδή αν οι γονείς που παρουσιάζουν κάποια ψυχοπαθολογία μπορούν να αποτελέσουν ακριβή και έγκυρη πηγή πληροφοριών για την ψυχική υγεία των παιδιών τους (Kolko and Kazdin 1993). Πάντως είναι γεγονός ότι μητέρες που αισθάνονται δυσθυμικά, για οποιοδήποτε λόγο, αξιολογούν έως και 10% περισσότερο τα προβλήματα των παιδιών τους (DeLosReyes and Kazdin 2005, Youngstrom, Izard and Ackerman 1999).

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Θετική σχέση έχει διαπιστωθεί μεταξύ του βαθμού κατάθλιψης της μητέρας και της απόκλισης στην αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των παιδιών (Briggs-Gowan, Carter and Schwab-Stone 1996, Chi and Hinshaw 2002, Sourander, Pihlakoski, et al. 2006, Youngstrom, Loeber and Stouthamer-Loeber 2000). Αυτή η συσχέτιση ισχύει για διάφορα προβλήματα συναισθήματος (άγχος, κατάθλιψη) και συμπεριφοράς

(υπερκινητικότητα, επιθετικότητα) στους νέους (Berg-Nielsen, Vika and Dahl 2003, Chi and Hinshaw 2002, Najman, et al. 2000, Youngstrom, Loeber and Stouthamer-Loeber 2000). Οι μητέρες με κατάθλιψη συνήθως αποδίδουν περισσότερα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς στα παιδιά τους από ότι τα ίδια (Krain and Kendall 2000, Najman, et al. 2000, Briggs-Gowan, Carter and Schwab-Stone 1996). Σύμφωνα με τις αυτοαναφορές των παιδιών για την ψυχολογική τους κατάσταση μπορεί να υποστηριχθεί ότι μόνο η κατάθλιψη ως ψυχική διαταραχή «μεταβιβάζεται» από τους γονείς στα παιδιά. Όταν τα στοιχεία παρέχονται από τις αγχώδεις μητέρες προκύπτει αυξημένος κίνδυνος τα παιδιά να εμφανίσουν διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, άγχος, εναντιωματικότητα, απροσεξία, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, και αντικοινωνικές πράξεις) που όμως τα παιδιά δεν αναφέρουν (Breslau, Davis and Prabucki 1988). Τα ανωτέρω ευρήματα συνάδουν με την υπόθεση ότι η κατάθλιψη δημιουργεί μια αρνητική στάση, έως το σημείο της υπερβολής, στον τρόπο με τον οποίο οι μητέρες αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα των παιδιών τους (DeLosReyes and Kazdin 2005).

ΑΓΧΟΣ

Οι περισσότερες έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των γονεϊκού άγχους και διαφωνίας γονέων - εφήβων επικεντρώνονται αποκλειστικά στο άγχος της μητέρας, αν και ορισμένοι ερευνητές ασχολήθηκαν και με το άγχος του πατέρα (Krain and Kendall 2000). Από την πλειοψηφία των βιβλιογραφικών δεδομένων προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ γονεϊκού άγχους και αποκλίσεων της αξιολόγησης μητέρων-παιδιών σχετικά με τα εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα, αφού οι αγχώδεις γονείς αναφέρουν περισσότερα προβλήματα για τα παιδιά τους από τους μη αγχώδεις (Najman, et al. 2000, Youngstrom, Loeber and Stouthamer-Loeber 2000, Briggs-Gowan, Carter and Schwab-Stone 1996). Μάλιστα φαίνεται ότι όσο εντονότερο είναι το άγχος τόσο τα συμπτώματα που αποδίδουν στα παιδιά τους είναι πιο ακραία και οι διαφορές μεγαλύτερες (Briggs-Gowan, Carter and Schwab-Stone 1996).

ΣΤΡΕΣ

Πολλοί ερευνητές καταλήγουν ότι οι μητέρες με stress αποδίδουν περισσότερες διαταραχές συμπεριφοράς ή / και συναισθήματος στα παιδιά τους σε σχέση με τους γονείς χωρίς στρες, είτε τα παιδιά έχουν την ίδια είτε διαφορετική γνώμη από αυτούς (Youngstrom, Loeber and Stouthamer-Loeber 2000, DeLosReyes and Kazdin 2005, Martin, et al. 2004). Επομένως βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόκλιση με τα παιδιά ή και άλλους πληροφοριοδότες (Youngstrom, Loeber and Stouthamer-Loeber 2000).

1.4.4 Χαρακτηριστικά οικογένειας

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων συσχετίζεται με κατάθλιψη των παιδιών (Ritscher, et al. 2001). Όμως σειρά ερευνών που εξετάζει συγκριτικά διάφορα ζεύγη πληροφοριοδοτών (γονέα-παιδιού, μητέρας-δάσκαλου, μητέρας-πατέρα) δεν έχει βρει συσχέτιση μεταξύ της διαφωνίας τους και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου της οικογένειας (Chi and Hinshaw 2002, Duhig, et al. 2000, Treutler and Erkins 2003). Ίσως οποιαδήποτε τέτοια σχέση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ύπαρξη συγχυτικών παραγόντων, όπως η ψυχοπαθολογία της μητέρας που συσχετίζεται και με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Treutler and Erkins 2003, Chi and Hinshaw 2002). Δηλαδή, είναι δυνατόν η σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και διαφοράς βαθμολογιών να εξηγείται από άλλα χαρακτηριστικά του πληροφοριοδότη. (DeLosReyes and Kazdin 2005)

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Παρά τα αναμενόμενα για την φύση του προβλήματος που εξετάζεται, σχετικά περιορισμένο ενδιαφέρον παρατηρείται για την επικοινωνία, την αίσθηση εγγύτητας και τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια με την ενδεχόμενη διαφωνία γονέων και παιδιών (Duke, Ireland and Borowsky 2005, Kolko and Kazdin 1993, Treutler and Erkins 2003). Οι ερευνητές ασχολήθηκαν μάλλον με δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας συμπεριλαμβάνοντας στην ανάλυσή τους μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η φυλή, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Διαπιστώθηκε ότι οι αποκλίσεις μεταξύ γονέων και παιδιών για τα εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα, σχετίζονται με χαρακτηριστικά της οικογένειας όπως η οικογενειακή κατάσταση, η σειρά γέννησης του παιδιού, ο αριθμός παιδιών στην οικογένεια. Οι Kolko & Kazdin, ωστόσο παρατηρούν ότι λιγότερες τριβές στην οικογένεια και αποδοχή του παιδιού από τους γονείς σχετίζονται με μεγαλύτερη συμφωνία γονέα-παιδιού σχετικά με την κατάσταση ψυχικής υγείας του (Kolko and Kazdin 1993). Οι Treutler & Erkins χρησιμοποιούν ως δείκτες των σχέσεων γονέα-παιδιού ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές. Εξετάζοντας τη συσχέτισή αυτών με τη διαφορά αναφορών γονέων και εφήβων καταλήγουν ότι όσο περισσότερα θέματα συζητούν, όσο πιο θερμή είναι η συζήτησή τους, και όσο μεγαλύτερη είναι η αποδοχή που οι γονείς δείχνουν προς τα παιδιά τους τόσο λιγότερα συμπτώματα αναφέρουν οι γονείς από εκείνα (Treutler and Erkins 2003).

Προς την ίδια κατεύθυνση άλλοι ερευνητές, υπογραμμίζουν ότι σε οικογένειες που οι συγκρούσεις δεν είναι συχνές και έντονες, οι αναφορές παιδιών και γονέων σχετικά με την ψυχική κατάσταση των παιδιών τείνουν προς σύγκλιση, υποδηλώνοντας τη σημασία που έχει ο συνυπολογισμός πολλών οικογενειακών χαρακτηριστικών για την αξιολόγηση των δεδομένων (Grills and Ollendick 2003). Από αυτές τις μελέτες φαίνεται ότι σε οικογένειες με συχνές συγκρούσεις, το πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της τους απορροφά και δεν τους επιτρέπει να ασχοληθούν με αποκλίσεις στη συμπεριφορά των παιδιών (Grills and Ollendick 2003).

ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στο ίδιο πλαίσιο, αλλά όχι σε αυτήν την έκταση, έχουν διερευνηθεί και άλλες μεταβλητές, όπως ο αλκοολισμός, το επάγγελμα, και η εκπαίδευση των γονέων, η ικανοποίηση των μητέρων από το γάμο τους, η επιτήρηση των παιδιών από τους γονείς (Duke, Ireland and Borowsky 2005, Luoma, Koivisto and Tamminen 2004, Rubio-Stipec, Canino, et al. 1994, Rubio-Stipec, Fitzmaurice, et al. 2003, Seiffge-Krenke and Kollmar 1998, Sourander, Pihlakoski, et al. 2006, Waters, Stewart-Brown and Fitzpatrick 2003). Οι παράμετροι αυτές έχουν συσχετισθεί με τη διαφωνία γονέων και εφήβων σε σχέση με την παιδική και εφηβική ψυχοπαθολογία.

Συνοπτικά, τα ανωτέρω βιβλιογραφικά δεδομένα έχουν διευρύνει τις γνώσεις μας σχετικά με τη συγκριτική επισήμανση κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας από πολλαπλές πηγές και τον αντίκτυπο που έχουν διάφορα χαρακτηριστικά σε αυτή. Οι αποκλίσεις μεταξύ των πληροφοριών γενικότερα αποδίδονται σε σφάλματα ή προκαταλήψεις εκείνων που ερωτώνται (γονέων, δασκάλων ή άλλων), ή σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ικανότητες προσαρμογής του παιδιού (π.χ. ηλικία, φύλο). Επιπλέον, όπως είναι φυσικό, υπάρχει το ενδεχόμενο να υπεισέρχεται η αρνητική ή η θετική στάση του ερωτώμενου έναντι του παιδιού στην αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς, με την έννοια κάποιας ιδιαιτερότητάς του (π.χ. σχολική απόδοση, σωματική νόσος). Τέλος, κάθε πληροφοριοδότης χρησιμοποιεί για την αξιολόγηση διαφορετικά πρότυπα με τα οποία συγκρίνει το παιδί. Τα κριτήρια αλλάζουν ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο το συναντά. Για παράδειγμα, οι δάσκαλοι κάνουν συγκρίσεις του παιδιού με τους συμμαθητές του, ενώ οι γονείς με τα αδέρφια του (Collishaw, et al. 2009).

1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι οικογένειες και οι γονείς έχουν την πιο κεντρική και διαρκή επιρροή στις ζωές των παιδιών. Η πατρότητα και η μητρότητα δεν είναι ενστικτώδεις, αλλά είναι μάλλον μια εξελικτική διαδικασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του παιδιού. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι γονείς δεν είναι έτοιμοι να αναλάβουν το ρόλο του γονέα αμέσως μετά τον τοκετό. Συμβουλευούνται επαγγελματίες, όπως παιδίατρους, δασκάλους, ψυχολόγους και ψυχιάτρους, διαβάζουν βιβλία, άρθρα, συνεντεύξεις, συζητούν με φίλους ή ζητούν τη βοήθεια της ευρύτερης οικογένειας. Επιπλέον, ο γονεϊκός τους ρόλος εξελίσσεται και βελτιώνεται όλο και περισσότερο λαμβάνοντας αγάπη και χαρά από τα παιδιά τους. Αυτή η αμοιβαία σχέση και αγάπη εξελίσσεται μέσα στο χρόνο.

Οι οικογένειες είναι σύνδεση των παιδιών με τον κόσμο, ιδιαίτερα νωρίς στη ζωή. Παρέχουν ένα δομημένο περιβάλλον στο οποίο το παιδί ζει, ενώ οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα και επηρεάζουν την ανάπτυξη, τις στάσεις και τις αξίες τους. Προϋποθέσεις για μια επιτυχημένη ανατροφή των παιδιών είναι η άνευ όρων αγάπη και επαρκής χρόνος για ενασχόληση των γονέων με τα παιδιά. Η οικογένεια διαδραματίζει το σημαντικότερο ρόλο στην κοινωνικοποίηση του παιδιού καθώς μέσα σε αυτή το παιδί αφομοιώνει τις πρώτες αξίες, τα πρότυπα συμπεριφοράς και διαμορφώνει την προσωπικότητά του. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014)

Η ποιότητα σχέσης γονέα παιδιού παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου και του τρόπου διαχείρισης των δυσκολιών στη ζωή. Η σχέση αυτή είναι σημαντική και για τα δύο φύλα, είναι όμως σημαντικά ισχυρότερη για γονέα - παιδί ιδίου φύλου και εξασθενεί με την πρόοδο της ηλικίας (Hoeve, et al. 2009) Παρά το γεγονός ότι οι σχέσεις αυτές μεταβάλλονται σημαντικά στην εφηβεία η διατήρηση συναισθηματικής σύνδεσης ανάμεσά τους έχει ιδιαίτερη σημασία ώστε ο έφηβος να αισθάνεται ελεύθερος να μοιραστεί πληροφορίες με τους γονείς του σχετικές με τον ίδιο. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014)

Τις τελευταίες δεκαετίες τα πρότυπα της δομής της οικογένειας έχουν διαφοροποιηθεί σημαντικά ως αποτέλεσμα των κοινωνικών, πολιτιστικών και οικονομικών αλλαγών. Έχει αυξηθεί ο αριθμός των μονογονεϊκών και μεικτών οικογενειών. Στην περίπτωση δε που πρόκειται για διγονεϊκή οικογένεια αυτή είναι συνήθως πυρηνική και σπάνια μόνο εκτεταμένη. Στη χώρα μας η οικογένεια παραμένει ένας θεσμός που ακόμη δεν έχει διασπαστεί αν και οι ειδικοί κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου υποστηρίζοντας ότι η μορφή της ελληνικής οικογένειας αρχίζει να αλλάζει ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την εξέλιξη της δομής της, οι γενικές αρχές της οικογένειας και της ανατροφής των παιδιών παραμένουν περισσότερο ή λιγότερο οι ίδιες από γενιά σε γενιά. Καλύπτει τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες των μελών της, ιδιαίτερα των παιδιών. (Vassi, Veltsista και Bakoula 2009, Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014)

Σε αυτή την ιδιαίτερη φάση, γεγονότα και εμπειρίες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη μετέπειτα ζωή. Καθώς μεγαλώνουν και εξελίσσονται, οι έφηβοι υιοθετούν νέους ρόλους κοινωνικής ευθύνης, αποκτούν δεξιότητες και ευκαιρίες που είναι απαραίτητες για να λειτουργήσουν ως ενήλικες. Η υγεία, οι γνώσεις, οι στάσεις και οι πρακτικές των εφήβων θεωρούνται ουσιώδους σημασίας για την διαδικασία μετάβασης από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Επίσης, ο τρόπος ζωής των εφήβων είναι ζωτικής σημασίας για την πορεία της υγείας ή των ασθενειών στο μέλλον. Κατά τη διαδικασία αυτής της διαμόρφωσης, οι έφηβοι υπόκεινται σε πολλές επιδράσεις του περιβάλλοντος. Οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι συνομήλικοι, οι επαγγελματίες υγείας με τους οποίους έρχονται σε επαφή, τα μέσα ενημέρωσης, θρησκευτικά και πολιτιστικά πρότυπα έχουν μεμονωμένη ή συνδυαστική επίδραση. Η γνώση των σημαντικών και ταχέων σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών αλλαγών που συμβαίνουν σε αυτό το κρίσιμο στάδιο, βοηθά γονείς και εφήβους να προσαρμοστούν σε αυτές και να αποτρέψουν ή να προλάβουν την εμφάνιση διαταραχών με περαιτέρω επιπτώσεις. (Omran and Al-Hafez 2006) Εύλογα, σωματικές και κοινωνικές αλλαγές είναι πιο εμφανείς στους γονείς, ενώ οι μεταβολές

της ψυχικής υγείας είναι μάλλον απρόβλεπτες, ακόμη και για τους ίδιους. (Vassi, Veltsista and Bakoula 2009)

Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του παιδιού, ως αποτέλεσμα των φυσικών, γνωσιακών και κοινωνικών αλλαγών, η ανατροφή και διαπαιδαγώγησή του πρέπει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, για παράδειγμα η εποπτεία ενός μικρού παιδιού έχει μια πολύ διαφορετική έννοια από εκείνη ενός εφήβου (Vassi, Veltsista and Bakoula 2009, Burke, Pardini and Loeber 2008). Οι γονείς πρέπει να βοηθήσουν τα παιδιά να αποκτήσουν νέες ικανότητες, να συνειδητοποιήσουν και να ενισχύουν τις εσωτερικές τους δυνάμεις, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία ώστε να αναπτύξουν τη λεγόμενη ψυχική ανθεκτικότητα (resilience). Αυτή συνίσταται στην ανάπτυξη των εξής χαρακτηριστικών: επάρκεια (competence), αυτοπεποίθηση (confidence), σύνδεση (connection), χαρακτήρας (character), συμβουλή (contribution), αντιμετώπιση (coping), έλεγχος (control). Η προσέγγιση αυτή εστιάζει στους γονείς και την οικογένεια ως τις κύριες δυνάμεις στη ζωή των εφήβων, προστατεύοντάς τους από συμπεριφορές και αποκλίσεις.

Με δεδομένο ότι η δόμηση της ψυχικής ανθεκτικότητας βασίζεται κυρίως στη συμπεριφορά των γονέων, διακρίνονται 4 γονεϊκά πρότυπα δηλαδή τρόποι ανατροφής / διαπαιδαγώγησης (Luthar and Zigler 1991) (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014, Μπακοπούλου 2015)

Αυταρχικός (Authoritarian): Ο γονέας διαπαιδαγωγεί το παιδί/ έφηβο με βάσει ένα προκαθορισμένο και απόλυτο πρότυπο. Η μη συμμόρφωση του παιδιού με το πρότυπο και τις απόψεις του γονέα έχουν ως συνέπεια την τιμωρία

Παραχωρητικός / επιτρεπτικός (Permissive): Ο γονέας είναι υποστηρικτικός προς το παιδί και εκφράζει τα συναισθήματά του. Αποφεύγει όμως τις συγκρούσεις και τους διαπληκτισμούς με αποτέλεσμα να μην μπορεί να θέσει όρια στη συμπεριφορά του παιδιού

Αδιάφορος (Disengaged): Η ενασχόληση του γονέα με πολλαπλές δραστηριότητες και επαγγελματικές υποχρεώσεις, τον εμποδίζουν να ασχοληθεί σε βάθος με τη ζωή και

τα προβλήματα του παιδιού. Έτσι στην περίπτωση που προκύπτουν σοβαρά προβλήματα με το παιδί καταλήγει να έχει αντιφατική ή εξαιρετικά τιμωρητική συμπεριφορά απέναντί του.

Διαλεκτικός (Authoritative): Ο γονέας θέτει λογικά όρια με αποτέλεσμα τα παιδιά να τα αντιμετωπίζουν θετικά. Έτσι, ενθαρρύνεται η συζήτηση, η έκφραση συναισθημάτων και η προαγωγή της ανεξαρτησίας. Σε περίπτωση που ο έφηβος έρχεται αντιμέτωπος με μείζονα ζητήματα, ο γονέας θέτει σαφή όρια και λειτουργεί με αποφασιστικότητα (Μπακοπούλου 2015)

1.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ

Όταν οι δυσκολίες μιας οικογένειας εκφράζονται μέσω των συμπτωμάτων του παιδιού, ο παιδίατρος είναι συχνά η πρώτη πηγή των γονέων για βοήθεια. Οι παιδίατροι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν καίρια θέση για τον εντοπισμό παιδιών με αποκλίνουσα συμπεριφορά που ενδεχομένως υποδεικνύει ψυχική διαταραχή. Η γνώση της βιολογικής και ψυχολογικής δομής και εξελίξεως του παιδιού και του νέου καθώς και της φύσης του οικογενειακού περιβάλλοντος επιτρέπει στον παιδίατρο να προσεγγίζει τα προβλήματα αυτά. Άλλωστε, στην κοινωνία των ενηλίκων ο παιδίατρος αντιπροσωπεύει τα παιδιά και τους νέους και στην κοινωνία των παιδιών και των εφήβων αντιπροσωπεύει τους ενήλικες. (Ματσανιώτης και Καρπάθιος 1999).

Τα περισσότερα παιδιά έχουν τουλάχιστον μία επίσκεψη ανά έτος στον παιδίατρο. Επομένως η πρόσβαση στον παιδίατρο ως επαγγελματία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι πιο εύκολη, συγκριτικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και θεωρείται δεδομένη και επιβεβλημένη. Συνεπώς, αποκλίσεις συμπεριφοράς, ανάπτυξης και ψυχικής υγείας μπορούν να συζητηθούν για πρώτη φορά στο πλαίσιο παιδιατρικής πρωτοβάθμιας φροντίδας. Άλλωστε στα παιδιά, τα προβλήματα αυτά είναι πιο συχνά από ό,τι πχ οι παιδικοί καρκίνοι, οι καρδιοπάθειες και τα νεφρολογικά προβλήματα. Παρόλα αυτά, έρευνες έχουν δείξει ότι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μόνο μικρό ποσοστό παιδιών με σημαντικό πρόβλημα αναγνωρίζονται. (Glascoe 2001) Αυτή η αδυναμία στην αναγνώριση / ανίχνευση οφείλεται κυρίως στην ελλιπή εκπαίδευση των παιδιάτρων σχετικά με τις αποκλίσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών. Σε μικρότερο βαθμό θα μπορούσε να αποδοθεί στην ελλιπή ενημέρωση της κοινωνίας και το στιγματισμό για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα οι παιδίατροι να διστάζουν ή να μην ασχολούνται επαρκώς με αυτά τα θέματα. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, ο παιδίατρος μπορεί να εκτιμήσει το πρόβλημα του παιδιού και να παραπέμψει την οικογένεια σε ειδικά

παιδοψυχιατρικά τμήματα, τα οποία μπορούν να παρέχουν ένα ολοκληρωμένο σχέδιο αξιολόγησης και αντιμετώπισης (AAP 2008)

Η εφηβεία ιδιαίτερα αποτελεί πρόκληση για τον παιδίατρο λόγω της ιδιομορφίας των προβλημάτων της. Πέραν των χρόνιων νοσημάτων, εκείνων που συνδέονται με την αύξηση και την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, τα οποία χαρακτηριστικά συναντώνται σε αυτή την περίοδο, οι έφηβοι παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα που συνδέονται με την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Μάλιστα, τα προβλήματα με τα οποία παρουσιάζονται οι έφηβοι συχνά σχετίζονται περισσότερο με ψυχικές παρά με βιολογικές διαταραχές. Τέτοια προβλήματα είναι:

- η κατάθλιψη, η οποία συνδέεται και με την γνωσιακή αλλαγή
- η αποκλίνουσα συμπεριφορά, στην οποία εντάσσονται η εγκληματικότητα, η παραβατικότητα, τα ατυχήματα, η αυτοκτονία
- η χρήση απαγορευμένων ή εθιστικών ουσιών, που είτε γίνεται διερευνητικά, είτε είναι σκόπιμη. Υπαγορεύεται από την επιθυμία κατάκτησης κάποιου στόχου, όπως ανεξαρτησία από τον οικογενειακό έλεγχο, αποδοχή από συνομηλίκους, ή από την έκφραση αντίθεσης προς τους κοινωνικούς κανόνες, το άγχος και τη κατάθλιψη
- οι λειτουργικές (ψυχοσωματικές) διαταραχές
- τα προβλήματα στο σχολείο, όπως η φοβία για το σχολείο και οι αδικαιολόγητες απουσίες
- η φυγή από το σπίτι, η κακοποίηση.

Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι η προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με την έννοια της πρόληψης, έγκαιρης ανίχνευσης και αντιμετώπισης. Οι παιδίατροι έχουν την ευκαιρία για να βοηθήσουν τις οικογένειες προκειμένου να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους. (AAP 2003)

2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η επισήμανση αποκλίσεων ψυχικής υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη συμβουλευτική των νέων και των οικογενειών τους. Από την διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκύπτουν στοιχεία τα οποία δεν επιδέχονται γενίκευση στον Ελληνικό πληθυσμό. Αυτή την έλλειψη προσπαθεί να καλύψει με τα ευρήματά της η παρούσα Πανελλήνια διαχρονική από της γεννήσεως ως τα 18 χρόνια μελέτη των Ελληνοπαίδων

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι:

-
- I. Η διερεύνηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών στην ηλικία των 7 ετών και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

 - II. Η διερεύνηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

 - III. Η διερεύνηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και η διαχρονική συσχέτισή τους με παράγοντες από τη γέννηση, την παιδική ηλικία (7 έτη) και την εφηβεία (18 έτη).

 - IV. Η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ γονέων και εφήβων στην αναφορά προβλημάτων συμπεριφοράς των ίδιων των εφήβων και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.
-

Επειδή η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για τον Ελληνικό πληθυσμό.

3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε στα πλαίσια των τριών επιδημιολογικών ερευνητικών καταγραφών που πραγματοποίησε η Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών:

- **Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα (ΠΠΕ)**

Προγραμματισμένη, πληθυσμιακή και συγχρονική επιδημιολογική μελέτη (cross-sectional) που κάλυψε, χωρίς επιλογή, όλους τους τοκετούς που πραγματοποιήθηκαν σε κρατικό ή ιδιωτικό μαιευτήριο, Κέντρο Υγείας ή άλλο μέρος σε όλη τη χώρα για διάστημα τεσσάρων εβδομάδων (Απρίλιος 1983). Στη διάρκεια της 1ης ΠΠΕ συγκεντρώθηκαν 11048 ερωτηματολόγια, με πληροφορίες απευθείας από τις μητέρες, επιβεβαιωμένες από τον μαιευτήρα ή μαία υπεύθυνη του τοκετού. (Bakoula 1987)

- **Πανελλήνια Μελέτη της Υγείας των Ελληνοπαίδων στα 7 χρόνια**

Τα παιδιά της 1ης ΠΠΕ αναζητήθηκαν στην ηλικία των 7 ετών (1990) στα δημοτικά σχολεία όλης της χώρας. Οι γονείς και οι δάσκαλοι των παιδιών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια προκειμένου να αποτυπωθούν οι παράμετροι της σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών. Πραγματοποιήθηκε στο τέλος της σχολικής χρονιάς και αφορούσε μόνο τα παιδιά που γεννήθηκαν τον Απρίλιο του 1983. Εντοπίστηκαν συνολικά 8158 παιδιά, από τα οποία συγκεντρώθηκαν ισάριθμα συμπληρωμένα έντυπα. Αναφορές για την συμπεριφορά του παιδιού καταγράφηκαν σε 8132 παιδιά από το σύνολο των ερωτηματολογίων. Για 6949 παιδιά είχαμε στοιχεία από την 1η ΠΠΕ, αφού τα ερωτηματολόγια ταυτοποιήθηκαν από τους κωδικούς και αντιπαραβλήθηκαν μέσω κοινών μεταβλητών: ημερομηνία γέννησης, φύλο, τόπος γέννησης και ο τόπος της κατοικίας της μητέρας πριν από τη γέννηση (Bakoula, Kolaitis, et al. 2009).

- **Βιολογικά, Κλινικά και Γενετικά χαρακτηριστικά που προάγουν τη Σωματική και Ψυχική Υγεία.**

Το 2001, στα πλαίσια Διευρωπαϊκού Προγράμματος με ακρωνύμιο EURO-BLCS (Biological, clinical and genetic markers of future risk of cardiovascular diseases), εντοπίστηκαν εκ νέου τα παιδιά, ως έφηβοι πλέον στην ηλικία των 18 ετών, σε όλα τα Λύκεια της χώρας. Ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους γονείς και τους ίδιους τους εφήβους, όπου καταγράφηκαν εκτός από τις πληροφορίες για την σωματική και ψυχική υγεία τους, οι ακαδημαϊκοί τους στόχοι και οι προσδοκίες τους, και γενικότερα οι συνήθειές τους.

Εντοπίστηκαν 4717 έφηβοι της σειράς των γεννήσεων του 1983, μαθητές των Λυκείων όλης της χώρας, και από τα ισάριθμα ερωτηματολόγια που εστάλησαν, επεστράφησαν 3.828 διπλά ερωτηματολόγια (γονέα και παιδιού) από 762 Λύκεια, εκ των οποίων τα 39 ήταν ιδιωτικά. Αρνήθηκαν να συνεργαστούν 889 γονείς και παιδιά και 413 επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα. Τελικά 3415 παιδιά εξετάστηκαν συγχρονικά στην παρούσα μελέτη. Βάσει όμως του πρωτοκόλλου του Achenbach για την ανάλυση του Ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς για Εφήβους (T. Achenbach 1991), τα ερωτηματολόγια με περισσότερες από 8 αναπάντητες ερωτήσεις εξαιρέθηκαν και έτσι ο τελικός υπό μελέτη πληθυσμός είναι 3.373 έφηβοι (72% αρχικού πληθυσμού). Επειδή ένας από τους στόχους της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι διαφορές της κλίμακας του Achenbach μεταξύ γονέων και εφήβων, τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 2.927 ζεύγη γονέων εφήβων 18 ετών που απάντησαν πλήρως σε ισάριθμα ζεύγη ερωτηματολογίων.

Πρέπει να ληφθεί υπόψιν, ότι η συλλογή των στοιχείων των παιδιών και στα 3 χρονικά σημεία πραγματοποιήθηκε με ανώνυμα ερωτηματολόγια. Επομένως για την αναδρομική αναζήτηση και ταυτοποίησή τους χρησιμοποιήθηκαν μόνο πληροφορίες κλειδιά όπως η ημερομηνία, ο τόπος και το είδος του μαιευτηρίου γέννησης, η ηλικία της μητέρας. Η δυσκολία αυτή δικαιολογεί και τις ενδιάμεσες απώλειες.

Αντιπροσωπευτικότητα των υποπληθυσμών

Όταν δημιουργήθηκαν οι βάσεις δεδομένων και έγινε η ταυτοποίηση των στοιχείων και από τις τρεις περιόδους της μελέτης με κοινές μεταβλητές, εφαρμόστηκε συγκριτική στατιστική ανάλυση προκειμένου να αποδειχθεί κατά πόσο τα επιμέρους πληθυσμιακά δείγματα παρέμειναν αντιπροσωπευτικά της αρχικής σειράς γεννήσεων και άρα και μεταξύ τους. Η διαδικασία κρίθηκε απαραίτητη δεδομένης της απώλειας παιδιών στις φάσεις της παρακολούθησής τους κυρίως από τον υποπληθυσμό των εφήβων. Συγκεκριμένα, τα παιδιά που δεν απάντησαν, αρνήθηκαν να συνεργαστούν ή δεν ταυτοποιήθηκαν αποτέλεσαν την ομάδα σύγκρισης. Οι παράγοντες για τους οποίους ελέγχθηκαν οι δύο πληθυσμοί ήταν: ο τόπος καταγωγής, η διαμονή σε αστική ή αγροτική περιοχή, η σειρά γέννησης του παιδιού, το βάρος γέννησης, η οικογενειακή κατάσταση (οικογένεια μονογονεϊκή, διγονεϊκή κ.ο.κ.) και τα χρόνια εκπαίδευσης των γονέων. Ουδεμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρήθηκε μεταξύ του καταγεγραμμένου και μη πληθυσμού. Η μόνη διαφορά στη συγκριτική αυτή θεώρηση του αρχικού με τον τελικό πληθυσμό αφορούσε στο φύλο του παιδιού, με υπεροχή των κοριτσιών (54% στον τελικό πληθυσμό έναντι 45% στην ομάδα σύγκρισης, $p < 0.001$). Το εύρημα θεωρήθηκε σύνηθες, δεδομένης της μεγαλύτερης προθυμίας για συνεργασία των γυναικών συγκριτικά με τους άντρες. Η διαφοροποίηση αυτή θεωρήθηκε ότι δεν αποτελεί αιτία μεροληψίας, γιατί η διαχρονική ανάλυση του πληθυσμού πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά για αγόρια και κορίτσια. Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης βρέθηκαν όμοια με τα αντίστοιχα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.

3.2 ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Η Α' Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα εγκρίθηκε και υποστηρίχθηκε από το Υπουργείο Υγείας. Τόσο στην ηλικία των 7 ετών όσο και στην ηλικία των 18 ετών, οι έρευνες εγκρίθηκαν από το Υπουργείο Παιδείας προκειμένου να εντοπιστούν τα παιδιά, από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, το Τμήμα Ερευνητικών Προγραμμάτων του Υπουργείου Παιδείας, την Επιτροπή Βιοηθικής του Ινστιτούτου Βιολογικών Ερευνών και Βιοτεχνολογίας και την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

3.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

3.3.1 Γενικά στοιχεία ερωτηματολογίων

Στα ερωτηματολόγια της 1ης ΠΠΕ καταγράφηκαν κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία της οικογένειας, το μαιευτικό και ιατρικό ιστορικό της μητέρας, η παρακολούθηση και παθολογία της εγκυμοσύνης, η διαδικασία του τοκετού και η έκβασή του, καθώς και τα βιομετρικά χαρακτηριστικά του νεογνού. (Bakoula 1987)

Το 1990 τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν για τα παιδιά αφορούσαν τα βιομετρικά τους χαρακτηριστικά, τη συμπεριφορά (κλίμακα του Rutter Child Scale A), την οικογένεια, το περιβάλλον και τη φροντίδα τους καθώς και μία γενική εικόνα της δραστηριότητάς τους εντός και εκτός του σχολείου. Τέλος, οι δάσκαλοι εξέφρασαν τη γνώμη τους για το βαθμό προσαρμοστικότητας του παιδιού στην πρώτη τάξη του δημοτικού και την απόδοσή τους ανά γνωστικό αντικείμενο.

Για τους εφήβους και τους γονείς τους τα ερωτηματολόγια τροποποιήθηκαν, προσαρμόστηκαν και μεταφράστηκαν αμφίδρομα στα Ελληνικά, Φινλανδικά και Αγγλικά στα πλαίσια του προγράμματος EUROBLCS. Οι ερωτήσεις και όλη η μελέτη σχεδιάστηκαν από ομάδα ειδικών στο Διευρωπαϊκό Συντονιστικό Κέντρο και τα ερωτήματα ήταν κοινά για όλα τα κράτη που συμμετείχαν στην έρευνα. Με το ερωτηματολόγιο που απεστάλη προς συμπλήρωση από τους εφήβους έγινε καταγραφή πληροφοριών σχετικών με την οικογένεια, τους φίλους, το σχολείο, τον τρόπο ζωής, τις συνήθειες και τον ελεύθερο χρόνο τους, την υγεία και τις διατροφικές τους συνήθειες καθώς και στοιχεία ιδιοσυγκρασίας και την ψυχομετρική κλίμακα αυτοαξιολόγησης της ψυχικής υγείας των εφήβων από τους ίδιους (Youth Self Report – YSR). Το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους γονείς των εφήβων περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με: την οικογένεια, την εκπαίδευση, την εργασία την υγεία και τον τρόπο ζωής τους, την υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού, στοιχεία σχετικά με τους βιολογικούς γονείς και τους συγγενείς του παιδιού και την

ψυχομετρική κλίμακα αξιολόγησης της ψυχικής υγείας των εφήβων που απευθύνεται στους γονείς (Child Behaviour Checklist – CBCL).

Οι απαντήσεις δίδονται είτε με τη μορφή προ-κωδικοποιημένων απαντήσεων μέσα σε θέσεις «επιλογής» είτε με τη μορφή κενών γραμμών για σύντομη ανάπτυξη (ανοικτές ερωτήσεις).

3.3.2 Ερωτηματολόγια εκτίμησης προβλημάτων συμπεριφοράς

3.3.2.1 Ερωτηματολόγιο για τα παιδιά στην ηλικία των 7 ετών
Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Rutter (Rutter, Tizard and Whitmore, Education, Health and Behaviour 1970). Σε αυτή γονείς (και εκπαιδευτικοί) συμπληρώνουν μια σειρά από ερωτήματα τα οποία συνδυάζονται για να δώσουν ένα δείκτη των προβλημάτων της συμπεριφοράς του παιδιού. Μεμονωμένα στοιχεία αυτής της κλίμακας μπορούν επίσης να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες, για παράδειγμα σχετικά με τις απουσίες του παιδιού από το σχολείο. Οι γονείς, συνήθως η μητέρα, συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους γονείς (Child Scale A) και οι εκπαιδευτικοί το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους εκπαιδευτικούς (Child Scale B).

Το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών, ή κλίμακα Child B, αποτελείται από 26 περιγραφές συμπεριφοράς. Ο δάσκαλος καλείται να αναφέρει κατά πόσον η κάθε περιγραφή ισχύει «συχνά», «σπάνια» ή «ποτέ» για το παιδί. Το ερωτηματολόγιο των γονέων, ή κλίμακα Child A, περιλαμβάνει 31 περιγραφές της συμπεριφοράς συνολικά, εκ των οποίων οι 23 είναι κοινές με το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών.

Σε αντίθεση με το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών, η κλίμακα A αποτελείται από τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιλαμβάνει 8 προβλήματα (π.χ. παραπονιέται για πονοκεφάλους, απουσία από το σχολείο). Το δεύτερο τμήμα σχηματίζεται από 5 ερωτήσεις (π.χ. αν το παιδί είχε δυσκολία ομιλίας, αν είχε δυσκολία στη σίτιση). Το τρίτο τμήμα περιλαμβάνει 18 περιγραφές συμπεριφοράς. Η μητέρα καλείται να

αναφέρει κατά πόσον η κάθε περιγραφή ισχύει «συχνά», «σπάνια» ή «ποτέ» για το παιδί.

Οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν ώστε να έχουν τις ακόλουθες τιμές:

0 = ποτέ, 1 = μερικές φορές / σπάνια, 2 = συχνά.

Η συνολική βαθμολογία Rutter είναι το άθροισμα των επιμέρους μεταβλητών. Μια υψηλή βαθμολογία υποδεικνύει προβλήματα συμπεριφοράς. Οι κατηγορίες των βαθμολογιών υπολογίστηκαν για κάθε κλίμακα διαιρώντας τα αποτελέσματα σε τρία επίπεδα: "φυσιολογική" για βαθμολογίες μικρότερες από την 80η εκατοστιαία θέση, "μέτρια" για βαθμολογίες μεταξύ της 80ης και της 95ης εκατοστιαίας θέσης και "σοβαρή" για βαθμολογίες άνω της 95ης εκατοστιαίας θέσης.

Τα ερωτηματολόγια του Rutter έχουν προσαρμοστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από την Παπαθεοφίλου και συνεργάτες. (Paratheophilou, et al. 1981). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε μόνο η κλίμακα του Rutter για τους γονείς Child Scale A.

3.3.2.2 Ερωτηματολόγια για τους εφήβους στην ηλικία των 18 ετών

Για την εκτίμηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Achenbach, που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους εφήβους (Youth Self Report – YSR) και από τους γονείς τους (Child Behaviour Checklist – CBCL). (T. Achenbach 1991).

Το ερωτηματολόγιο **Youth Self Report – YSR** απευθύνεται σε εφήβους ηλικίας 11-18 ετών και συμπληρώνεται από τους ίδιους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα, η *γενική προσαρμογή*, αξιολογεί την προσαρμοστική συμπεριφορά και αποτελείται από τις κλίμακες *δραστηριότητες* και *κοινωνικές δεξιότητες*. Από τις δύο αυτές κλίμακες, και με την προσθήκη της *σχολικής επίδοσης*, προκύπτει η συνολική βαθμολογία *προσαρμογής* του εφήβου. Η δεύτερη ενότητα, τα *σύνδρομα προβληματικής συμπεριφοράς*, αποτελείται από 118 προτάσεις αναφορικά με τους προηγούμενους 6 μήνες που αξιολογούν διάφορα συμπτώματα σε κλίμακα 3

σημείων (0= δεν μου ταιριάζει καθόλου, 1= μου ταιριάζει κάπως ή συμβαίνει μερικές φορές, 2= μου ταιριάζει απόλυτα ή συμβαίνει πολύ συχνά). Δεκαέξι από αυτά τα ερωτήματα δεν υποδεικνύουν κάποιο πρόβλημα, αλλά αναφέρονται σε κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές για το ερωτηματολόγιο των εφήβων (YSR), όπως «μου αρέσει να βοηθώ τους άλλους», αντικαθιστώντας στοιχεία προβληματικής συμπεριφοράς που παρουσιάζονται στο ερωτηματολόγιο των γονέων (CBCL), και δεν μπορούν να απαντηθούν από τους εφήβους, για παράδειγμα παρουσία νυκτερινής ενοούρησης. Η βαθμολογία των τελευταίων δεν συμμετέχει στην βαθμολογία των κλιμάκων.

Οι βαθμολογίες από τα 102 στοιχεία συνδυάζονται ώστε να προκύψουν 8 οκτώ υποκατηγορίες χαρακτηριστικών που είναι οι εξής: απόσυρση, σωματοποιημένα ενοχλήματα, άγχος / κατάθλιψη, κοινωνικά προβλήματα, διαταραχές σκέψης και προσοχής, παραβατική και επιθετική συμπεριφορά. Οι τρεις πρώτες υποκατηγορίες προβλημάτων σχηματίζουν μία ευρύτερη, τα εσωτερικευόμενα προβλήματα ή διαταραχές συναισθήματος, και οι δύο τελευταίες κατηγορίες εντάσσονται στο πλαίσιο των εξωτερικευόμενων προβλημάτων ή διαταραχών συμπεριφοράς. Η κλίμακα συνολικών προβλημάτων είναι το άθροισμα όλων των επί μέρους βαθμολογιών.(σχήμα 3.1).

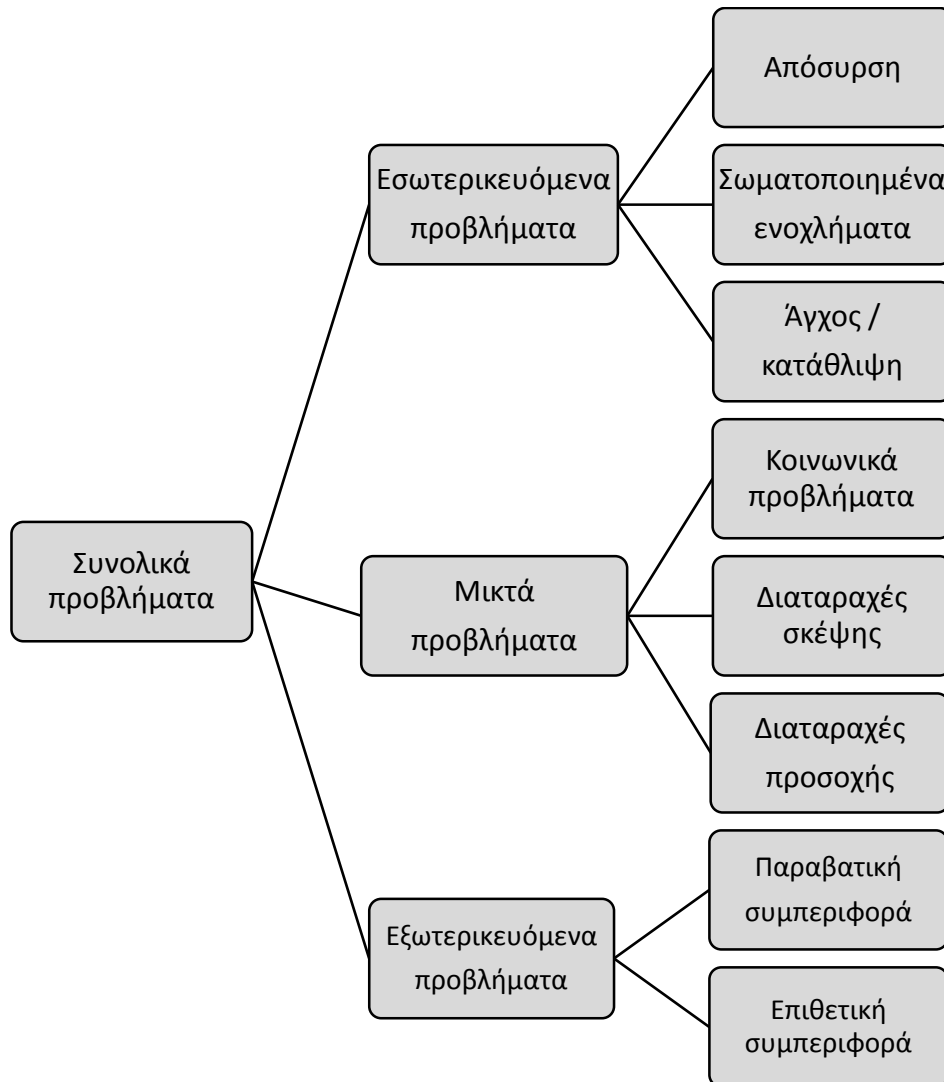
Το ερωτηματολόγιο **Child Behaviour Checklist – CBCL** (για παιδιά 4-18 ετών) απευθύνεται στους γονείς ή άλλους που ζουν με το παιδί στην οικογένεια ή σε οικογενειακά υποκατάστατα. Αποτελείται από 118 ερωτήσεις που περιγράφουν προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, αντίστοιχες των ερωτήσεων που συμπληρώνουν οι έφηβοι. Οι γονείς πρέπει να απαντήσουν εάν η περιγραφή ταιριάζει απόλυτα (2), ή καμιά φορά στο παιδί τους (1), ή δεν ταιριάζει καθόλου (0). Η χρονική περίοδος στην οποία βασίζεται η βαθμολόγηση είναι πάλι οι προηγούμενοι έξι μήνες (T. Achenbach 1991).

Το YSR / CBCL δίνουν μία *συνολική* βαθμολογία προβληματικής συμπεριφοράς που κυμαίνεται από 0-240 βαθμούς, μία βαθμολογία για *εσωτερικευμένα προβλήματα*, για *εξωτερικευμένα* καθώς και βαθμολογία για καθένα από τα οκτώ σύνδρομα που

προαναφέρθηκαν. Τα ερωτηματολόγια του Achenbach έχουν σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από την Ρούσου και συνεργάτες (Roussos, Francis, et al. 2001, Roussos, Karantanos, et al. 1999).

Εργαλεία όπως αυτά που χρησιμοποιήθηκαν, μπορούν να βοηθήσουν την αναγνώριση πιθανών αποκλίσεων ψυχικής υγείας. Πρέπει να διευκρινιστεί όμως ότι υψηλές βαθμολογίες υποδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω αξιολόγηση και διερεύνηση και δεν αντιπροσωπεύουν συγκεκριμένες διαγνώσεις. Ωστόσο είναι ενδεικτικές της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και παρέχουν ένα μέσο παραπομπής των παιδιών σε εξειδικευμένους για θέματα ψυχικής υγείας.

Σχήμα 3.1. Κλίμακα του Achenbach για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας εφήβων.



3.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στην παρούσα διατριβή μελετήθηκαν οι εξής ενότητες (πιν3.1)

Πίνακας 3.1

I.	Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών στην ηλικία των 7 ετών και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.
II.	Τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.
III.	Τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και η διαχρονική συσχέτισή τους με παράγοντες από τη γέννηση, την παιδική ηλικία (7 έτη) και την εφηβεία (18 έτη).
IV.	Οι διαφορές μεταξύ γονέων και εφήβων στην αναφορά προβλημάτων συμπεριφοράς των ίδιων των εφήβων και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

I. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών στην ηλικία των 7 ετών και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Rutter A2, καθώς και οι υποκλίμακες αυτής, οι οποίες υποδεικνύουν προβλήματα συναισθήματος και διαγωγής. Στην παρούσα μελέτη τα σημεία διαχωρισμού της βαθμολογίας της κλίμακας και των υποκλιμάκων τέθηκαν στην 95^η εκατοστιαία θέση ώστε να καταστεί δυνατή η σαφής εκτίμηση της παρουσίας ή όχι των αποκλίσεων.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι εξής:

- Φύλο: αγόρια, κορίτσια
- Αριθμός αδελφών: συνεχής μεταβλητή
- Παππούδες που ζουν στο ίδιο σπίτι: ναι, όχι
- Δομή οικογένειας: διγονεϊκή, μονογονεϊκή
- Εκπαίδευση μητέρας και πατέρα: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια
- Σωματική τιμωρία: καθόλου/σπάνια, συχνά
- Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού: παρουσία στο παρόν, παρελθόν, απουσία
- Ενδιαφέρον γονέων για τις δραστηριότητες και τη σχολική επίδοση του παιδιού: ενδιαφέρον, υπερβολικό ενδιαφέρον, ελλιπές ενδιαφέρον
- Αριθμός νέων ζευγαριών παπουτσιών το τελευταίο έτος (παροχή υλικών αγαθών): συνεχής μεταβλητή
- Αριθμός ατυχημάτων: συνεχής μεταβλητή.

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές αναλύσεις όπου εξετάστηκε η σχέση κάθε μίας από της προαναφερθείσες μεταβλητές με την συνολική κλίμακα του Rutter και τις υποκλίμακες προβλημάτων συναισθήματος και διαγωγής. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p \leq 0.05$) με τουλάχιστον μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές, καθώς και παράγοντες που στη βιβλιογραφία έχουν σχετισθεί (πχ δομή της οικογένειας) συμμετείχαν σε πολυπαραγοντική ανάλυση. Για να διευκρινισθεί η πιθανότητα παρουσίας ή όχι των προβλημάτων πραγματοποιήθηκε λογαριθμιστική παλινδρόμηση.

II. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα αυτοαναφοράς προβλημάτων ψυχικής υγείας που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους εφήβους του Achenbach (Youth Self Report), καθώς και οι υποκλίμακες αυτής οι οποίες υποδεικνύουν εσωτερικευόμενα προβλήματα συναισθήματος και εξωτερικευόμενα προβλήματα διαγωγής. Τα σημεία διαχωρισμού της βαθμολογίας της κλίμακας και των υποκλιμάκων τέθηκαν στην 95^η εκατοστιαία θέση ώστε να καταστεί δυνατή η εκτίμηση της παρουσίας ή όχι των αποκλίσεων.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι εξής:

Δημογραφικοί παράγοντες

- Αριθμός αδελφών (συνεχής μεταβλητή)
- Παππούδες που ζουν στο ίδιο σπίτι: ναι, όχι
- Δομή οικογένειας: διγονεϊκή, μονογονεϊκή

Γονεϊκοί παράγοντες

- Εκπαίδευση μητέρας και πατέρα: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια
- Αυτοαναφορά στρες μητέρας και πατέρα: καθόλου, λίγο, πολύ
- Κατάσταση υγείας μητέρας και πατέρα: καλή, μέτρια, κακή
- Γονεϊκή επιτήρηση: παρούσα, ελλιπής
- Ενδιαφέρον γονέων για τις εξωσχολικές δραστηριότητες και τη σχολική επίδοση του εφήβου: παρόν, ελλιπές

Παράγοντες από τους εφήβους

- Φύλο: αγόρια, κορίτσια
- Φίλοι: καθόλου, λίγοι, πολλοί
- Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού: παρόν, απόν
- Προγραμματισμός σπουδών μετά το τέλος του σχολείου: συνέχιση σπουδών, διακοπή σπουδών, απουσία προγράμματος

- Εβδομαδιαία παροχή χρημάτων χαρτζιλίκι: συνεχής μεταβλητή
- Σεξουαλικές σχέσεις: παρούσες, απύσες
- Κατανάλωση αλκοόλ: καθόλου/μικρή, αυξημένη
- Κάπνισμα: καθόλου/σπάνια, τακτικά
- Χρήση απαγορευμένων ουσιών: καθόλου, έστω και μία φορά

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές αναλύσεις όπου εξετάστηκε η σχέση κάθε μίας από της προαναφερθείσες μεταβλητές με την συνολική κλίμακα του Achenbach και τις υποκλίμακες εσωτερικευομένων και εξωτερικευομένων προβλημάτων. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p \leq 0.05$) με τουλάχιστον μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές, καθώς και παράγοντες που στη βιβλιογραφία έχουν σχετισθεί (πχ δομή της οικογένειας) συμμετείχαν σε πολυπαραγοντική ανάλυση. Για να διευκρινισθεί η πιθανότητα παρουσίας ή όχι των προβλημάτων πραγματοποιήθηκε λογαριθμιστική παλινδρόμηση.

III. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και η διαχρονική συσχέτισή τους με παράγοντες από τη γέννηση, την παιδική ηλικία (7 έτη) και την εφηβεία (18 έτη).

Για την μελέτη των παιδιών διαχρονικά, ο πληθυσμός περιορίστηκε μόνο σε παιδιά για τα οποία είχαμε πληροφορίες από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 έτη, οπότε ο αριθμός τους μειώθηκε. Οι πληροφορίες/ερωτηματολόγια αντιπαραβλήθηκαν σύμφωνα με τους κωδικούς, με τα αντίστοιχα σε όλες τις φάσεις της μελέτης ώστε να επιβεβαιωθεί ότι ταιριάζουν ακριβώς, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες μεταβλητές: ημερομηνία γέννησης, φύλο, τόπος γέννησης και τόπος της κατοικίας της μητέρας πριν από τη γέννηση.

Αρχικά αναζητήθηκε η τυχούσα ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία (κλίμακα του Rutter Child Scale A) με αντίστοιχα προβλήματα στην εφηβεία (κλίμακα αυτοαναφοράς προβλημάτων ψυχικής υγείας του Achenbach YSR), ως ένδειξη μίας συνέχισης των αποκλίσεων της ψυχικής υγείας στην διάρκεια ζωής των παιδιών του πληθυσμού μας. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε δοκιμασία συσχέτισης Spearman κατά ζεύγη.

Ακολούθως εξετάστηκε η επίδραση παραγόντων από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 έτη στη διαμόρφωση των αποκλίσεων συμπεριφοράς στην εφηβεία. Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα αυτοαναφοράς προβλημάτων ψυχικής υγείας του Achenbach (Youth Self Report), καθώς και οι υποκλίμακες εσωτερικευομένων και εξωτερικευομένων προβλημάτων. Σε αυτή την περίπτωση οι βαθμολογίες της κλίμακας δεν διχοτομήθηκαν, αλλά χρησιμοποιήθηκαν ως συνεχείς με σκοπό να προσδιοριστούν οι παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την τάση για προβλήματα.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν:

Παράγοντες από τη γέννηση

- Είδος τοκετού: φυσιολογικός τοκετός, τοκετός υποβοηθούμενος με χρήση αναρροφητήρα ή εμβρυουλκού, καισαρική τομή
- Στρες εμβρύου κατά τον τοκετό: παρόν, απόν
- Στρες μητέρας κατά τον τοκετό: παρόν, απόν.

Από τα 7 έτη

- Δομή οικογένειας: διγονεϊκή, μονογονεϊκή
- Εκπαίδευση γονέων: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια
- Σωματική τιμωρία: καθόλου/σπάνια, συχνά
- Ενδιαφέρον γονέων για τις δραστηριότητες και τη σχολική επίδοση του παιδιού: ενδιαφέρον, υπερβολικό ενδιαφέρον, έλλειψη ενδιαφέροντος
- Αριθμός ατυχημάτων: συνεχής μεταβλητή
- Συνολική κλίμακα Rutter και υποκλίμακες προβλημάτων συναισθήματος και διαγωγής: παρουσία προβλημάτων, απουσία προβλημάτων.

Από τα 18 έτη

- Ενδιαφέρον των γονέων για τις δραστηριότητες εφήβου: παρόν, ελλιπές
- Αυτοαναφορά στρες μητέρας και πατέρα: καθόλου, λίγο, πολύ.

Αρχικά πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές αναλύσεις με τις οποίες εξετάστηκε η σχέση κάθε μίας από της μεταβλητές από τη γέννηση και τα 7 χρόνια, με την συνολική κλίμακα του Achenbach και τις υποκλίμακες εσωτερικευομένων και εξωτερικευομένων προβλημάτων. Ακολούθως δημιουργήθηκε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο στο οποίο συμμετείχαν ως ανεξάρτητες οι μεταβλητές εκείνες, οι οποίες βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p \leq 0.05$) με τουλάχιστον μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές, πλην της συνολικής κλίμακας του Rutter και των

υποκλιμάκων αυτής. Τέλος στο προηγούμενο μοντέλο προστέθηκαν σαν ανεξάρτητες μεταβλητές η συνολική κλίμακα του Rutter και οι υποκλίμακες προβλημάτων διαγωγής και συναισθήματος για να διαπιστωθεί εάν τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές. Για να διευκρινισθεί η τάση των παραγόντων αυτών να αυξάνουν την βαθμολογία της κλίμακας άρα και την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς στην εφηβεία χρησιμοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση. Η ανάλυση έγινε ξεχωριστά για αγόρια και κορίτσια, διότι στον πληθυσμό αυτό υπήρχε αυξημένη αντιπροσώπευση των κοριτσιών σε σχέση με τον αρχικό.

IV. Οι διαφορές μεταξύ γονέων και εφήβων στην αναφορά προβλημάτων συμπεριφοράς των ίδιων των εφήβων και η συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

Για την διερεύνηση της διαφοράς αυτής, ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η βαθμολογία η οποία προέκυψε από την αφαίρεση της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου των γονέων από αυτή των εφήβων (YSR μείον CBCL). Έτσι διαιρείται σε τρεις κατηγορίες:

- Η βαθμολογία των παιδιών ήταν μεγαλύτερη από αυτή των γονέων, δηλαδή οι έφηβοι ανέφεραν περισσότερα προβλήματα από τους γονείς (YSR > CBCL).
- Βαθμολογίες των γονέων μεγαλύτερες από των εφήβων που υποδεικνύουν ότι οι γονείς αποδίδουν περισσότερα προβλήματα στα παιδιά τους από τα ίδια (YSR < CBCL)
- Παρόμοιες βαθμολογίες γονέων και εφήβων που δηλώνουν ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφοροποίηση στην εκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων. (YSR = CBCL).

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μελετήθηκαν επιλέχθηκαν με σκοπό να ελεγχθεί κατά πόσον η διαφορά απόψεων συνδέεται με στοιχεία που αφορούν τους γονείς και ποια είναι τα χαρακτηριστικά τους που επηρεάζουν τη διαφορά στην κατανόηση και αναφορά των προβλημάτων των παιδιών τους:

- Φύλο: αγόρια, κορίτσια
- Ηλικία της μητέρας: συνεχής μεταβλητή
- Αριθμός των αδελφών: συνεχής μεταβλητή
- Δομή οικογένειας: διγονεϊκή, μονογονεϊκή
- Εκπαίδευση των γονέων: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια

- Επαγγελματική κατάσταση της μητέρας: εργαζόμενη εκτός σπιτιού, μη εργαζόμενη
- Επιτήρηση του παιδιού από τους γονείς κατά τον ελεύθερο χρόνο του: παρούσα, ελλιπής
- Γονέας που απάντησε το ερωτηματολόγιο (πληροφοριοδότης): πατέρας, μητέρα, ή και οι δύο γονείς.

Μετά τον υπολογισμό της διαφοράς των δύο κλιμάκων έγινε *μονοπαραγοντική ανάλυση* (δοκιμασία χ^2) για να ελεγχθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των τριών κατηγοριών διαφοροποίησης απόψεων ($YSR > CBCL$, $YSR < CBCL$, $YSR = CBCL$) ανάλογα με τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Τέλος εφαρμόσθηκε *πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση* για να ελεγχθεί η σχέση κάθε ανεξάρτητης με την εξαρτημένη μεταβλητή παρά την επίδραση των υπολοίπων μεταβλητών σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση συμμετείχαν οι μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές από τη μονοπαραγοντική. Η πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση επελέγη έναντι της απλής επειδή η εξαρτημένη μεταβλητή έχει τρεις τιμές:

- βαθμολογίες γονέων και εφήβων ίσες μεταξύ τους ($YSR = CBCL$)
- βαθμολογίες γονέων μεγαλύτερες από των εφήβων ($YSR < CBCL$)
- βαθμολογίες εφήβων μεγαλύτερες από των γονέων ($YSR > CBCL$).

Από τις τρεις κατηγορίες ως ομάδα αναφοράς επελέγη η ομάδα με ισότητα βαθμολογιών ($YSR = CBCL$), με την οποία έγινε σύγκριση της κάθε μίας από τις υπόλοιπες δύο ομάδες. Δηλαδή στην πολλαπλή λογαριθμιστική παλινδρόμηση συγκρίνονται διαδοχικά η ομάδα με $YSR < CBCL$ ως προς την ομάδα με $YSR = CBCL$, και ακολούθως η ομάδα με $YSR > CBCL$ ως προς την ομάδα με $YSR = CBCL$.

Για όλες τις δοκιμασίες ως επίπεδο σημαντικότητας επελέγη το $p \leq 0.05$ (5%). Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Science).

4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

I. ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑ 7 ΕΤΗ

Τα περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των παιδιών στην ηλικία των 7 ετών παρατίθενται στο **παράρτημα Α**.

Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης φαίνονται στον **Πίνακα 4.1**. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την συνολική κλίμακα του Rutter και τις υποκλίμακες προβλημάτων συναισθήματος και διαγωγής είναι οι εξής:

Φύλο

Αδέλφια

Δομή οικογένειας

Εκπαίδευση μητέρας και πατέρα

Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού

Σωματική τιμωρία

Ενδιαφέρον γονέων για τις δραστηριότητες και τη σχολική επίδοση του παιδιού

Παροχή υλικών αγαθών (αριθμός νέων ζευγαριών παπουτσιών το τελευταίο έτος)

Αριθμός ατυχημάτων

Πίνακας 4.1. Μονοπαραγοντική ανάλυση για τη διερεύνηση της σχέσης της κλίμακας του Rutter και των υποκλιμάκων αυτής με διάφορους παράγοντες.

	Προβλήματα συναίσθηματος OR (95% CI)	Προβλήματα διαγωγής OR (95% CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95% CI)
Φύλο			
Κορίτσια	ΣΜΣ	0.44(0.37-0.54)**	0.51(0.42-0.62)**
Αγόρια	Ομάδα αναφοράς		
Αριθμός αδελφών	0.82(0.73-0.92)**	1.14(1.03-1.26)*	1.15(1.04-1.28)*
Παππούδες			
Παρουσία	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Απουσία	Ομάδα αναφοράς		
Δομή οικογένειας			
Μονογονεϊκή	1.60(1.04-2.46)*	1.69(1.10-2.61)*	ΣΜΣ
Διγονεϊκή	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση μητέρας			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	1.53(1.20-1.95)**	1.93(1.47-2.53)**
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	1.59(1.21-2.08)**
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση πατέρα			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	1.65(1.30-2.07)**	1.97(1.53-2.53)**
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	1.40(1.11-1.76)*	1.61(1.25-2.08)**
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού			
Στο παρελθόν	1.50(1.06-2.13)*	1.66(1.18-2.32)*	2.35(1.70-3.24)**
Στο παρόν	2.84(2.23-3.60)**	1.74(1.32-2.31)**	2.51(1.92-3.28)**
Απόν	Ομάδα αναφοράς		
Σωματική τιμωρία			
Συχνά	2.22(1.82-2.72)**	6.55(5.36-8.00)**	7.09(5.74-8.77)**
Ποτέ/σπάνια	Ομάδα αναφοράς		
Ενδιαφέρον γονέων			
Υπερβολική ανησυχία	1.65(1.33-2.05)**	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Ελλιπές	ΣΜΣ	2.26(1.67-3.04)**	2.67(1.99-3.59)**
Φυσιολογικό	Ομάδα αναφοράς		
Παροχή υλ. αγαθών	1.12(1.04-1.20)*	1.17(1.09-1.26)**	1.22(1.13-1.31)**
Αριθμός ατυχημάτων	1.31(1.20-1.43)**	1.32(1.21-1.45)**	1.51(1.39-1.65)**

ΣΜΣ: στατιστικά μη σημαντικό *p=0.05-0.01 **p<0.001

OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης

Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης

Για την εκτίμηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά των 7 ετών πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση. Βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

Τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν προβλήματα συναισθήματος και συνολικά προβλήματα, αλλά μικρότερη πιθανότητα για διαταραχές διαγωγής σε σχέση με τα αγόρια.

Όσο μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός των αδελφών μειώνεται η πιθανότητα για προβλήματα συναισθήματος.

Τα παιδιά των οποίων ο πατέρας είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για προβλήματα διαγωγής συγκρινόμενα με τα παιδιά των οποίων ο πατέρας είχε ανώτατη εκπαίδευση. Η εκπαίδευση της μητέρας και η χαμηλή εκπαίδευση του πατέρα δεν σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με διαταραχές ψυχικής υγείας.

Το σοβαρό πρόβλημα υγείας του παιδιού συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη συνολική κλίμακα του Rutter και τις υποκλίμακες αυτής.

Η συχνή σωματική τιμωρία επηρεάζει σημαντικά το παιδί στα 7 έτη, αυξάνοντας την πιθανότητα για προβλήματα συναισθήματος, διαγωγής και συνολικά προβλήματα

Το υπερβολικό ενδιαφέρον για την σχολική πρόοδο του παιδιού αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών συναισθήματος ενώ η έλλειψη ενδιαφέροντος αυξάνει την πιθανότητα για προβλήματα συμπεριφοράς και συνολικά προβλήματα.

Όσο αυξάνει ο αριθμός ζευγαριών παπουτσιών του παιδιού, αυτό έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει προβλήματα διαγωγής και συνολικά προβλήματα.

Όσο αυξάνει ο αριθμός ατυχημάτων, αυξάνει η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών της συνολικής κλίμακας του Rutter και των υποκλιμάκων αυτής.

Πίνακας 4.2 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης με λογαριθμιστική παλινδρόμηση για την κλίμακα του Rutter και των υποκλιμάκων αυτής με διάφορους παράγοντες στην ηλικία των 7 ετών.

	Προβλήματα συναισθήματος OR (95% CI)	Προβλήματα διαγωγής OR (95% CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95% CI)
Φύλο			
Κορίτσια	1.30(1.05-1.61)*	0.52(0.40-0.66)**	0.65(0.50-0.83)**
Αγόρια	Ομάδα αναφοράς		
Αριθμός αδελφών	0.83(0.72-0.97)*	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δομή οικογένειας			
Μονογονεϊκή	ΣΜΣ	2.13(1.17-3.87)*	ΣΜΣ
Διγονεϊκή	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση μητέρας			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση πατέρα			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	1.41(1.01-1.97)*	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού			
Στο παρελθόν	ΣΜΣ	ΣΜΣ	1.85(1.18-2.89)*
Στο παρόν	2.35(1.73-3.20)**	1.65(1.15-2.36)*	1.89(1.21-1.53)**
Απόν	Ομάδα αναφοράς		
Σωματική τιμωρία			
Συχνά	2.11(1.66-2.66)**	6.38(5.05-8.06)**	6.19(4.85-7.90)**
Ποτέ/σπάνια	Ομάδα αναφοράς		
Ενδιαφέρον γονέων			
Υπερβολική ανησυχία	1.75(1.34-2.29)**	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Ελλιπές	ΣΜΣ	1.66(1.10-2.52)*	2.09(1.38-3.16)**
Φυσιολογικό	Ομάδα αναφοράς		
Παροχή υλ. αγαθών	ΣΜΣ	1.19(1.08-1.31)**	1.17(1.06-1.29)*
Αριθμός ατυχημάτων	1.20(1.08-1.34)**	1.18(1.05-1.33)*	1.36(1.21-1.53)**

ΣΜΣ: στατιστικά μη σημαντικό *p=0,05-0,01 **p<0,001

OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης

II. ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΤΑ 18 ΕΤΗ

Τα περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των παιδιών στην ηλικία των 18 ετών παρατίθενται στο **παράρτημα Β**.

Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης φαίνονται στους **πίνακες 4.3, 4.4**. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p \leq 0.05$) με τουλάχιστον μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι εξής:

Δημογραφικοί

Αριθμός αδελφών

Δομή οικογένειας

Γονείς

Αυτοαναφορά στρες μητέρας και πατέρα

Κατάσταση υγείας μητέρας και πατέρα

Έφηβοι

Φύλο

Φίλοι

Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού

Γονεϊκή επιτήρηση

Ενδιαφέρον γονέων για εξωσχολικές δραστηριότητες και σχολική επίδοση

Προγραμματισμός σπουδών μετά το τέλος του σχολείου

Εβδομαδιαία παροχή χρημάτων χαρτζιλίκι

Σεξουαλικές σχέσεις

Κατανάλωση αλκοόλ, καπνού

Χρήση απαγορευμένων ουσιών

Πίνακας 4.3 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης για την συσχέτιση δημογραφικών παραγόντων και παραγόντων από τους γονείς με την κλίμακα και τις υποκλίμακες του YSR του Achenbach για τους εφήβους στα 18 χρόνια

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95%CI)
Δομή οικογένειας			
Μονογονεϊκή	1.77(1.08-2.89)*	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Διγονεϊκή	Ομάδα αναφοράς		
Αριθμός αδελφών	ΣΜΣ	1.22(1.07-1.40)*	1.19(1.02-1.40)*
Εκπαίδευση μητέρας			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση πατέρα	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Πρωτοβάθμια	1.66(1.06-2.58)*	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Στρες μητέρας			
Πολύ	1.78(1.03-3.06)*	2.01(1.19-3.40)*	2.67(1.48-4.84)**
Μέτριο	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Καθόλου/λίγο	Ομάδα αναφοράς		
Στρες πατέρα			
Πολύ	ΣΜΣ	1.85(1.10-3.13)**	2.01(1.17-3.44)*
Μέτριο	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Καθόλου/λίγο	Ομάδα αναφοράς		
Υγεία μητέρας			
Κακή	ΣΜΣ	2.36(1.28-4.36)*	2.12(1.03-4.39) *
Μέτρια	ΣΜΣ	1.53(1.001-2.32)*	1.94(1.25-3.02)*
Καλή	Ομάδα αναφοράς		
Υγεία πατέρα			
Κακή	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Μέτρια	1.70(1.10-2.62)*	ΣΜΣ	2.07(1.32-3.25)*
Καλή	Ομάδα αναφοράς		
Ενδιαφέρον γονέων για σχολικές/εξωσχολικές δραστηριότητες			
Ελλιπές	2.71(1.88-3.90)**	1.63(1.10-2.41)**	2.92(1.97-4.34)**
Παρόν	Ομάδα αναφοράς		
Γονεϊκή επιτήρηση			
Ελλιπής	1.67(1.17-2.39)*	4.29(3.01-6.23)**	2.08(1.41-3.05)**
Παρούσα	Ομάδα αναφοράς		

ΣΜΣ: στατιστικά μη σημαντικό *p=0.05-0.001 **p≤0.001

OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης

Πίνακας 4.4 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης για την συσχέτιση παραγόντων από τους εφήβους με την κλίμακα και τις υποκλίμακες του YSR του Achenbach για τους εφήβους

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95%CI)
Εισόδημα/εβδομάδα	ΣΜΣ	1.03(1.02-1.03)**	1.013(1.003-1.023)*
Φίλοι			
Κανένας	4.03(2.18-7.45)**	ΣΜΣ	3.04(1.60-5.78)**
Λίγοι	1.73(1.09-2.77)*	0.69(0.47-0.996)*	
Πολλοί	Ομάδα αναφοράς		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας εφήβου			
Παρόν	2.59(1.47-4.59)**	ΣΜΣ	2.15(1.12-4.12)*
Απόν	Ομάδα αναφοράς		
Προγραμματισμός σπουδών			
Διακοπή	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αναποφάσιστος	ΣΜΣ	2.11(1.43-3.11)**	1.64(1.04-2.57)**
Συνέχιση	Ομάδα αναφοράς		
Κατανάλωση αλκοόλ			
Αυξημένη	ΣΜΣ	3.44(2.32-5.11)**	2.33(1.48-3.69)**
Καθόλου/μικρή	Ομάδα αναφοράς		
Κάπνισμα			
Τακτικά	1.50(1.02-2.21)*	3.86(2.71-5.50)**	3.25(2.20-4.79)**
Καθόλου/σπάνια	Ομάδα αναφοράς		
Χρήση απαγορευμένων ουσιών			
Έστω και μία φορά	2.42(1.59-3.66)**	3.42(2.32-5.04)**	3.59(2.35-5.47)**
Καθόλου	Ομάδα αναφοράς		
Σεξουαλικές σχέσεις			
Παρούσες	ΣΜΣ	3.66(2.52-5.30)**	1.82(1.24-2.67)*
Απούσες	Ομάδα αναφοράς		

ΣΜΣ: στατιστικά μη σημαντικό *p=0.05-0.001 **p≤0.001

OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης

Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης για την κλίμακα του Achenbach

Για την διερεύνηση της σχέσης δημογραφικών παραγόντων και παραγόντων από τους γονείς και τους ίδιους τους εφήβους με τα εσωτερικευόμενα, εξωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα ψυχικής υγείας στην ηλικία των 18 ετών πραγματοποιήθηκε λογαριθμιστική παλινδρόμηση. (Πίνακας 4.5)

Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο, με τα κορίτσια να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν εσωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα.

Παιδιά που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν προβλήματα συναισθήματος, χωρίς αυτό να επηρεάζει την συμπεριφορά τους και την εμφάνιση συνολικών προβλημάτων.

Φαίνεται ότι η υγεία και το στρες της μητέρας είναι σημαντικά για τους εφήβους. Εκείνοι των οποίων οι μητέρες έχουν σημαντικά προβλήματα υγείας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν εξωτερικευόμενα προβλήματα συγκρινόμενοι με εκείνους των οποίων οι μητέρες είναι υγιείς. Στην περίπτωση που οι μητέρες αναφέρουν αυξημένο στρες οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για συνολικά προβλήματα, ενώ όταν έχουν αρκετό στρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για προβλήματα συναισθήματος και για συνολικά προβλήματα, συγκρινόμενοι με εκείνους των οποίων οι μητέρες έχουν λίγο ή καθόλου. Αξίζει να αναφερθεί ότι η υγεία του πατέρα δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα προβλήματα των εφήβων.

Η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες του παιδιού αυξάνει την πιθανότητα εσωτερικευόμενων και συνολικών προβλημάτων σε σχέση με την παρουσία ενδιαφέροντος, χωρίς να επηρεάζει την συμπεριφορά των εφήβων. Αντίθετα η έλλειψη γονεϊκής επιτήρησης αυξάνει την πιθανότητα προβλημάτων συμπεριφοράς συγκρινόμενη με την επαρκή επιτήρηση, χωρίς να επηρεάζει τα συναισθήματα και τα συνολικά προβλήματα των εφήβων.

Έφηβοι χωρίς φίλους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης εσωτερικευόμενων και συνολικών προβλημάτων συγκρινόμενοι με εκείνους που έχουν αρκετούς φίλους.

Το χρόνιο πρόβλημα υγείας του εφήβου αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών συναισθήματος συγκριτικά με τους υγιείς εφήβους.

Η έναρξη ολοκληρωμένων σεξουαλικών σχέσεων επίσης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης αποκλίσεων συμπεριφοράς σε σχέση με την απουσία αυτών. Επίσης η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού στην εφηβεία σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς και συνολικών διαταραχών αντίστοιχα, ενώ έστω και η δοκιμή απαγορευμένων ουσιών σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα για όλες τις αποκλίσεις ψυχικής υγείας, συγκριτικά με την απουσία αυτών.

Το ποσό των χρημάτων που λαμβάνει ο έφηβος ανά εβδομάδα, ο προγραμματισμός των περαιτέρω σπουδών μετά το τέλος του σχολείου και ο αριθμός των αδελφών δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους εφήβους.

Πίνακας 4.5 Πολυπαραγοντική συγχρονική ανάλυση με λογαριθμιστική παλινδρόμηση για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών παραγόντων, και παραγόντων από τους γονείς και τους ίδιους τους εφήβους με την κλίμακα και τις υποκλίμακες του YSR του Achenbach για τους εφήβους στα 18 χρόνια

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95%CI)
Φύλο			
Κορίτσια	7.69(4.02-14.74)**	ΣΜΣ	2.37(1.37-4.11)*
Αγόρια	Ομάδα αναφοράς		
Αριθμός αδελφών	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δομή οικογένειας			
Μονογονεϊκή	2.07(1.01-4.23)*	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Διγονεϊκή	Ομάδα αναφοράς		
Υγεία μητέρας			
Κακή	ΣΜΣ	2.76(1.04-7.31)*	ΣΜΣ
Μέτρια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Καλή	Ομάδα αναφοράς		
Υγεία πατέρα			
Κακή	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Μέτρια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Καλή	Ομάδα αναφοράς		
Στρες μητέρας			
Πολύ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	4.26(1.66-10.94)*
Μέτριο	2.32(1.14-4.73)**	ΣΜΣ	3.33(1.45-7.65)*
Καθόλου/λίγο	Ομάδα αναφοράς		
Στρες πατέρα			
Πολύ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Μέτριο	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Καθόλου/λίγο	Ομάδα αναφοράς		
Ενδιαφέρον γονέων για σχολικές/εξωσχολικές δραστηριότητες			
Ελλιπές	3.29(1.92-5.61)**	ΣΜΣ	2.56(1.48-4.43)**
Παρόν	Ομάδα αναφοράς		
Γονεϊκή επιτήρηση			
Ελλιπής	ΣΜΣ	2.38(1.46-3.89)**	ΣΜΣ
Παρούσα	Ομάδα αναφοράς		
Εβδομαδιαίο εισόδημα(χαρτζιλίκι)	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Φίλοι			
Κανένας	5.49(2.33-12.94)**	ΣΜΣ	4.29(1.87-9.85)**
Λίγοι	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Πολλοί	Ομάδα αναφοράς		

Χρόνιο πρόβλημα υγείας εφήβου			
Παρόν	2.26(1.05-4.87)**	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Απόν	Ομάδα αναφοράς		
Προγραμματισμός σπουδών			
Διακοπή	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αναποφάσιτος	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Συνέχιση	Ομάδα αναφοράς		
Κατανάλωση αλκοόλ			
Αυξημένη	ΣΜΣ	1.85(1.14-3.01)*	ΣΜΣ
Καθόλου/μικρή	Ομάδα αναφοράς		
Κάπνισμα			
Τακτικά	ΣΜΣ	ΣΜΣ	1.85(1.07-3.20)*
Καθόλου/σπάνια	Ομάδα αναφοράς		
Χρήση απαγορευμένων ουσιών			
Έστω και μία φορά	2.38(1.34-4.24)**	2.07(1.22-3.49)**	2.58(1.45-4.59)**
Καθόλου	Ομάδα αναφοράς		
Σεξουαλικές σχέσεις			
Παρούσες	ΣΜΣ	2.62(1.56-4.42)**	ΣΜΣ
Απούσες	Ομάδα αναφοράς		
ΣΜΣ: στατιστικά μη σημαντικό *p=0.05-0.001 **p≤0.001			
OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης			

III. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΕΩΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ

Τα περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των παιδιών που μελετήθηκε διαχρονικά από τη γέννηση έως την ηλικία των 18 ετών παρατίθενται στο **παράρτημα Γ**.

Για την παρούσα μελέτη εξετάστηκαν στοιχεία από το ερωτηματολόγιο 2.032 παιδιών (902 αγόρια και κορίτσια 1130) για τα οποία υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες διαχρονικά από τη γέννηση, στα 7 και στα 18 έτη. Οι πληροφορίες/ερωτηματολόγια αντιπαραβλήθηκαν σύμφωνα με τους κωδικούς, με τα αντίστοιχα σε όλες τις φάσεις της μελέτης ώστε να επιβεβαιωθεί ότι ταιριάζουν ακριβώς, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες μεταβλητές: ημερομηνία γέννησης, φύλο, τόπος γέννησης και ο τόπος της μητέρας της κατοικίας πριν από τη γέννηση.

Παράγοντες από τα παιδιά για τα οποία είχαμε πληροφορίες διαχρονικά συγκρίθηκαν με τον υπόλοιπο πληθυσμό, δηλαδή παιδιά που δεν ανταποκρίθηκαν αργότερα, δεν επιβίωσαν, ή δεν κατέστη δυνατό να εντοπιστούν στις έρευνες παρακολούθησης (ομάδα σύγκρισης, N = 8906).

Τα παιδιά των δύο ομάδων, δηλαδή εκείνα για τα οποία είχαμε πληροφορίες διαχρονικά και εκείνα για τα οποία δεν είχαμε παρακολούθηση, ήταν εξίσου πιθανό να ζουν σε αστικές περιοχές (72% και 71.9%, Pearson's χ^2 $p=0.93$). Η ομάδα των παιδιών με πληροφορίες διαχρονικά ήταν πιο πιθανό να έχουν παντρεμένες μητέρες κατά τη γέννησή τους (99% έναντι 98%, $p=0.0001$) σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης, αλλά το σφάλμα που προκύπτει από αυτή τη διαφορά θεωρείται ότι είναι ελάχιστο λόγω του πολύ μικρού ποσοστού των άγαμων μητέρων κατά τη γέννηση του παιδιού και στις δύο ομάδες.

Οι μητέρες των παιδιών με πληροφορίες διαχρονικά ήταν ελαφρώς πιο μορφωμένες ($p=0.001$) και η κοινωνική τάξη (επάγγελμα) των πατέρων ήταν ελαφρώς υψηλότερη ($p=0.001$) αλλά όλα τα επίπεδα της εκπαίδευσης και οι κοινωνικές τάξεις αντιπροσωπεύονται επαρκώς.

Όπως και σε πολλές μελέτες, έτσι και στην παρούσα μελέτη τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη αντιπροσώπευση (54% έναντι 46% στην ομάδα σύγκρισης). Δεδομένου όμως ότι τα περισσότερα από τα αποτελέσματα μελετήθηκαν χωριστά για τα αγόρια

και τα κορίτσια, η διαφορά αυτή δεν είναι πιθανό να δημιουργήσει οποιαδήποτε σφάλμα κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ως εκ τούτου, μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση που να προκαλεί κάποιο σημαντικό σφάλμα στα αποτελέσματα.

Για τη διερεύνηση των σχέσεων της συνολικής κλίμακας του Rutter A2 στα 7 χρόνια και των υποκλιμάκων προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς με τη συνολική κλίμακα του YSR και τις αντίστοιχες υποκλίμακες στα 18 χρόνια, πραγματοποιήθηκε δοκιμασία συσχέτισης κατά Spearman κατά ζεύγη όπως φαίνεται στους πίνακες 4.6, 4.7, 4.8. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι :

- Τα προβλήματα συναισθήματος στα 7 χρόνια συσχετίζονται άμεσα με εσωτερικευόμενα προβλήματα σε ηλικία 18 χρόνων.
- Τα προβλήματα διαγωγής σε ηλικία 7 ετών συσχετίζεται σαφώς με εξωτερικευόμενα προβλήματα στα 18 χρόνια, ενώ παρουσιάζουν ασθενέστερη συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας YSR στα 18 χρόνια.
- Τέλος, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας Rutter A2 στα 7 χρόνια συσχετίζονται άμεσα με τη συνολική βαθμολογία του YSR και με εξωτερικευόμενα προβλήματα στην ηλικία των 18 χρόνων.

Πίνακας 4.6 Συσχέτιση της βαθμολογίας της κλίμακας και των υποκλιμάκων του Rutter στα 7 χρόνια με τις βαθμολογίες της κλίμακας και των υποκλιμάκων του Achenbach για τα 18 χρόνια στο σύνολο του πληθυσμού

18έτη \ 7έτη	Προβλήματα συναισθήματος	Προβλήματα διαγωγής	Συνολικά προβλήματα
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	0.077**	-0.029	0.024
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	-0.003	0.116**	0.104**
Συνολικά προβλήματα	0.048	0.060*	0.083**

Πίνακας 4.7 Συσχέτιση της βαθμολογίας της κλίμακας και των υποκλιμάκων του Rutter στα 7 χρόνια με τις βαθμολογίες της κλίμακας και των υποκλιμάκων του Achenbach για τα 18 χρόνια στον πληθυσμό των αγοριών

18έτη \ 7έτη	Προβλήματα συναισθήματος	Προβλήματα διαγωγής	Συνολικά προβλήματα
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	0.046	0.027	0.061
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	-0.027	0.084*	0.070*
Συνολικά προβλήματα	0.016	0.070	0.082*

Πίνακας 4.8 Συσχέτιση της βαθμολογίας της κλίμακας και των υποκλιμάκων του Rutter στα 7 χρόνια με τις βαθμολογίες της κλίμακας και των υποκλιμάκων του Achenbach για τα 18 χρόνια στον πληθυσμό των κοριτσιών

18έτη \ 7έτη	Προβλήματα συναισθήματος	Προβλήματα διαγωγής	Συνολικά προβλήματα
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	0.067*	0.004	0.051
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	0.027	0.127**	0.118**
Συνολικά προβλήματα	0.058	0.086*	0.108**

*p= 0.05-0.001 **p≤0.001

Μονοπαραγοντική ανάλυση

Για την διερεύνηση της συσχέτισης των παραγόντων από τη γέννηση και την ηλικία των 7 ετών με τη συνολική κλίμακα του Achenbach και τις υποκλίμακες εσωτερικευόμενων και εξωτερικευόμενων προβλημάτων πραγματοποιήθηκαν επί μέρους μονοπαραγοντικές αναλύσεις με γραμμική παλινδρόμηση. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον **πίνακα 4.9**

Πίνακας 4.9. Μονοπαραγοντική ανάλυση για την διερεύνηση της σχέσης παραγόντων από την ηλικία των 7 ετών και από τη γέννηση με την κλίμακα και τις υποκλίμακες του YSR του Achenbach για τους εφήβους στα 18 χρόνια

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Συνολικά προβλήματα B (SE)
<u>Παράγοντες από τα 7</u>			
Φύλο			
Κορίτσια vs αγόρια	5.63(0.42)**	-1.29(0.39)**	4.72(0.99)**
Δομή οικογένειας			
Μονογονεϊκή vs διγονεϊκή	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αδέλφια			
	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Εκπαίδευση γονέων			
Ανώτερη vs κατώτερη	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού			
Απόν vs παρόν	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Σωματική τιμωρία			
Συχνά vs ποτέ	ΣΜΣ	1.14(0.32)**	ΣΜΣ
Ενδιαφέρον γονέων			
Ελλιπές vs υπερβολικό	1.47(0.58)*	ΣΜΣ	2.52(1.25)*
Αριθμός παπουτσιών			
	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αριθμός ατυχημάτων			
	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Παράγοντες από τη γέννηση</u>			
Είδος τοκετού			
ΚΤ vs ΦΤ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Στρες μητέρας στον τοκετό			
Παρόν vs απόν	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Στρες εμβρύου στον τοκετό			
Παρόν vs απόν	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ

ΣΜΣ: στατιστικά μη σημαντικό *p=0.05-0.01 **p≤0.001

Πολυπαραγοντική ανάλυση

Οι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p \leq 0.05$) με τουλάχιστον μία από τις εξαρτημένες μεταβλητές, καθώς και παράγοντες που στη βιβλιογραφία έχουν σχετισθεί συμμετείχαν σε πολυπαραγοντική ανάλυση. Για να διευκρινισθεί η τάση των παραγόντων αυτών να αυξάνουν την βαθμολογία της κλίμακας άρα και την εμφάνιση προβλημάτων συμπεριφοράς στην εφηβεία χρησιμοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση. Η ανάλυση έγινε ξεχωριστά για αγόρια και κορίτσια, διότι στον πληθυσμό αυτό υπήρχε αυξημένη αντιπροσώπευση των κοριτσιών.

Πληθυσμός αγοριών

Στο πρώτο μοντέλο, ως ανεξάρτητες μεταβλητές της πολυπαραγοντικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν από τη γέννηση μόνο το είδος του τοκετού, επειδή υπάρχουν ανάλογα στοιχεία από τη βιβλιογραφία. Στον πληθυσμό μας δεν βρέθηκε σχέση στατιστικά σημαντική με την βαθμολογία του YSR. Από την παιδική ηλικία φαίνεται ότι όσο συχνότερα υφίστανται τα παιδιά σωματική τιμωρία, τόσο περισσότερα εξωτερικευόμενα προβλήματα δηλώνουν ότι έχουν. Αντίθετα, η εκπαίδευση των γονέων, το ενδιαφέρον που δείχνουν για την πρόοδο του παιδιού και ο αριθμός των ατυχημάτων που έχουν δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα προβλήματα των αγοριών στην εφηβεία. Από την εφηβική ηλικία, φαίνεται ότι όσο περισσότερο ενδιαφέρον επιδεικνύουν οι γονείς για τις δραστηριότητες των παιδιών τους, τόσο μειώνεται η τάση για προβλήματα συναισθήματος, διαγωγής και συνολικά προβλήματα. Επίσης όσο περισσότερο στρες αναφέρουν οι μητέρες ότι έχουν, τόσο περισσότερα προβλήματα συναισθήματος και συνολικά προβλήματα αναφέρουν οι έφηβοι.

Για το δεύτερο μοντέλο της ανάλυσης, προστέθηκαν στο προηγούμενο ως ανεξάρτητες μεταβλητές η συνολική κλίμακα του Rutter και οι υποκλίμακες προβλημάτων διαγωγής και συναισθήματος. Σκοπός ήταν να ελεγχθεί αφ' ενός εάν η παρουσία προβλημάτων στην παιδική ηλικία συσχετίζεται με αντίστοιχα προβλήματα

στην εφηβεία, δηλαδή κατά πόσον παρατηρείται συνέχιση αυτών. Επίσης ελέγχθηκε εάν η παρουσία τους λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας, έτσι ώστε μεταβλητές οι οποίες φαίνονται στατιστικά σημαντικές στο πρώτο μοντέλο, τελικά προκύπτει ότι για τη σχέση αυτή διαμεσολαβούν τα προβλήματα συμπεριφοράς που συνυπάρχουν.

Στην περίπτωση των αγοριών φαίνεται ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση των αποκλίσεων συμπεριφοράς και συναισθήματος στην παιδική ηλικία με αντίστοιχα προβλήματα στην εφηβεία. Ωστόσο, η σωματική τιμωρία, το στρες της μητέρας και το ενδιαφέρον των γονέων για τις δραστηριότητες του παιδιού εξακολουθούν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά, λειτουργώντας ακριβώς προς την ίδια κατεύθυνση όπως στο 1^ο μοντέλο

Πίνακας 4.10 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για την εκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων στα 18 χρόνια στα αγόρια. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται παράγοντες από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 χρόνια. Στο μοντέλο αυτό δεν χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Rutter.

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Συνολικά προβλήματα B (SE)
<u>Από τη γέννηση</u>			
<i>Είδος τοκετού</i>			
ΚΤ vs ΦΤ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 7 έτη</u>			
Εκπαίδευση γονέων	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Ανώτερη vs κατώτερη			
Σωματική τιμωρία			
Συχνά vs ποτέ	ΣΜΣ	1.25(0.59)*	ΣΜΣ
<i>Ενδιαφέρον γονέων για την πρόοδο παιδιού</i>			
Ελλιπές vs υπερβολικό	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αριθμός ατυχημάτων	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 18 έτη</u>			
<i>Ενδιαφέρον γονέων για τις δραστηριότητες εφήβου</i>			
Ελλιπές vs παρόν	4.29(0.91)**	3.33(0.95)**	10.08(2.20)**
Στρες μητέρας			
Πολύ vs καθόλου	1.91(0.72)*	ΣΜΣ	4.12(1.73)*
Στρες πατέρα			
Πολύ vs καθόλου	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ

Πίνακας 4.11 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για την εκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων στα 18 χρόνια στα αγόρια. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται παράγοντες από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 χρόνια, καθώς και η κλίμακα και οι υποκλίμακες του Rutter

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Συνολικά προβλήματα B (SE)
<u>Από τη γέννηση</u>			
<u>Είδος τοκετού</u>			
ΚΤ vs ΦΤ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 7 έτη</u>			
<u>Εκπαίδευση μητέρας</u>			
Ανώτερη vs κατώτερη	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Σωματική τιμωρία</u>			
Συχνά vs ποτέ	ΣΜΣ	1.12(0.56)*	ΣΜΣ
<u>Ενδιαφέρον γονέων για την πρόοδο παιδιού</u>			
Ελλιπές vs υπερβολικό	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Αριθμός ατυχημάτων</u>			
	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 18 έτη</u>			
<u>Ενδιαφέρον για δραστηριότητες εφήβου</u>			
Ελλιπές vs παρόν	4.01(0.86)**	3.09(0.86)**	10.10(2.20)**
<u>Στρες μητέρας</u>			
Πολύ vs καθόλου	1.93(0.65)*	ΣΜΣ	4.18(1.74)*
<u>Στρες πατέρα</u>			
Πολύ vs καθόλου	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Προβλήματα συναισθήματος</u>			
Παρουσία vs απουσία	ΣΜΣ		
<u>Προβλήματα συμπεριφοράς</u>			
Παρουσία vs απουσία		ΣΜΣ	
<u>Συνολικά προβλήματα</u>			
Παρουσία vs απουσία			ΣΜΣ

Πληθυσμός κοριτσιών

Στο πρώτο μοντέλο, ως ανεξάρτητες μεταβλητές της πολυπαραγοντικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν από τη γέννηση μόνο το είδος του τοκετού το οποίο δεν επηρεάζει τις βαθμολογίες των προβλημάτων συμπεριφοράς της εφήβου. Από την παιδική ηλικία φαίνεται ότι όσο λιγότερο ενδιαφέρον δείχνουν οι γονείς για την πρόοδο του παιδιού τόσο περισσότερα εσωτερικευόμενα προβλήματα δηλώνουν ότι έχουν οι έφηβοι. Αντίθετα, η εκπαίδευση των γονέων, και ο αριθμός των ατυχημάτων, και η σωματική τιμωρία δεν δείχνουν να επηρεάζουν τα προβλήματα των κοριτσιών στην εφηβεία. Από την εφηβική ηλικία, φαίνεται ότι όσο περισσότερο ενδιαφέρον επιδεικνύουν οι γονείς για τις δραστηριότητες των παιδιών τους, τόσο μειώνεται η τάση για προβλήματα συναισθήματος, διαγωγής και συνολικά προβλήματα. Επίσης, όσο περισσότερο στρες έχει ο πατέρας, τόσο περισσότερα προβλήματα διαγωγής και συνολικά προβλήματα αναφέρουν οι έφηβες.

Με την εφαρμογή του 2^{ου} μοντέλου και την εισαγωγή της συνολικής κλίμακας του Rutter και των υποκλιμάκων αυτή, έγινε σαφές ότι παρατηρείται συνέχιση αποκλίσεων συναισθήματος, διαγωγής και συνολικών προβλημάτων από την παιδική σε αντίστοιχα προβλήματα στην εφηβεία. Από την ηλικία των 7 ετών το ενδιαφέρον για την πρόοδο του παιδιού στο σχολείο έπαψε να είναι στατιστικά σημαντικό. Ωστόσο κατά την εφηβεία, η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για τις δραστηριότητες του παιδιού και το αυξημένο στρες του πατέρα εξακολουθούν να σχετίζονται με τάση για πιο υψηλές βαθμολογίες της κλίμακας του Achenbach.

Πίνακας 4.12 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για την εκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων στα 18 χρόνια στα κορίτσια. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται παράγοντες από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 χρόνια. Στο μοντέλο αυτό δεν χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Rutter

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Συνολικά προβλήματα B (SE)
<u>Από τη γέννηση</u>			
<i>Είδος τοκετού</i>			
ΚΤ vs ΦΤ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 7 έτη</u>			
<i>Εκπαίδευση μητέρας</i>			
Ανώτερη vs κατώτερη	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<i>Σωματική τιμωρία</i>			
Συχνά vs ποτέ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<i>Ενδιαφέρον γονέων για την πρόοδο παιδιού</i>			
Ελλιπές vs υπερβολικό	2.26(1.09)*	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<i>Αριθμός ατυχημάτων</i>	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 18 έτη</u>			
<i>Ενδιαφέρον για δραστηριότητες εφήβου</i>			
Ελλιπές vs παρόν	6.05(1.16)**	3.78(0.83)**	12.38(2.37)**
<i>Στρες μητέρας</i>			
Πολύ vs καθόλου	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<i>Στρες πατέρα</i>			
Πολύ vs καθόλου	ΣΜΣ	1.22(0.50)*	2.83(1.42)*

Πίνακας 4.13 Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση για την εκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων στα 18 χρόνια στα κορίτσια. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται παράγοντες από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 χρόνια, καθώς και η κλίμακα και οι υποκλίμακες του Rutter.

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα B (SE)	Συνολικά προβλήματα B (SE)
<u>Από τη γέννηση</u>			
<u>Είδος τοκετού</u>			
KT vs ΦΤ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 7 έτη</u>			
Εκπαίδευση γονέων			
Ανώτερη vs κατώτερη	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Σωματική τιμωρία			
Συχνά vs ποτέ	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Ενδιαφέρον γονέων για την πρόοδο παιδιού			
Ελλιπές vs υπερβολικό	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αριθμός ατυχημάτων			
	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
<u>Από τα 18 έτη</u>			
Ενδιαφέρον για δραστηριότητες εφήβου			
Ελλιπές vs παρόν	5.19(1.07)**	3.55(0.76)**	12.37(2.36)**
Στρες μητέρας			
Πολύ vs καθόλου	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Στρες πατέρα			
Πολύ vs καθόλου	ΣΜΣ	1.09(0.46)*	2.85(1.42)*
Προβλήματα συναισθήματος			
Παρουσία vs απουσία	2.96(1.48)*		
Προβλήματα συμπεριφοράς			
Παρουσία vs απουσία		3.31(0.87)**	
Συνολικά προβλήματα			
Παρουσία vs απουσία			7.04(2.77)*

IV. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Τα περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των παιδιών στην ηλικία των 18 ετών παρατίθενται στο **παράρτημα Β**.

Στον **πίνακα 4.14** παρουσιάζονται η μέση τιμή, η σταθερή απόκλιση και ο συντελεστής του Spearman από τη συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας Achenbach του ερωτηματολογίου των γονέων (CBCL) και των εφήβων (YSR). Όπως φαίνεται, οι βαθμολογίες των παιδιών είναι υψηλότερες από εκείνες των γονέων στις υποκλίμακες και την ολική κλίμακα του Achenbach, δηλαδή συνολικά οι έφηβοι δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα προβλήματα από αυτά που δηλώνουν οι γονείς τους. Ωστόσο οι συσχετίσεις που παρατηρούνται μεταξύ τους δεν είναι πολύ χαμηλές, μάλλον μέτριες.

Πίνακας 4.14. Βαθμολογία εφήβων (YSR) και γονέων (CBCL) στις υποκλίμακες και την ολική κλίμακα του Achenbach και συσχετίσεις μεταξύ τους.

Προβλήματα	Βαθμολογία Achenbach M (SD)		(r)
	YSR	CBCL	
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	14.59 (9.17)	8.86 (7.79)	0.547
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	14.08 (7.76)	8.36 (7.64)	0.509
Συνολικά προβλήματα	38.16 (19.95)	21.18 (17.88)	0.499

$p < 0.001$

M: μέση τιμή, SD: σταθερή απόκλιση

r: συντελεστής συσχέτισης κατά Spearman

Ακολούθως δημιουργήθηκε η μεταβλητή της απόκλισης των βαθμολογιών γονέων και εφήβων σχετικά με την ψυχική υγεία των εφήβων, με την αφαίρεση της βαθμολογίας της κλίμακας CBCL από εκείνη του YSR (YSR-CBCL). Στον **πίνακα 4.15** παρουσιάζεται ως συνεχές μέγεθος η διαφορά αυτή για τις υποκλίμακες και την ολική κλίμακα του Achenbach. Παρατίθενται η μέση τιμή, η σταθερή απόκλιση, η μέγιστη και ελάχιστη τιμή τους.

Πίνακας 4.15. Διαφορά βαθμολογίας εφήβων γονέων YSR-CBCL.

Βαθμολογία/Προβλήματα	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	5.57	7.82	-22	+42
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	5.63	7.10	-27	+41
Συνολικά	16.21	18.03	-78	+100

Στη συνέχεια, όπως φαίνεται στον **πίνακα 4.16** οι βαθμολογίες ομαδοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: εκείνη στην οποία οι απαντήσεις συμφωνούν (YSR=CBCL), εκείνη στην οποία οι γονείς αναφέρουν χαμηλότερες βαθμολογίες από τα παιδιά (YSR>CBCL) και εκείνη στην οποία οι γονείς αναφέρουν υψηλότερες βαθμολογίες (YSR<CBCL).

Το ποσοστό των γονέων που δηλώνουν περισσότερα προβλήματα για τα παιδιά τους είναι μάλλον μικρό. Αξίζει να αναφερθεί ωστόσο ότι σε 12.6% του πληθυσμού οι γονείς είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι για τα εσωτερικευόμενα προβλήματα, δηλαδή το άγχος, την κατάθλιψη, τα σωματοποιημένα ενοχλήματα και την απόσυρση ως σύνολο. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας (18.6%) παρατηρείται για τα εξωτερικευόμενα προβλήματα **πίνακας 4.16**.

Για την εύκολη και κατανοητή παρουσίαση των αποτελεσμάτων, εφ' εξής η βαθμολογία της κλίμακας του Achenbach σχετικά με την ψυχική υγεία των εφήβων θα αναφέρεται ως YSR όταν συμπληρώνεται από τους εφήβους και CBCL όταν

συμπληρώνεται από τους γονείς τους. Η μεταξύ τους διαφορά θα υποδεικνύεται από τους συμβολισμούς:

- YSR > CBCL όταν οι βαθμολογίες των γονέων είναι χαμηλότερες από αυτές των εφήβων, σχετικά με τις αποκλίσεις ψυχικής υγείας των εφήβων
- YSR < CBCL όταν οι βαθμολογίες των γονέων είναι υψηλότερες από αυτές των εφήβων, σχετικά με τις αποκλίσεις ψυχικής υγείας των εφήβων
- YSR = CBCL για την ταύτιση απόψεων γονέων και εφήβων, σχετικά με τις αποκλίσεις ψυχικής υγείας των εφήβων.

Πίνακας 4.16 Ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας γονέων και εφήβων για τις υποκλίμακες και την ολική κλίμακα κατά Achenbach.

	YSR>CBCL	YSR=CBCL	YSR<CBCL
	N (%)	N (%)	N (%)
Εσωτερικευόμενα προβλήματα	1554 (67.5)	458 (9.9)	291 (12.6)
Εξωτερικευόμενα προβλήματα	1802 (70.7)	473 (18.6)	274 (10.7)
Συνολικά προβλήματα	1493 (79.2)	208 (11.0)	185 (9.8)

Μονοπαραγοντική ανάλυση

Για την εκτίμηση της συσχέτισης των χαρακτηριστικών των γονέων και της οικογένειας με την συμφωνία (YSR=CBCL), και τη διαφωνία (YSR>CBCL, YSR<CBCL) γονέων και εφήβων σχετικά με τα συμπτώματα των εφήβων χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο χ^2 . Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες 4.17, 4.18, 4.19.

Πίνακας 4.17 Μονοπαραγοντική ανάλυση (χ^2) για την υποκλίμακα εσωτερικευόμενων προβλημάτων του Achenbach

	N (%)			p
	YSR<CBCL	YSR>CBCL	YSR=CBCL	
Φύλο				
Αγόρια	147 (14.3%)	654 (63.7%)	226 (22.0%)	0.002
Κορίτσια	144 (11.3%)	900 (70.5%)	232 (18.2%)	
Πληροφοριοδότης				
Μητέρα	147 (14.3%)	677 (65.9%)	203 (19.8%)	0.139
Πατέρας	17 (11.0%)	116 (74.8%)	22 (14.2%)	
Και οι δύο	285 (12.7%)	1422 (65.9%)	204 (21.4%)	
Δομή οικογένειας				
Μονογονεϊκή	30 (12.9%)	161 (69.1%)	42 (18.0%)	0.711
Διγονεϊκή	245 (13.3%)	1230 (66.6%)	372 (20.1%)	
Εργασία μητέρας				
Εργαζόμενη	154 (12.8%)	807 (67.0%)	243 (20.2%)	0.576
Μη εργαζόμενη	136 (14.3%)	623 (65.7%)	189 (19.9%)	
Εκπαίδευση πατέρα				
Πρωτοβάθμια	94 (13.7%)	463 (67.3%)	131 (19.0%)	0.903
Δευτεροβάθμια	108 (12.7%)	571 (67.5%)	168 (19.8%)	
Τριτοβάθμια	89 (11.6%)	520 (67.7%)	159 (20.7%)	
Εκπαίδευση μητέρας				
≤6 έτη	102 (13.7%)	513 (68.8%)	131 (17.6%)	0.388
7-9 έτη	38 (13.1%)	234 (67.4%)	77 (19.6%)	
10-12 έτη	83 (13.1%)	427 (67.4%)	124 (19.6%)	
>12 έτη	68 (11.8%)	380 (66.2%)	126 (22.0%)	
Γονεϊκή επιτήρηση				
Ελλιπής	95 (14.1%)	461 (68.5%)	117 (17.4%)	0.094
Παρούσα	196 (12.1%)	1090 (67.0%)	340 (20.9%)	

Πίνακας 4.18. Μονοπαραγοντική ανάλυση (χ^2) για την υποκλίμακα εξωτερικευόμενων προβλημάτων του Achenbach

	N (%)			p
	YSR<CBCL	YSR>CBCL	YSR=CBCL	
Φύλο				
Αγόρια	126 (11.0%)	824 (71.8%)	198 (17.2%)	0.305
Κορίτσια	148 (10.6%)	978 (69.8%)	275 (19.6%)	
Πληροφοριοδότης				
Μητέρα	129 (11.1%)	819 (70.4%)	215 (18.5%)	0.570
Πατέρας	17 (10.1%)	126 (74.6%)	26 (15.4%)	
Και οι δύο	122 (11.9%)	704 (68.5%)	202 (19.6%)	
Δομή οικογένειας				
Μονογονεϊκή	40 (11.0%)	176 (70.1%)	43 (18.9%)	0.097
Διγονεϊκή	228 (15.4%)	1447 (68.0%)	390 (16.6%)	
Εργασία μητέρας				
Εργαζόμενη	142 (10.4%)	994 (72.8%)	230 (16.8%)	0.001
Μη εργαζόμενη	129 (12.6%)	671 (65.8%)	220 (21.6%)	
Εκπαίδευση πατέρα				
Πρωτοβάθμια	96 (13.1%)	488 (66.8%)	147 (20.1%)	0.007
Δευτεροβάθμια	106 (11.4%)	643 (69.4%)	178 (19.2%)	
Τριτοβάθμια	72 (8.1%)	671 (75.3%)	148 (16.6%)	
Εκπαίδευση μητέρας				
Πρωτοβάθμια	96 (12.2%)	532 (67.4%)	161 (20.4%)	0.009
Δευτεροβάθμια	120 (11%)	765 (70.3%)	204 (18.7%)	
Τριτοβάθμια	58 (8.6%)	505 (75.3%)	108 (16.1%)	
Γονεϊκή επιτήρηση				
Ελλιπής	94 (12.2%)	562 (72.9%)	115 (14.9%)	0.005
Παρούσα	180 (10.1%)	1239 (69.8%)	356 (20.1%)	

Πίνακας 4.19. Μονοπαραγοντική ανάλυση (χ^2) για τη συνολική κλίμακα του Achenbach.

	N (%)			p
	YSR<CBCL	YSR>CBCL	YSR=CBCL	
Φύλο				
Αγόρια	98 (10.4%)	661 (77.1%)	107 (12.5%)	0.112
Κορίτσια	96 (9.3%)	832 (80.9%)	101 (9.8%)	
Πληροφοριοδότης				
Μητέρα	87 (10.4%)	660 (79.2%)	86 (10.3%)	0.783
Πατέρας	14 (11.0%)	103 (81.1%)	10 (7.9%)	
Και οι δύο	81 (10.5%)	603 (78.0%)	89 (11.5%)	
Δομή οικογένειας				
Μονογονεϊκή	27 (14.1%)	148 (77.5%)	170 (8.4%)	0.103
Διγονεϊκή	147 (9.7%)	1194 (79.0%)	170 (11.3%)	
Εργασία μητέρας				
Εργαζόμενη	96 (9.9%)	781 (80.9%)	88 (9.1%)	0.025
Μη εργαζόμενη	88 (11.2%)	595 (76.0%)	100 (12.8%)	
Εκπαίδευση πατέρα				
Πρωτοβάθμια	62 (11.0%)	430 (76.5%)	70 (12.5%)	0.292
Δευτεροβάθμια	72 (11.2%)	505 (78.4%)	67 (10.4%)	
Τριτοβάθμια	51 (7.8%)	528 (81.2%)	71 (10.9%)	
Εκπαίδευση μητέρας				
Πρωτοβάθμια	68 (11.1%)	472 (77.3%)	71 (11.6%)	0.572
Δευτεροβάθμια	77 (9.7%)	623 (78.8%)	90 (11.5%)	
Τριτοβάθμια	40 (8.2%)	398 (82.1%)	47 (9.7%)	
Γονεϊκή επιτήρηση				
Ελλιπής	59 (10.5%)	446 (79.6%)	55 (9.8%)	0.250
Παρούσα	126 (9.5%)	1045 (79.0%)	152 (11.5%)	

Πολυπαραγοντική ανάλυση

Η αναζήτηση της συσχέτισης διαφόρων χαρακτηριστικών των γονέων με την απόκλιση των βαθμολογιών YSR και CBCL έγινε με την μέθοδο πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης. Οι δύο τύποι απόκλισης, δηλαδή οι υψηλότερες βαθμολογίες των γονέων ($YSR < CBCL$) και οι υψηλότερες βαθμολογίες των εφήβων ($YSR > CBCL$), συγκρίθηκαν διαδοχικά με την ομάδα της ταύτισης των αναφορών γονέων και εφήβων ($YSR = CBCL$). Οι ανωτέρω κατηγορίες αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν: το φύλο του παιδιού, η ηλικία της μητέρας, ο αριθμός των αδελφών, η δομή της οικογένειας, η εκπαίδευση των γονέων, η επαγγελματική κατάσταση της μητέρας, η εποπτεία των δραστηριοτήτων του παιδιού από τους γονείς, ο γονέας που απάντησε το ερωτηματολόγιο.

Ο **πίνακας 4.20** αναφέρεται στα ευρήματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης για την ομάδα $YSR > CBCL$, με ομάδα αναφοράς $YSR = CBCL$ για τις υποκλίμακες και ολική κλίμακα του Achenbach. Βρέθηκε ότι οι γονείς έχουν σαφώς μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν λιγότερα προβλήματα συναισθήματος, δηλ. απόσυρση, σωματοποιημένα ενοχλήματα, άγχος και κατάθλιψη, στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια.

Εργαζόμενες μητέρες εκτός σπιτιού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βαθμολογούν χαμηλότερα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά τους, σε σχέση με τις μητέρες που παραμένουν στο σπίτι.

Η μητέρα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση παρουσιάζει μικρότερη πιθανότητα να αναφέρει λιγότερα εξωτερικευόμενα προβλήματα του εφήβου συγκριτικά με εκείνη με τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Τέλος βρέθηκε ότι όταν η επιτήρηση των εφήβων είναι ελλιπής οι γονείς βαθμολογούν σημαντικά χαμηλότερα τα εσωτερικευόμενα, εξωτερικευόμενα και συνολικά προβλήματα στα παιδιά τους.

Η διαφορά μεταξύ γονέων και εφήβων στην αναφορά προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων δεν βρέθηκε να επηρεάζεται από την ηλικία της μητέρας ούτε από τον αριθμό παιδιών στο σπίτι.

Πίνακας 4.20 . Χαρακτηριστικά των γονέων και της οικογένειας που συσχετίζονται με το “χάσμα των γενεών” για τα προβλήματα συναισθήματος, συμπεριφοράς και συνολικά προβλήματα των εφήβων.

Ομάδα ελέγχου: YSR > CBCL Ομάδα αναφοράς: YSR = CBCL

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95%CI)
Φύλο			
Αγόρια	0.79 (0.62-0.99)*	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Κορίτσια	Ομάδα αναφοράς		
Πληροφοριοδότης			
Μητέρα	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Πατέρας	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Και οι δύο	Ομάδα αναφοράς		
Δομή οικογενειας			
Μονογονεϊκή	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Διγονεϊκή	Ομάδα αναφοράς		
Εργασία μητέρας			
Εργαζόμενη	ΣΜΣ	1.29 (1.02-1.63)*	NS
Μη εργαζόμενη	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση πατέρα			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση μητέρας			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	0.66 (0.44-0.99)*	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Γονεϊκή επιτήρηση			
Ελλιπής	1.36 (1.04-1.78)*	1.53 (1.18-1.99)**	1.44 (1.00-2.10)*
Παρούσα	Ομάδα αναφοράς		
Ηλικία μητέρας	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αριθμός αδελφών	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ

*p=0.05-0.001 **p<0.001

OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης

Ο πίνακας 4.21 αναφέρεται στα ευρήματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης για την ομάδα $YSR < CBCL$, με ομάδα αναφοράς $YSR = CBCL$ για τις υποκλίμακες και ολική κλίμακα του Achenbach. Φαίνεται ότι:

Σε μονογονεϊκές οικογένειες, ο γονέας είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος για τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού του.

Ο πατέρας με χαμηλή εκπαίδευση δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού του.

Βασικός παράγοντας για την υψηλότερη βαθμολογία των προβλημάτων των παιδιών από τους γονείς είναι η ελλιπής γονεϊκή επιτήρηση. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει αυξημένη η πιθανότητα οι γονείς να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα των υποκλιμάκων και της ολικής κλίμακας του Achenbach.

Πίνακας 4.21. Χαρακτηριστικά των γονέων και της οικογένειας που συσχετίζονται με το “χάσμα των γενεών” για τα προβλήματα συναισθήματος, συμπεριφοράς και τα συνολικά προβλήματα των εφήβων.

Ομάδα ελέγχου: YSR < CBCL **Ομάδα αναφοράς:** YSR = CBCL

	Εσωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Εξωτερικευόμενα προβλήματα OR (95%CI)	Συνολικά προβλήματα OR (95%CI)
Φύλο			
Αγόρια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Κορίτσια	Ομάδα αναφοράς		
Πληροφοριοδότης			
Μητέρα	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Πατέρας	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Και οι δύο	Ομάδα αναφοράς		
Δομή οικογένειας			
Μονογονεϊκή	ΣΜΣ	1.71 (1.88-2.86)*	2.04 (1.00-4.15)*
Διγονεϊκή	Ομάδα αναφοράς		
Εργασία μητέρας			
Εργαζόμενη	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Μη εργαζόμενη	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση πατέρα			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	1.83 (1.09-3.07)*	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Εκπαίδευση μητέρας			
Πρωτοβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Δευτεροβάθμια	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Τριτοβάθμια	Ομάδα αναφοράς		
Γονεϊκή επιτήρηση			
Ελλιπής	1.54 (1.07-2.20)*	1.71 (1.20-2.45)*	1.63 (1.00-2.66)*
Παρούσα	Ομάδα αναφοράς		
Ηλικία μητέρας	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ
Αριθμός αδελφών	ΣΜΣ	ΣΜΣ	ΣΜΣ

*p= 0.05-0.001 **p<0.001

OR: σχετικός κίνδυνος, CI: διάστημα εμπιστοσύνης

5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μέχρι σήμερα, έχουν γίνει αρκετές αξιολογες προσπάθειες προσέγγισης των αποκλίσεων της ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία στην Ελλάδα, που έχουν συμβάλει σημαντικά στη διαμόρφωση μιας γενικής εικόνας. Ωστόσο, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί είναι συγχρονικές (Giannakopoulos, Tzavara, et al. 2010, Giannakopoulos, Dimitrakaki, et al. 2009) και από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας δεν βρέθηκε άλλη Ελληνική μελέτη σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα με παρακολούθηση του πληθυσμού από τη γέννηση των παιδιών έως την όψιμη εφηβεία. Από τις συγχρονικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί άλλες έχουν γίνει σε γενικό πληθυσμό και άλλες σε κλινικό (Giannakopoulos, Mihas, et al. 2009, Diareme, et al. 2006). Ο πληθυσμός τους είναι μικρότερος σε σχέση με την παρούσα μελέτη ή ετερόκλητος από πλευράς ηλικίας ή γεωγραφικής κατανομής (Lazaratou, et al. 2013). Επομένως, τα συμπεράσματα ως προς τους δυνητικούς παράγοντες κινδύνου για διαταραχές συμπεριφοράς εμπίπτουν σε περιορισμούς και πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή. Η παρούσα μελέτη επιδιώκει να ελαχιστοποιήσει τους περισσότερους από αυτούς τους περιορισμούς, δίνοντας μια πιο ξεκάθαρη εικόνα των προβλημάτων συμπεριφοράς των παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα καθώς και της εξέλιξής τους. Ο μεγάλος αριθμός παρατηρήσεων και το πλήθος των παραγόντων που μελετήθηκαν διαχρονικά εγγυώνται την αξιοπιστία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης.

Η επιδημιολογική αυτή μελέτη πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη συγχρονική διερεύνηση των διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος των παιδιών στα 7 έτη και εφήβων στα 18 έτη και τους συσχετιζόμενους παράγοντες από τη γέννηση έως τα 18 έτη. Τα αποτελέσματα αφορούν στο σύνολο του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού της Ελλάδας, αφού τόσο το αρχικό δείγμα της περιγεννητικής έρευνας, όσο και οι υποπληθυσμοί στις ηλικίες 7 και 18 ετών ήταν πανελλήνιοι, αντιπροσωπευτικοί και στατιστικά επαρκείς. Επίσης, κατέστη δυνατό να αναδειχθούν και οι διαχρονικές μεταβολές στην πορεία και εξέλιξη των διαταραχών αυτών από τα 7 στα 18 έτη, κατά τη μετάβαση των παιδιών από την παιδική στην εφηβική ηλικία και να διερευνηθούν συσχετιζόμενοι παράγοντες. Με αυτή τη σειρά σχολιάζονται τα ευρήματα, με τελική

κατάληξη την εξέταση των διαφορών αντίληψης και αναφοράς μεταξύ των ίδιων των εφήβων και των γονέων τους σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων, καθώς και η επίδραση χαρακτηριστικών των γονέων, της οικογένειας και των ίδιων.

Η μελέτη έγινε σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, ώστε να μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για τον Ελληνικό πληθυσμό. Οι φάσεις κατά τις οποίες μελετήθηκαν τα παιδιά (αμέσως μετά τη γέννηση, στα 7 χρόνια με την έναρξη του σχολείου και στα 18 χρόνια στο τέλος της σχολικής και έναρξη της ενήλικης ζωής), αποτελούν κρίσιμες περιόδους ανάπτυξης, δεδομένο που προσδίδει ακόμη μεγαλύτερη σημασία στα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Ο πληθυσμός θεωρείται ικανοποιητικός σε μέγεθος για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, ενώ η ηλικιακή ομοιομορφία των παιδιών και εφήβων που μελετήθηκαν διαχρονικά μεγιστοποιεί τη δυνατότητα να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα, απαλείφοντας συγχυτικούς παράγοντες που συνδέονται με την ωριμότητα του παιδιού ανά ηλικία. Επομένως, προβλήματα όπως διαταραχές διαγωγής, άγχος, κατάθλιψη και συμπεριφορές υψηλού κινδύνου μπορούν έγκαιρα να επισημανθούν ή εν δυνάμει να προληφθούν από τον παιδίατρο και να αντιμετωπισθούν με την παρέμβαση παιδοψυχιάτρων. Επιπλέον, με βάση αυτά τα στοιχεία για τον γενικό πληθυσμό της χώρας μας, μπορεί κανείς να συμβάλλει στην οικοδόμηση και ενίσχυση συμπεριφορών, κοινωνικών δεξιοτήτων, με σκοπό την πρόληψη αντίστοιχων προβλημάτων. (WHO 2015)

Από την παιδική ηλικία στην εφηβεία: συνέχιση των προβλημάτων συμπεριφοράς (ενότητες I,II,III)

Στο σύνολο του πληθυσμού βρέθηκε συσχέτιση των προβλημάτων συναισθήματος, διαγωγής και συνολικών προβλημάτων στην παιδική ηλικία, με αντίστοιχες διαταραχές στην εφηβεία, επιβεβαιώνοντας παρόμοια ευρήματα άλλων μελετών (Fergusson, Lynskey and Horwood 1996, Costello, Angold and Keeler 1999, Sourander and Helstelä 2005, Pihlakoski, et al. 2006, Κολαΐτης 2012). Πρόσφατη μελέτη αναφέρει ότι σε άλλους πληθυσμούς αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης με το χρόνο μειώνονται, η επόμενη μεγαλύτερη ομάδα είναι εκείνη που παρουσιάζει αυξανόμενη πορεία συμπτωμάτων και κίνδυνο για διάγνωση κατάθλιψης. Για τα κορίτσια δε η πιθανότητα είναι μεγαλύτερη. (Mezulis, et al. 2014).

Όταν οι συσχετίσεις πραγματοποιήθηκαν ανά φύλο βρέθηκε ότι για τα αγόρια η συσχέτιση ισχύει μόνο για τα προβλήματα διαγωγής και τα συνολικά, αλλά όχι για τις αποκλίσεις συναισθήματος. Όσον αφορά στα κορίτσια, παρατηρείται συσχέτιση της συνολικής κλίμακας προβλημάτων και των υποκλιμάκων αυτής. Άλλοι ερευνητές κατέληξαν ότι υπάρχει ομοιοτυπική συνέχιση και των αποκλίσεων συναισθήματος και στα δύο φύλα (Costello, Angold and Keeler 1999, Hofstra, Van der Ende and Verhulst 2000, Sourander and Helstelä 2005, Pihlakoski, et al. 2006). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι πολιτισμικές επιρροές επηρεάζουν την πολυπλοκότητα της συνέχειας των διαταραχών συναισθήματος και συμπεριφοράς. Αυτό όμως μπορεί να διασαφηνιστεί μόνο μέσω διακρατικών συγκρίσεων. Εξάλλου η μελέτη μη αντιπροσωπευτικών δειγμάτων, οι διαφορές στις ηλικιακές ομάδες των νέων και άλλες μεθοδολογικές διαφορές μπορούν να ευθύνονται για αυτές τις διακυμάνσεις. Επιπλέον, κοινές γενετικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις μπορεί να οδηγήσουν στη σταθερότητα της συμπεριφοράς του παιδιού με την πάροδο του χρόνου, ενώ είναι επίσης πιθανό ότι μία διαταραγμένη συμπεριφορά στην παιδική ηλικία να αποτελεί ένδειξη για την παρουσία στρεσογόνων παραγόντων στο περιβάλλον του εφήβου, όπως η απόρριψη από τους συνομηλίκους. Δηλαδή, σε ένα βαθμό, διαταραχές στην παιδική ηλικία μπορεί να μην αποτελούν μόνο την άμεση αιτία απώτερων ομοιοτυπικών διαταραχών, αλλά να

συμβάλλουν στην δημιουργία περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι και αυτοί ευθύνονται για την ενίσχυση της διαταραχής στην εφηβεία (Fergusson, Horwood, et al. 2005).

ΦΥΛΟ

Στην παρούσα εργασία, το φύλο αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην απόκλιση της συμπεριφοράς στην παιδική και εφηβική ηλικία. Συγκεκριμένα για την ηλικία των 7 ετών, βρέθηκε ότι το θήλυ φύλο σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων συναισθήματος και με μικρότερη πιθανότητα προβλημάτων διαγωγής και συνολικών αποκλίσεων στη συμπεριφορά. Όμως, τα ευρήματα για την εφηβική ηλικία ήταν λίγο διαφορετικά. Τα κορίτσια είχαν και σε αυτήν την ηλικία μεγαλύτερη πιθανότητα για εσωτερικευόμενα προβλήματα, αλλά και για συνολικά προβλήματα, σε αντίθεση με την παιδική ηλικία. Όσον αφορά στα εξωτερικευόμενα προβλήματα δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με το φύλο.

Αξίζει να υπογραμμιστεί η διαφορά που διαπιστώθηκε ανά φύλο σχετικά με την εξέλιξη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Στα αγόρια, οποιοδήποτε είδους αποκλίσεις στην παιδική ηλικία δε συσχετίστηκαν με αποκλίσεις στην εφηβεία μετά την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Αντίθετα, για τα κορίτσια βρέθηκε ότι εάν παρουσίαζαν αποκλίσεις στην παιδική ηλικία, τόσο περισσότερα αντίστοιχα προβλήματα είχαν και στην εφηβεία, γεγονός το οποίο ισχύει για τις αποκλίσεις διαγωγής και συναισθήματος και για τα συνολικά προβλήματα στα 7 και 18 χρόνια. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα και με άλλες μελέτες. (Mezulis, et al. 2014, Patton, et al. 2014). Σε ορισμένες εργασίες μάλιστα με παρακολούθηση του πληθυσμού έως και την ενήλικη ζωή, εξακολουθεί να ισχύει αυτό το πρότυπο διαφοροποίησης στη συνέχιση συμπτωμάτων ανά φύλο. (Patton, et al. 2014) Ωστόσο ορισμένοι καταλήγουν ότι και τα αγόρια στην εφηβεία παρουσιάζουν περισσότερα εξωτερικευόμενα προβλήματα (Carvalho, DeMatos and SocialAdventureProjectTeam 2014)

ΔΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τα παιδιά που προέρχονται από μονογονεϊκή οικογένεια είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών διαγωγής στα 7 χρόνια και εσωτερικευόμενων προβλημάτων στα 18. Αντίστοιχα είναι και τα ευρήματα άλλων ερευνητών. Πιθανολογείται ότι η διαδικασία του χωρισμού και του διαζυγίου επηρεάζει τη φροντίδα του παιδιού οδηγώντας ακόμη και σε ακραίες καταστάσεις, όπως κακοποίηση και παραμέληση. Οι συγκρούσεις, ιδιαίτερα παρουσία των παιδιών, και οι εναλλαγές στα άτομα που τα φροντίζουν, ως συνέπειες του χωρισμού, συμβάλλουν σε αυτό. Επιπλέον ο γονέας ο οποίος έχει την επιμέλεια, αντιμετωπίζει περισσότερες δυσκολίες τόσο οικονομικές όσο και ουσιαστικές στην φροντίδα του, με αποτέλεσμα την έλλειψη αισθήματος ασφάλειας του παιδιού και κυρίως του εφήβου. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014) (Erdelja, et al. 2013, Burt, et al. 2008, Rasmussen, et al. 2014)

Ωστόσο, για κάθε παιδί, κανείς δεν μπορεί να προβλέψει με βεβαιότητα ότι κάποια συγκεκριμένη δομή οικογένειας θα είναι επιζήμια για την ανάπτυξη του. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι για κάθε μορφή οικογένειας υφίσταται ένα διαφορετικό σύνολο στρεσογόνων παραγόντων, προβλημάτων και κοινωνικών πιέσεων που αλληλεπιδρούν με τις συνθήκες, τα πρόσωπα, τους οικονομικούς και υλικούς πόρους κάθε οικογένειας ξεχωριστά και καταλήγουν σε διαφορετικά αποτελέσματα για το κάθε παιδί. Αυτά δεν τυποποιούνται και σε ένα βαθμό συμβάλλουν στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού. (AAP 2003)

ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στην μελέτη της συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός αδελφών στην οικογένεια τόσο μικρότερη ήταν η πιθανότητα εμφάνισης αποκλίσεων συναισθήματος. Πιθανόν τα αδέλφια να λειτουργούν ως προστατευτικό πλαίσιο για την εμφάνιση τέτοιων προβλημάτων. Στην εφηβεία, αν και στην μονοπαραγοντική ανάλυση φάνηκε ότι υπήρχε κάποια θετική σχέση με τις αποκλίσεις συμπεριφοράς, μετά την εφαρμογή πολυπαραγοντικής ανάλυσης δεν αποδείχθηκε ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Άλλες μελέτες ιδιαίτερα στην εφηβεία δείχνουν ότι

υπάρχει σχέση με την εμφάνιση παραβατικότητας στις μεγάλες οικογένειες, πιθανόν λόγω αδυναμίας των γονέων να εποπτεύουν κάθε παιδί ξεχωριστά (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014) (Caicedo, et al. 2010).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΕΩΝ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, διαπιστώθηκε ότι στην ηλικία των 7 ετών η μέση εκπαίδευση του πατέρα, συγκρινόμενη με την ανώτατη, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών διαγωγής στα παιδιά. Η εκπαίδευση της μητέρας δε φαίνεται να παίζει ρόλο. Επίσης η εκπαίδευση των γονέων δεν σχετίζεται με προβλήματα συμπεριφοράς στην εφηβεία, εύρημα που ερμηνεύεται από την τάση των παιδιών να ανεξαρτητοποιούνται και να διαφοροποιούνται από τους γονείς τους. Και σε άλλες μελέτες σε ελληνικό πληθυσμό, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, το είδος κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, δεν αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων (Giannakopoulos, Mihas, et al. 2009). Εξάλλου, φαίνεται ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο διαταραχών συμπεριφοράς στα παιδιά δεν περιορίζονται σε συμβατικά μέτρα της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, καθώς φαίνεται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός «ευάλωτων» παιδιών προέρχονται από την μεσαία τάξη (Cabaj, McDonald and Tough 2014).

ΥΓΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Από τα ευρήματά μας καταλήξαμε ότι όταν η μητέρα παρουσιάζει προβλήματα υγείας οι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αντιδράσουν με εξωτερικευόμενα προβλήματα. Και άλλες μελέτες στον ελληνικό πληθυσμό έχουν καταλήξει ότι η καλή υποκειμενική κατάσταση της σωματικής υγείας των γονέων συνδέθηκε ισχυρά με την θετική αντίληψη των εφήβων για τον εαυτό τους, τη διάθεση και τα συναισθήματά τους, αλλά και τις σχέσεις γονέα-παιδιού. (Diareme, et al. 2006, Giannakopoulos, Dimitrakaki, et al. 2009).

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΙΜΩΡΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΕΙΘΑΡΧΙΑΣ

Στην παρούσα μελέτη η συχνή σωματική τιμωρία βρέθηκε να σχετίζεται με προβλήματα συναισθήματος, διαγωγής και συνολικά προβλήματα στην ηλικία των 7 ετών σε όλο τον πληθυσμό, καθώς και με εξωτερικευόμενα προβλήματα στα αγόρια 18 ετών. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με προηγούμενες διαχρονικές έρευνες που δείχνουν ότι η σωματική τιμωρία στην παιδική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία (Bakoula, Kolaitis, et al. 2009, Fergusson and Lynskey 1997, Widom, DuMont and Czaja 2007). Είναι μάλιστα σαφές ότι σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας η σωματική τιμωρία, ακόμη και όταν είναι ήπια, εκλαμβάνεται ως μία μορφή κακοποίησης και σχετίζεται με ποικιλία αρνητικών συμπεριφορών (Straus and Mouradian 1998). Ο Fergusson κατέληξε ότι αυτό οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τα παιδιά που εκτίθενται σπάνια ή καθόλου σε τέτοια τιμωρία. (Fergusson, Boden and Horwood 2008).

Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί ότι κατά τη μελέτη της μακροχρόνιας επίδρασης της σωματικής τιμωρίας από τα 7 χρόνια στα προβλήματα των εφήβων, βρέθηκε θετική συσχέτιση μόνο στη μονοπαραγοντική ανάλυση. Η συσχέτιση αυτή εξασθένησε με την εφαρμογή της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, με εξαίρεση τις αποκλίσεις συμπεριφοράς στα αγόρια. Μπορεί να διατυπωθεί η άποψη ότι στην περίπτωση των διαταραχών συναισθήματος και των συνολικών προβλημάτων η επίδραση της σκληρής πειθαρχίας περιπλέκεται από την κατάσταση της ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία. Πολυάριθμες μελέτες έχουν τεκμηριώσει το ρόλο της πρώιμης κακοποίησης του παιδιού με την ταυτόχρονη εμφάνιση στρεσογόνων παραγόντων και του πρώτου καταθλιπτικού επεισοδίου. (Rutter, Kim-Cohen and Maughan 2006, Kendler, et al. 2000, Monroe and Harkness 2005). Σε αντίθεση με τις διαταραχές συναισθήματος, για τα προβλήματα διαγωγής στην εφηβεία η σωματική τιμωρία αποτελεί όχι μόνο ανεξάρτητο αλλά και διαχρονικό παράγοντα κινδύνου.

Σε μια επώδυνη κατάσταση όπως η σωματική τιμωρία είναι λογικό να διαπιστώνονται διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, πιθανόν λόγω διαφορετικής ψυχολογικής

αντιμετώπισής τους. Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι στα αγόρια λειτουργεί μέσω μείωσης της αυτοεκτίμησης και άρσης του αυτοελέγχου, καταλήγοντας σε εχθρικές σχέσεις και παραβατικότητα, ενώ στα κορίτσια είναι πιθανό να κυριαρχεί ο θυμός και η απογοήτευση με συνέπεια κυρίως την κατάθλιψη και λιγότερο την παραβατικότητα. (Παπαπανικολόπουλος και Καρδαράς 2014) (Evans, Simons and Simons 2012)

Η σωματική τιμωρία, ως σκληρό και αντιφατικό μέσο πειθαρχίας, θεωρείται ένας κοινός παράγοντας κινδύνου για εσωτερικευόμενα προβλήματα, υπερκινητική και διασπαστική συμπεριφορά, εναντιωματική διαταραχή, αντικοινωνική, επιθετική ακόμη και παραβατική συμπεριφορά των παιδιών (Straus and Mouradian, Impulsive corporal punishment by mothers and antisocial behavior and impulsiveness of children 1998, Burke, Pardini and Loeber 2008, Beiser, et al. 2014, Mackenbach, et al. 2014). Όσον αφορά στις μακροχρόνιες συνέπειες, προκύπτει ότι η σκληρή τιμωρία κατά την ανατροφή του παιδιού μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της προσωπικότητας και την αυτοεκτίμησή του, με περαιτέρω επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της ενήλικης ζωής (Afifi, et al. 2006, Lecic-Tosevski, et al. 2014). Από άλλες μελέτες έχει διαπιστωθεί συσχέτιση με την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές, την εγκληματική και αντικοινωνική συμπεριφορά, το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση απαγορευμένων ουσιών, την επιθετικότητα και τη βία, επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και διαταραχές μετατραυματικού στρες στην μετέπειτα ζωή (Afifi, et al. 2006, Buntain-Ricklefs, et al. 1994, Ateah, Secco and Woodgate 2003, Widom, DuMont and Czaja 2007). Στην παρούσα μελέτη η σχέση μεταξύ της σκληρής πειθαρχίας στην παιδική ηλικία με την ανάπτυξη διαταραχών ψυχικής υγείας στην ενήλικη ζωή, επιβεβαιώθηκε μόνο για τις αποκλίσεις της συμπεριφοράς στο τέλος της εφηβείας (Afifi, et al. 2006, H. MacMillan, et al. 1999, Buntain-Ricklefs, et al. 1994)

Δεν πρέπει βέβαια να παραβλεφθεί η πιθανή παρουσία συγχυτικών κοινωνικών και οικογενειακών παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται τόσο με εμπειρίες σωματικής τιμωρίας, όσο και με μεγαλύτερο κίνδυνο διαταραχής. Με αυτό τον τρόπο θα ήταν δυνατό να συνδεθεί ακόμη και η ήπια σωματική κακοποίηση με μεγαλύτερη τάση και ευπάθεια για αποκλίσεις συμπεριφοράς (Stefanis, et al. 2004, Straus and Mouradian

1998) Τέτοιοι παράγοντες θα μπορούσαν να είναι το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον και η φτώχεια. (Afifi, et al. 2006, H. MacMillan, et al. 1999) Η βία και η κακοποίηση των παιδιών έχουν συσχετισθεί βιβλιογραφικά ακόμη, με τη σύγχρονη δομή και το μεγάλο μέγεθος της οικογένειας, τη φτώχεια, την κοινωνική απομόνωση, και τη χρήση βίας ως μέσο επίλυσης των διαφορών. (Afifi, et al. 2006, Buntain-Ricklefs, et al. 1994, Straus and Smith 1990) Επίσης το στρες των γονέων έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για σωματική κακοποίηση, εφ' όσον ο γονέας δεν είναι ανεκτικός και την εγκρίνει ως μέσο πειθαρχίας. (Crouch and Behl 2001, Vassi, Veltsista and Bakoula 2009)

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι δεν είναι μόνο η σωματική τιμωρία που δρα στη συμπεριφορά των παιδιών. Η αντίστροφη επίδραση είναι επίσης πολύ σημαντική, δηλαδή «δύσκολες» συμπεριφορές των παιδιών μπορεί να αποτελούν μια αφορμή για την άσκηση σωματικής τιμωρίας (Afifi, et al. 2006, Woodward and FDM 2002) που δείχνει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ των γονέων και της συμπεριφοράς των παιδιών (Burke, Pardini and Loeber 2008)

Το θέμα χρίζει περαιτέρω ελέγχου και ανάλυσης σε εποχές όπως η σημερινή, η οποία λόγω της οικονομικής κρίσης χαρακτηρίζεται και από αλλαγές των κοινωνικών δομών.

ΓΟΝΕΙΚΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑ / ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ / ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Η **εποπτεία** στο πλαίσιο της ανατροφής και διαπαιδαγώγησης βιώνεται από τα παιδιά με ερωτήσεις σχετικά με πτυχές της καθημερινότητάς τους, τις οποίες δεν μπορούν να παρατηρήσουν οι γονείς άμεσα, όπως το σχολείο, οι εξωσχολικές δραστηριότητες και οι φίλοι τους. Περιλαμβάνει, ακόμη, τον καθορισμό ορίων με σκοπό να αποτραπούν μη αποδεκτές και επικίνδυνες συμπεριφορές. Η συνολική εποπτεία της ζωής των παιδιών μπορεί άμεσα, αλλά και έμμεσα με τη βοήθεια των γονέων, να βοηθήσει τα παιδιά να ενταχθούν στην κοινωνία, να λάβουν όσο το δυνατόν καλύτερες αποφάσεις και να αντιμετωπίσουν τη ζωή. (Bert, Farris and Borkowski 2008) Στη μελέτη μας διαπιστώθηκε ότι η απουσία ή ασυνέπεια στην παρακολούθηση μπορεί να οδηγήσει σε εξωτερικευόμενα προβλήματα στην εφηβεία. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με άλλες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η έλλειψη εποπτείας συνδέεται με παραβατική συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ ή ακόμη και βία (Fulkerson, et al. 2008, Burke, Pardini and Loeber 2008) Ο έλεγχος μπορεί να αποτρέψει συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, να ενθαρρύνει τα παιδιά να αναλάβουν κοινωνικές ευθύνες, συμβάλλοντας στη λήψη αποφάσεων, καθώς το παιδί μεγαλώνει. (AAP 2003, Fulkerson, et al. 2008) Τα παιδιά πιθανόν να αντιλαμβάνονται την έλλειψη επιτήρησης ως αμέλεια ή «φυσική απουσία», οι οποίες μπορεί να εξηγήσουν τα υψηλότερα επίπεδα προβλημάτων (Vassi, Veltsista and Bakoula 2009).

Το **ενδιαφέρον** που επιδεικνύουν οι γονείς για τις δραστηριότητες του παιδιού αποτελεί μια άλλη πλευρά της διαπαιδαγώγησης. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για τις δραστηριότητες ενός παιδιού συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση αποκλίσεων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία και την εφηβεία. Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για τη σχολική πρόοδο του παιδιού στην παιδική ηλικία αυξάνει συγχρονικά την πιθανότητα προβλημάτων διαγωγής και συνολικών διαταραχών. Από τη διαχρονική επίδραση αυτού του παράγοντα στην εφηβεία φαίνεται ότι τα παιδιά αυτά εμφανίζουν αυξημένη τάση για εσωτερικευόμενα προβλήματα, μόνο όμως τα κορίτσια. Αξίζει να αναφερθεί

ότι για την επίδραση αυτή διαμεσολαβεί η παρουσία προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, και δεν αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου. Η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για τις σχολικές και εξωσχολικές δραστηριότητες του εφήβου συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες προβλημάτων που μελετήθηκαν, αποτελώντας ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου και για τα δύο φύλα. Δηλαδή η δράση του παράγοντα αυτού είναι συγχρονική στη μικρή ηλικία και για τα δύο φύλα, αλλά και διαχρονική μόνο για τα κορίτσια. Εξάλλου σε νεότερες μελέτες έχει βρεθεί ότι υποστηρικτικοί γονείς μπορούν να μετριάσουν την επίδραση των γονεϊκών συγκρούσεων στα συμπτώματα κατάθλιψης των εφήβων (Lee, Wickrama and Simons 2013).

Η έλλειψη παρακολούθησης και συμμετοχής των γονέων στην κοινωνική ζωή των παιδιών και εφήβων, υπό την έννοια της ευρύτερης επιτήρησής της, είναι σημαντικά για την εξέλιξή του και κάνει τα παιδιά να αισθάνονται λιγότερο "προστατευμένα και ασφαλή". Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία των πρακτικών ανατροφής στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιών σε όλη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (T. Achenbach 1991, Bakoula, Kolaitis, et al. 2009, Verhulst and van der Ende, Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. 1992, Kari, et al. 2007).

Όπως ήταν αναμενόμενο, παρατηρήθηκε μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των **ατυχημάτων** και των προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, επίδραση η οποία δεν διατηρήθηκε ως την εφηβεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο αριθμός των ατυχημάτων στη ζωή ενός παιδιού αποτελεί ένα δείκτη ποιότητας της γονεϊκής επίβλεψης και φροντίδας, του άγχους και αισθήματος ευθύνης που έχουν, και, ως εκ τούτου, είναι πιθανό να αντικατοπτρίζει το αίσθημα της ασφάλειας του παιδιού (Kari, et al. 2007, Ford T 2004). Άλλες μελέτες έχουν υποδείξει ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού προ του ατυχήματος είναι αυτά που παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνέπεια στη συσχέτιση με τα προβλήματα μετά από αυτό (Cox, Kenardy and Hendrikz 2008).

ΣΤΡΕΣ ΓΟΝΕΩΝ

Στον πληθυσμό που μελετήθηκε, ισχυρές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ του στρες που οι ίδιοι οι γονείς ανέφεραν ότι είχαν, με αποκλίσεις συμπεριφοράς και συναισθήματος στους εφήβους. Η συσχέτιση αυτή, ιδιαίτερα του στρες της μητέρας, και της ψυχοπαθολογίας των παιδιών έχει περιγραφεί σε αρκετές μελέτες (Dubois-Comtois, et al. 2013, Beiser, et al. 2014, Goodman, et al. 2007, Fleitlich and Goodman 2001). Επίσης παράγοντες που αυξάνουν το στρες των γονέων όπως χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οικογενειακές συγκρούσεις, διαταραχές ψυχικής υγείας γονέων, ή διαταραγμένες σχέσεις γονέων - παιδιών, έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία των παιδιών. (Goodman, et al. 2007, Loukas, et al. 2001, Cummings, et al. 2002, Nomura, et al. 2002) Νεότερες μελέτες έδειξαν μάλιστα ότι συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, και στρες στην εγκυμοσύνη συνδέονται με εσωτερικευόμενα προβλήματα στην εφηβεία (Betts, et al. 2014). Ανεξάρτητα από την υποκείμενη αιτία ή δομή, από τα αποτελέσματά μας είναι σαφές ότι όταν οι γονείς έχουν στρες, τα παιδιά δεν αισθάνονται ασφαλή και ευτυχισμένα.

Το στρες της μητέρας και του πατέρα είναι συχνά συνυφασμένα, εφόσον ζουν μαζί. Ακόμη όμως και στην περίπτωση που είναι διαζευγμένοι, το αίσθημα αυτό στον καθένα ξεχωριστά επηρεάζει τις αντιλήψεις του και τον τρόπο που λειτουργεί. Κινούμενοι σε αυτό το πλαίσιο και άλλοι ερευνητές έχουν δείξει ότι προεξάρχοντα ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των παιδιών έχει η συναισθηματική και κοινωνική ευεξία της μητέρας, καθώς έτσι αίρονται οι δυσκολίες στην άσκηση του γονεϊκού ρόλου (Cabaj, McDonald and Tough 2014).

ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ

Όπως ήταν αναμενόμενο, η απουσία φίλων στην εφηβεία συσχετίστηκε με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης εσωτερικευόμενων και συνολικών προβλημάτων. Η συναναστροφή με συνομηλίκους και η δημιουργία φιλικών σχέσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικές και ασκούν μεγάλη επιρροή κατά τη διάρκεια της εφηβείας γιατί με αυτό τον τρόπο οι νέοι αποκτούν σημαντική κοινωνική στήριξη (Kari, και συν. 2007) Επίσης, δημιουργούν ένα προστατευτικό πλαίσιο που τους βοηθά να αντισταθούν στην πίεση και την επιρροή άλλων συνομηλίκων, ώστε να διασκεδάζουν και να χαλαρώνουν αποφεύγοντας επικίνδυνες συμπεριφορές και συνήθειες (Hartup 2005). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι οι νέοι που συμμετέχουν σε ομάδες έχουν πιο θετικές αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας τους, μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους και υιοθετούν πιο υγιεινές συνήθειες (Zambon, Morgan, et al. 2010). Μία άλλη συμβολή των φιλικών σχέσεων είναι ότι δημιουργούν ένα πλαίσιο στο οποίο οι έφηβοι αναλαμβάνουν κάποιες ευθύνες. (WHO 2012) Μέσω της συναναστροφής και των σχέσεων με συνομηλίκους, οι νέοι αισθάνονται ότι ανήκουν σε μία ομάδα και ότι έχουν αξία. Προκειμένου να δημιουργήσουν φιλικές σχέσεις και να ενταχθούν σε μία ομάδα επαναπροσδιορίζουν τις συνήθειες και τη συμπεριφορά τους, το συναισθηματικό και σεξουαλικό τους ενδιαφέρον (Kari, et al. 2007, Tarrant, et al. 2001). Δεν πρέπει να παραβλεφθεί το γεγονός ότι η πιθανότητα τα παιδιά να έχουν πολλούς στενούς φίλους μειώνεται καθώς μεγαλώνουν, γεγονός το οποίο μπορεί να αποδοθεί στην μεγαλύτερη οικειότητα σε βάρος του μεγάλου αριθμού φίλων.

Η απόρριψη από τους συνομηλίκους, από την άλλη πλευρά, έχει αποδειχθεί ότι είναι ιδιαίτερα προγνωστική ποικιλίας αποκλίσεων ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο εκφοβισμός και η θυματοποίηση (bulling) έχουν συνδεθεί με μια σειρά από εσωτερικευμένα προβλήματα, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και τα σωματικά ενοχλήματα, καθώς και εξωτερικευόμενα, όπως η επιθετικότητα (Steinberg and Morris 2001).

ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στον πληθυσμό της παρούσας μελέτης, το χρόνιο πρόβλημα υγείας του εφήβου συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα εσωτερικευόμενων προβλημάτων, ενώ το σοβαρό πρόβλημα υγείας στην παιδική ηλικία συνδέθηκε με αποκλίσεις διαγωγής και συναισθήματος. Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα και σε άλλες μελέτες (Tsiantis, et al. 2004, Petanidou, Giannakopoulos, et al. 2014, Soumaki, et al. 2009). Μάλιστα, σε περίπτωση χρόνιου προβλήματος υγείας είναι πιθανό τα ίδια τα παιδιά να μην αναφέρουν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος, ενώ οι γονείς τους αναφέρουν για τα παιδιά κατάθλιψη, διαταραχές σκέψης και παραβατική συμπεριφορά, συγκριτικά με παιδιά του πληθυσμού ελέγχου. (Kostaku, et al. 2014)

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και απαγορευμένων ουσιών συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα προβλημάτων, όπως φαίνεται και σε άλλες εργασίες (Giannakopoulos, Tzavara, et al. 2010, Kivimäki, et al. 2014). Είναι γνωστό ότι με το κάπνισμα έχουν συσχετισθεί πολλοί παράγοντες από την οικογένεια όπως το διαζύγιο, το κάπνισμα των γονέων και η μειωμένη οικογενειακή συνοχή. Οι συνομήλικοι μπορεί να το ενθαρρύνουν, είτε λόγω πρόσβασης σε προϊόντα καπνού είτε συμβάλλοντας στη δημιουργία προτύπων που το υποστηρίζουν (Zambon, Lemma, et al. 2006, Rasmussen, et al. 2005). Τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ αυξάνονται σημαντικά με την ηλικία. Παρόλο που στο παρελθόν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, με την πάροδο των χρόνων τα ποσοστά δείχνουν να συγκλίνουν (WHO 2012). Βιβλιογραφικά κάθε μία εκ των συμπεριφορών υψηλού κινδύνου έχει συσχετισθεί με τις άλλες (Tee and Kaur 2014). Επίσης, αναδρομική μελέτη σε χρήστες παράνομων ουσιών (κάνναβη) έδειξε ότι εάν η χρήση τους είχε ξεκινήσει νωρίς στην εφηβεία με παράλληλη χρήση αλκοόλ ή/και καπνού είχε μεγάλη πιθανότητα να συνεχιστεί και αργότερα (Moss, et al. 2014). Αυτονόητη είναι η σύνδεση της χρήση απαγορευμένων ουσιών με αυξημένο κίνδυνο για τη συνολική κλίμακα και τις υποκλίμακες του YSR.

Βέβαια, πρέπει να τονιστεί ότι η σχέση μεταξύ επικίνδυνων συμπεριφορών και προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι αμφίδρομη. Οι έφηβοι δηλώνουν ότι το άγχος και τα «ψυχολογικά προβλήματα» αποτελούν αιτίες για χρήση καπνού, αλκοόλ και παράνομων ουσιών (Maslowsky, Schulenberg and Zucker 2014, Altay, Toruner and Citak 2014).

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Αν και η σεξουαλική δραστηριότητα αυτή καθαυτή είναι αναπτυξιακά φυσιολογική στην εφηβεία, εντύπωση προκαλεί ότι στην παρούσα μελέτη συνδέθηκε με εξωτερικευόμενα προβλήματα των εφήβων. Χαρακτηριστικά της εφηβείας όπως η παρορμητικότητα, η κοινωνική ανωριμότητα και η απερίσκεπτη ανάληψη κινδύνων, μπορεί να επηρεάσει με πολλούς τρόπους τη σεξουαλική δραστηριότητα και υγεία. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικές κοινωνικές, νομικές και οικονομικές επιπτώσεις καθώς και συνέπειες στην υγεία όπως η ανεπιθυμητή εγκυμοσύνη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Borawski, et al. 2003). Ωστόσο δεν έχει διασαφηνιστεί εάν υπάρχει συγκεκριμένη κατεύθυνση αυτής της σχέσης, εάν δηλαδή τα ψυχολογικά προβλήματα κάνουν τους εφήβους πιο επιρρεπείς στην έναρξη σεξουαλικών σχέσεων σε μια προσπάθεια παροδικής απόδρασης από τη δυσφορία που αισθάνονται ή εάν οι σεξουαλικές επαφές δημιουργούν συναισθηματικό στρες σε προηγουμένως ισορροπημένους εφήβους. (R. Kessler, P. Berglund, et al. 1997, Kari, et al. 2007). Το δεύτερο είναι πιο πιθανό στην περίπτωση που η σεξουαλική δραστηριότητα συμβαίνει σε μία σχέση χωρίς συναισθήματα, γιατί όχι μόνο αποτυγχάνει να εκπληρώσει τις προσδοκίες τους για συναισθήματα και αγάπη, αλλά και τους οδηγεί σε απογοήτευση, ενοχή, ντροπή, αίσθηση απώλειας του αυτοελέγχου. Στη βιβλιογραφία, η πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα ιδιαίτερα μεταξύ των κοριτσιών σχετίζεται με καταθλιπτικά συμπτώματα και συνολικά ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Ethier, et al. 2006, Martin, et al. 2005).

Διαφορές βαθμολογίας γονέων και εφήβων σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων (ενότητα IV)

Η συγκριτική μελέτη των βαθμολογιών που δίνουν γονείς (CBCL) και έφηβοι (YSR) καθιστά σαφές ότι υπάρχει διάσταση στις αναφορές τους για τις αποκλίσεις συναισθήματος και συμπεριφοράς, συγκεκριμένα οι έφηβοι αναφέρουν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τους γονείς τους. Με αυτό συμφωνούν έρευνες που πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες στο γενικό πληθυσμό, ανεξαρτήτως του σχεδιασμού της μελέτης (Seiffge-Krenke and Kollmar 1998, Sourander, Helstela and Helenius 1999, Verhulst and van der Ende 1992, Waters, Stewart-Brown and Fitzpatrick 2003, Weissman, Wickramaratne, et al. 1987, Martin, et al. 2004, Wang, et al. 2014, Van Roy, et al. 2010). Βιβλιογραφικά προκύπτει ότι οι διαφορές των απόψεων από πολλαπλούς πληροφοριοδότες σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων είναι σημαντικές για την κατανόηση των αιτίων και των συνεπειών τους, καθώς και για τη θεραπεία τους. Καταρχήν παρέχουν πληροφορίες για το χρόνο, την εξέλιξη και το πλαίσιο στον οποίο τα παιδιά εκφράζουν διάφορες συμπεριφορές αλλά και για τους πληροφοριοδότες που γίνονται αποδέκτες τους. Επίσης μπορούν να προβλέψουν μια δυσμενή έκβαση για το παιδί με μεγαλύτερη ακρίβεια από έναν μεμονωμένο πληροφοριοδότη. (DeLosReyes 2011)

Στην παρούσα επιδημιολογική μελέτη, η συσχέτιση των βαθμολογιών γονέων και εφήβων βρέθηκε θετική αλλά μέτρια, γενικά όμως μεγαλύτερη συγκρινόμενη με τις συσχετίσεις στις οποίες κατέληξαν οι περισσότερες από τις άλλες μελέτες, στις οποίες αλληλεπίδραση των δύο πλευρών φαίνεται ότι είναι χαμηλότερη (Choudhury, Pimentel and Kendall 2003, Jensen, et al. 1999, Martin, et al. 2004, Van Roy, et al. 2010), με εξαίρεση μία πιο πρόσφατη έρευνα στην Κίνα (Wang, et al. 2014). Η υψηλότερη συσχέτιση στον πληθυσμό μας συγκριτικά με τα ευρήματα άλλων, μπορεί να αποδοθεί στην ηλικία των εφήβων που αποτέλεσαν τον πληθυσμό. Έχει βρεθεί βιβλιογραφικά ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των εφήβων τόσο συγκλίνουν οι απόψεις τους με εκείνες των γονέων, αφού πλέον μπορούν να εκφράζουν με αρκετή ακρίβεια τις σκέψεις και τα προβλήματά τους (Van Roy, et al. 2010, Edelbrock, et al. 1986). Προς το

τέλος της εφηβείας, στην ηλικία των 18 ετών, οι γονείς έχουν κατανοήσει τις αλλαγές και την ανάγκη αυτονομίας των εφήβων, και παράλληλα οι έφηβοι έχουν ξεπεράσει το στάδιο κατά το οποίο απορρίπτουν τις απόψεις και τα επιτεύγματα των γονέων. Η ανεξαρτησία που έχουν αποκτήσει δεν προσβάλλει τους δεσμούς με τους γονείς οι απόψεις τους παύουν να είναι τόσο διχασμένες και σταδιακά συγκλίνουν (Τσιάντης 1998)

Επιπλέον οι ιδιαιτερότητες της ελληνικής κοινωνίας - οικογένειας πιθανότατα έχουν συμβάλλει ώστε να μην παρατηρείται μεγάλο χάσμα μεταξύ τους, τουλάχιστον στον ψυχοσυναισθηματικό τομέα. Παραδοσιακά, η ελληνική οικογένεια ήταν πατριαρχική, αγροτική και εκτεταμένη. Τις τελευταίες δεκαετίες η ελληνική κοινωνία έχει υποστεί μεταβολές, η δομή της οικογένειας έχει μετατραπεί σε πυρηνική, περιλαμβάνοντας τους δύο γονείς με τα παιδιά τους. Ωστόσο παρόλο που οι οικογένειες στα αστικά κέντρα, μοιάζουν πυρηνικές, διαμένουν σε παρακείμενους χώρους ή σπίτια με συγγενείς. Έτσι, παρά τις αποστάσεις, τα μέλη της πυρηνικής οικογένειας συνδέονται με σημαντικούς δεσμούς με συγγενείς και φίλους. Παράλληλα δημιουργούνται πλέγματα αμοιβαίων υποχρεώσεων για εξυπηρέτηση κοινών συμφερόντων αλλά και για βοήθεια και στήριξη σε στιγμές ανάγκης.

Έτσι φαίνεται ότι οι νέοι δεν απορρίπτουν συλλήβδην όλες τις παραδοσιακές αξίες αλλά μόνον εκείνες που σχετίζονται με την αυστηρή ιεράρχηση των ρόλων του πατέρα και της μητέρας, τον απόλυτο οικονομικό έλεγχο, το αυταρχικό ρόλο του γονέα. Συμφωνούν όμως με τις θετικές οικογενειακές σχέσεις, την αλληλοβοήθεια, το φιλότιμο, το σεβασμό και τις υποχρεώσεις του παιδιού προς γονείς και συγγενείς. (Τσιάντης 1998) Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η ελληνική οικογένεια λειτουργικά διατηρεί μάλλον τη νοοτροπία της εκτεταμένης οικογένειας ακόμη και σε ένα έντονα αστικό περιβάλλον.

Αν και η συσχέτιση των βαθμολογιών γονέων και εφήβων σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων είναι μεγαλύτερη από άλλες έρευνες, συμφωνία παρατηρείται στη μειοψηφία του πληθυσμού μας, μόνο σε ποσοστό 10%. Η πλειοψηφία χαρακτηρίζεται από διαφωνία γονέων και εφήβων με τους εφήβους να

δηλώνουν περισσότερα προβλήματα συνολικά (συναισθήματος και συμπεριφοράς), από αυτά που οι γονείς τους αποδίδουν. Για την ακρίβεια περίπου 80% των έφηβων αναφέρουν περισσότερα προβλήματα συναισθήματος, συμπεριφοράς και συνολικά σε σχέση με τους γονείς τους, και μόνο σε 10% διαπιστώνεται το αντίστροφο δηλαδή οι γονείς δηλώνουν περισσότερα προβλήματα. Μελέτες έχουν καταλήξει ότι η ασυμφωνία γονέα-παιδιού δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι ο ένας πληροφοριοδότης είναι πιο αξιόπιστος από τον άλλο. Είναι πολύ πιθανό αυτό να οφείλεται στο ότι ο καθένας παρέχει διαφορετικού είδους και μοναδικές πληροφορίες στις οποίες ο άλλος δεν έχει πρόσβαση. Γονείς και παιδιά θεωρούνται απαραίτητοι πληροφοριοδότες για μία επαρκή παιδοψυχιατρική εκτίμηση (Van Roy, et al. 2010, Karver 2006, Lauth, et al. 2010).

Στην βιβλιογραφία διαπιστώνεται διάσταση απόψεων για το συναίσθημα, ενώ το χάσμα διαφαίνεται μικρότερο στα προβλήματα συμπεριφοράς. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν συγκεκριμένα ότι παρατηρείται υπερεκτίμηση των προβλημάτων συμπεριφοράς από τους γονείς επειδή είναι εύκολα αντιληπτά, ενώ οι έφηβοι υπερεκτιμούν προβλήματα συναισθήματος και ιδιαίτερα την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία βασίζεται σε εσωτερικές και υποκειμενικές εμπειρίες. (Achenbach, McConoghy and Howell 1987, Bird, Gould and Staghezza 1992, Comer and Kendall 2004, Duhig, et al. 2000, Frank, et al. 2000, Martin, et al. 2004, Sourander, Helstela and Helenius 1999, Yeh and Weisz 2001, Van Roy, et al. 2010) (Hoffman and Chu 2015, Mbekou, et al. 2015). Οι διαφορές στην αναφορά προβλημάτων μάλλον αντικατοπτρίζουν το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς των εφήβων αποδίδουν καλύτερα την αντίληψή του για την συμπεριφορά και τα συναισθήματά του, κυρίως κατά τη χρονική στιγμή της αξιολόγησης. Οι αναφορές των γονέων για την συμπεριφορά του παιδιού αποδίδουν σε μεγαλύτερο βαθμό το σύνολο των προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς που παρουσιάζει ο έφηβος για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, σε βάθος χρόνου. Επίσης τα παιδιά μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα σε μικρές και παροδικές δυσκολίες και να τις αναφέρουν, ακόμη και αν τα

προβλήματα αυτά δεν έχουν σοβαρές επιπτώσεις οπότε είναι και λιγότερο ορατά για τους γονείς τους (Van Roy, et al. 2010).

Το φύλο συμβάλει στη διαμόρφωση της διαφοράς. Γενικά οι γονείς τείνουν να υποεκτιμούν τα προβλήματα συναισθήματος στις κόρες τους όπως δείχνουν και άλλες μελέτες (Sourander, Helstela and Helenius 1999, Waters, Stewart-Brown and Fitzpatrick 2003, Mbekou, et al. 2015). Πιθανόν να θεωρείται επιθυμητό και κοινωνικά αποδεκτό τα παιδιά και ιδιαιτέρως τα κορίτσια να εμφανίζονται συνεσταλμένα ακολουθώντας απόλυτα τα κοινωνικά στερεότυπα (Frank, et al. 2000). Ωστόσο μια μελέτη, σε διαφορετικό όμως πολιτισμικό πλαίσιο, κατέληξε ότι οι διατάσεις των απόψεων είναι μεγαλύτερες για τα αγόρια (Wang, et al. 2014).

Η εργαζόμενη μητέρα βρέθηκε ότι υποεκτιμά τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών της. Αν και θα μπορούσε να υποτεθεί ότι αυτό το εύρημα προκύπτει λόγω ελλιπούς επιτήρησης, η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι και οι δύο παράγοντες (ελλιπής επιτήρηση, εργασία μητέρας) επιδρούν ανεξάρτητοι ο ένας από τον άλλο. Ενδεχομένως οι ίδιοι οι έφηβοι, επειδή αισθάνονται ότι δεν μονοπωλούν το ενδιαφέρον της μητέρα τους, δηλώνουν περισσότερα προβλήματα στο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Προς αυτήν την κατεύθυνση, καταλήγουν και άλλες μελέτες (Waters, Stewart-Brown and Fitzpatrick 2003).

Αντίθετα στις μονογονεϊκές οικογένειες, ο γονέας αποδείχθηκε πολύ ευαισθητοποιημένος σε θέματα ψυχικής υγείας, έως του σημείου της υπερεκτίμησης (Luoma, Koivisto and Tamminen 2004, Van Roy, et al. 2010) Φαίνεται ότι είναι πιο εύκολο για τους γονείς και τα παιδιά να συμφωνήσουν σχετικά με τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών, όταν τα παιδιά ζουν και με τους δύο. Οι δύο γονείς μαζί λειτουργούν μάλλον προς εξομάλυνση των διαφορών που έχουν με τα παιδιά, μειώνοντας τις υπερβολικές εκτιμήσεις για διάφορα προβλήματα των εφήβων Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την ιδέα ότι η μητέρα και ο πατέρας είναι ευαισθητοποιημένοι σε διαφορετικές πτυχές της συμπεριφοράς του παιδιού, οπότε μαζί αναπτύσσουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του παιδιού τους από καθ' ένα ξεχωριστά. (Sourander, Pihlakoski, et al. 2006, Van Roy, et al. 2010).

Παρά τα αναμενόμενα, η ηλικία της μητέρας δε φαίνεται να συμμετέχει, τουλάχιστον στη διαμόρφωση της διαφοράς απόψεων ως προς τις ψυχικές διαταραχές των εφήβων. Θα ήταν λογική η υπόθεση ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας τόσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση. Φαίνεται όμως ότι αν και η μεταβλητή αυτή δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στη βιβλιογραφία, η ηλικία των γονέων διευρύνει τις κοινωνικές αντιλήψεις, όχι όμως τις απόψεις για τα ψυχολογικά ζητήματα σε διαπροσωπικό επίπεδο.

Πολύ σημαντικός παράγοντας για τη διαμόρφωση της συμφωνίας ή διαφωνίας σχετικά με ψυχικά προβλήματα των εφήβων αποδείχθηκε η εποπτεία των παιδιών από τους γονείς ή η ανεπάρκεια αυτής. Όταν η εποπτεία είναι ελλιπής, οι γονείς και παιδιά τείνουν να διαφωνούν με το σύνολο των προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς. Από τη βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται ότι η γονεϊκή επιτήρηση συσχετίζεται με συμφωνία βαθμολογιών σχετικά με την ψυχική υγεία των εφήβων (Duke, Ireland and Borowsky 2005, Rubio-Stipec, Canino, et al. 1994, Rubio-Stipec, Fitzmaurice, et al. 2003, Treutler and Epkins 2003, DeLosReyes, Salas, et al. 2013) ενώ η απουσία της με πολλές ψυχικές διαταραχές (Overbeek, et al. 2007). Είναι πιθανό γονείς και έφηβοι να αντιλαμβάνονται καθημερινά θέματα της ζωής με διαφορετικό τρόπο. (DeLosReyes, Salas, et al. 2013) Όμως είναι γεγονός ότι η έλλειψη γνώσης και ελέγχου των δραστηριοτήτων των παιδιών, αλλά και η αίσθηση ότι τα παιδιά αποκρύπτουν καταστάσεις, δημιουργεί ανασφάλεια, φόβο και υπερβολή από μέρους των γονέων. Αλλά και τα παιδιά από την πλευρά τους αισθάνονται ανασφάλεια λόγω έλλειψης ελέγχου. Φαίνεται λοιπόν ότι η επιτήρηση και ο έλεγχος σε λογικά πλαίσια εξομαλύνουν τις διαφορές γονέων και εφήβων και είναι επιθυμητά από τους εφήβους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η περίοδος που βιώνει σήμερα η ελληνική κοινωνία, της οικονομικής άλλα και κοινωνικής κρίσης, είναι αλληλένδετη με την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Εξασθενεί τους προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρησή της ενώ αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου. Προεξάρχον χαρακτηριστικό της είναι το γενικευμένο αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας. Η ανεργία, οι οικονομικές δυσκολίες και οι κοινωνικές ανισότητες που βιώνουν οι ενήλικοι είναι αναμενόμενο ότι έχουν επιπτώσεις στην συμπεριφορά τους διαμορφώνοντας ένα δυσμενές περιβάλλον για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων. (Αναγνωστόπουλος και Σουμάκη 2012) Κατά την περίοδο αυτή, ο ρόλος της οικογένειας και του παιδίατρου είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού μπορούν να τους στηρίξουν, λειτουργώντας προληπτικά ή αναγνωρίζοντας έγκαιρα πιθανές αποκλίσεις.

Όσον αφορά στην οικογένεια αξίζει να αναφερθεί ότι παραδοσιακά, η ελληνική οικογένεια ήταν πατριαρχική, αγροτική και εκτεταμένη, τις τελευταίες δεκαετίες όμως έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές. Ο πληθυσμός είναι πια κατά το μεγαλύτερο ποσοστό αστικός. Η εργασία από αγροτική τροποποιήθηκε σε παροχή υπηρεσιών, γενικότερα σε εργασία γραφείου. Οι πολιτικοί και νομικοί θεσμοί αλλάζουν. Το εκπαιδευτικό σύστημα έχει διαφοροποιηθεί κι αυτό, ενώ παρατηρείται σημαντική άνοδος μορφωτικού επιπέδου συνολικά, όπως φάνηκε και από την 1^η και 2^η Πανελλήνια Περιγεννητική μελέτη. Συνέπεια των ανωτέρω είναι η αλλαγή της δομής και λειτουργίας της οικογένειας, η οποία τείνει να διαμορφωθεί σε πυρηνική, περιλαμβάνοντας τους δύο γονείς με τα παιδιά τους, δηλαδή η εκτεταμένη οικογένεια και οι συλλογικές αξίες που τη χαρακτήριζαν έδωσαν τη θέση τους στην πυρηνική οικογένεια και σε περισσότερο ατομικιστικές αξίες.

Η σωματική και συναισθηματική υγεία των παιδιών και οι γνωστικές και κοινωνικές λειτουργίες τους έχουν μεγάλη συνάφεια με την λειτουργία της οικογένειας. Παιδιά που ανατρέφονται με θετικό τρόπο, και σε οικογένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από γονεϊκή εποπτεία και στοργή, καλές σχέσεις γονέων - παιδιών, αμφίδρομη επικοινωνία, χαμηλά επίπεδα διαπληκτισμών, παρουσιάζουν λιγότερες αποκλίσεις συμπεριφοράς

(Giannakopoulos, Mihas, et al. 2009) Βέβαια οι δεξιότητες των γονέων που προστατεύουν και ανατρέφουν τα παιδιά στα πρώτα χρόνια της ζωής τους πρέπει να εξελιχθούν για να προσαρμοστούν στις ανάγκες και αναπτυξιακές ιδιαιτερότητες των εφήβων κατά τη μετάβασή τους στην ενήλικη ζωή (Cabaj, McDonald and Tough 2014, WHO 2012).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κατέστη σαφές ότι οι παράγοντες από τους γονείς και οι διάφορες μεταβλητές που αποτελούν πτυχές της ανατροφής των παιδιών και εφήβων είναι ανεξάρτητοι παράγοντες που σε ένα βαθμό προβλέπουν τη συμπεριφορά τους (Cabaj, McDonald and Tough 2014). Το γεγονός αυτό τους καθιστά πιθανούς στόχους για την πρόληψη ή και παρέμβαση.

Η συμβολή του παιδίατρου είναι εξαιρετικά σημαντική αφού η οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του παιδιού και του γονέα με αυτόν οδηγεί συχνά σε μια επιτυχημένη διαδικασία έγκαιρης αναγνώρισης, επισήμανσης, παρέμβασης ή και παραπομπής στους ειδικούς. Λειτουργώντας προς αυτή την κατεύθυνση, θα ήταν σκόπιμο οι παιδίατροι να είναι εξοικειωμένοι με τα συμπτώματα και τους παράγοντες κινδύνου για κοινές διαταραχές ψυχικής υγείας, καθώς και να ρωτούν για αυτές επισταμένως, δίδοντας την ίδια βαρύτητα όσο και στα σωματικά προβλήματα, κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης στο ιατρείο. Επίσης, τόσο τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όσο και συστάσεις διεθνών οργανισμών υπογραμμίζουν την ανάγκη ο παιδίατρος να αξιολογεί τις απόψεις του ίδιου του παιδιού/εφήβου και των γονέων, αλλά και τις κοινωνικές και πολιτιστικές διαφορές, δεδομένου ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας. (AAP, Promoting Mental Health 2008)

Για να είναι αποτελεσματικές οι παρεμβάσεις και η φροντίδα που παρέχουν οι παιδίατροι είναι σημαντικό να γίνονται στο πλαίσιο της οικογένειας. Είναι σκόπιμο να λαμβάνουν υπόψιν τους τη δυναμική του παιδιού, των γονέων, δηλαδή της οικογένειας ως σύνολο κατά τον έλεγχο για τη διάγνωση των προβλημάτων του παιδιού, αλλά και για τον από κοινού σχεδιασμό διαχείρισής τους και την παραπομπή του παιδιού σε

ειδικούς ψυχικής υγείας εάν αυτό απαιτείται. Φυσικά, προϋπόθεση για όλα αυτά είναι η ανάλογη εκπαίδευση και έκθεση του παιδίατρου σε θέματα ψυχικής υγείας.

Οι παιδίατροι έχουν μια μοναδική ευκαιρία για να βοηθήσουν τις οικογένειες και να ενισχύσουν την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των παιδιών τους. Για να το επιτύχουν πρέπει να επεκτείνουν το ρόλο και τις ευθύνες τους στη συνεργασία με την οικογένεια και το παιδί με νέους τρόπους. (AAP 2003)

6 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- April 2015. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/en/.
- AAP. «Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family.» *Pediatrics*, 2003: 111;1541.
- AAP. «Promoting Child Development.» Στο *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, Third Edition*, του/της Shaw JS, Duncan PM, eds. Hagan JF, 39-75. Elk Grove Village: The American Academy of Pediatrics, 2008.
- AAP. «Promoting Mental Health.» Στο *Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents, Third Edition*, του/της Shaw JS, Duncan PM, eds Hagan JF, 77-107. Elk Grove Village: The American Academy of Pediatrics, 2008.
- Achenbach, TM, SH McConoghy, and CT Howell. «Child/adolescent behavioural and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity.» *Psychol Bull* , 1987: 101:213-232.
- Achenbach, TM. *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile(1991c)*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- Ackard, DM, D Neumark-Sztainer, M Story, and C Perry. «Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents.» *Am J Prev Med*, 2006: 30:59-66.
- Afifi, TO, DA Brownridge, BJ Cox, and J Sareen. «Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders.» *Child Abuse Negl*, 2006: 30:1093-103.
- Altay, N, EK Toruner, and EA Citak. «Determination of smoking and drinking and preventive measures in adolescents.» *J Addict Nurs*, 2014: 25(2):94-102.
- Angold, A, et al. «Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression.» *J Child Psychol Psychiatry* , 1987: 28:901-915.
- Appleyard, K, B Egeland, and LA Sroufe. «Direct social support for young high risk children: relations with behavioral and emotional outcomes across time.» *J Abnorm Child Psychol*, 2007: 35(3):443-57.
- Ateah, CA, ML Secco, and RL Woodgate. «The risks and alternatives to physical punishment use with children.» *J Pediatr Health Care*, 2003: 17:126-32.
- Ateah, CA, ML Secco, and RL Woodgate. «The Risks and Alternatives to Physical Punishment Use With Children.» *Journal of Pediatric Health Care*, 2003: 17:126-32.
- Avery, L, and G Lazdane. «What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?» *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2010: 15(Suppl. 2):S54–S66.
- Bakker, MP, J Ormel, FC Verhulst, and AJ Oldehinkel. «Childhood family instability and mental health problems during late adolescence: a test of two mediation models--the TRAILS study.» *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2012: 41(2):166-76.

- Bakoula, C. «The Greek National Perinatal Survey: 1: Design, methodology, case.» *Paediatr Perinat Epidemiol*, 1987: 1:43.
- Bakoula, C, A Kapi, A Veltsista, G Kavadias, and G Kolaitis. «Prevalence of recurrent complaints of pain among Greek schoolchildren and associated factors: a population-based study.» *Acta Paediatr*, 2006: 95(8):947-51.
- Bakoula, C, G Kolaitis, A Veltsista, A Gika, and GP Chrousos. «Parental stress affects the emotions and behaviour of children up to adolescence: a Greek prospective, longitudinal study.» *Stress*, 2009: 12(6):486-98.
- Beiser, M, AM Goodwill, P Albanese, K McShane, and M Nowakowski. «Predictors of immigrant children's mental health in Canada: selection, settlement contingencies, culture, or all of the above?» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2014: 49(5):743-56.
- Berger, LE, KM Jodl, JP Allen, KB McElhaney, and GP Kuperminc. «When adolescents disagree with others about their symptoms: differences in attachment organization as an explanation of discrepancies between adolescent, parent, and peer reports of behavior problems.» *Dev Psychopathol*, 2005: 17:509-528.
- Berg-Nielsen, TS, A Vika, and AA Dahl. «When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. .» *Child Care Health Dev*, 2003: 29:207-213.
- Bert, SC, JR Farris, and JG Borkowski. «Parent training: implementation strategies for adventures in parenting.» *J Prim Prev*, 2008: 29(3):243-61.
- Betts, KS, GM Williams, JM Najman, and R Alati. «Maternal depressive, anxious, and stress symptoms during pregnancy predict internalizing problems in adolescence.» *Depress Anxiety*, 2014: 31(1):9-18.
- Bird, HR, MS Gould, and B Staghezza. «Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 1992: 31:78-85.
- Borawski, EA, CE Ievers-Landis, LD Lovegreen, and ES Trapl. «Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors.» *J Adolesc Health*, 2003: 33(2):60-70.
- Braaten, EB, et al. «Methodological complexities in the diagnosis of major depression in youth: an analysis of mother and youth self-reports.» *J Child Adolesc Psychopharmacol* , 2001: 11:395-407.
- Breslau, N, GC Davis, and K Prabucki. «Depressed mothers as informants in family history research--are they accurate? .» *Psychiatry Res*, 1988: 24:345-359.
- Briggs-Gowan, MJ, AS Carter, and M Schwab-Stone. «Discrepancies among mother, child, and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. .» *J Abnorm Child Psychol*, 1996: 24:749-765.

- Buntain-Ricklefs, JJ, KJ Kemper, M Bell, and T Babonis. «Punishments: what predicts adult approval.» *Child Abuse Negl*, 1994: 18:945-55.
- Burke, JD, DA Pardini, and R Loeber. «Reciprocal Relationships Between Parenting Behavior and Disruptive Psychopathology from Childhood Through Adolescence.» *J Abnorm Child Psychol*, 2008: 36:679-92.
- Burke, Jeffrey D, Rolf Loeber, Benjamin B Lahey, and Paul J Rathouz. «Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys.» *J Child Psychol Psychiatry*, 2005: 46(11): 1200–1210.
- Burt, SA, AR Barnes, M McGue, and WG Iacono. «Parental divorce and adolescent delinquency: ruling out the impact of common genes.» *Dev Psychol*, 2008: 44(6):1668-77.
- Cabaj, Jason L, Sheila W McDonald, and Suzanne C Tough. «Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood.» *BMC Pediatrics*, 2014: 14:166.
- Caicedo, B, H Gonçalves, DA González, and CG Victora. «Violent delinquency in a Brazilian birth cohort: the roles of breast feeding, early poverty and demographic factors.» *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2010: 24(1):12-23.
- Carvajal, SC, DE Wiatrek, RI Evans, CR Knee, and SG Nash. «Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples.» *J Adolesc Health*, 2000: 27(4):255–265.
- Carvalho, M, MG DeMatos, and SocialAdventureProjectTeam. «Psychosocial determinants of mental health and risk behaviours in adolescents.» *Glob J Health Sci*, 2014: 1;6(4):22-35.
- Chi, TC, and SP Hinshaw. «Mother-child relationships of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions.» *J Abnorm Child Psychol*, 2002: 30:387-400.
- Choudhury, MS, SS Pimentel, and PC Kendall. «Childhood anxiety disorders: parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. .» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003: 42:957-964.
- Collishaw, S, R Goodman, T Ford, S Rabe-Hesketh, and A Pickles. «How far are associations between child, family and community factors and child psychopathology informant-specific and informant-general?» *J Child Psychol Psychiatry*, 2009: 50:571-580.
- Comer, JS, and PC Kendall. «A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004: 43:878-886.
- Costello, EJ, A Angold, and GP Keeler. «Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999: 38(2):121-8.

- Costello, EJ, S Mustillo, A Erkanli, G Keeler, and A Angold. «Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence.» *Arch Gen Psychiatry*, 2003: 60(8):837-44.
- Cox, CM, JA Kenardy, and JK Hendrikz. «A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma.» *J Spec Pediatr Nurs*, 2008: 13(2):98-110.
- Creameens, J, C Eiser, and M Blades. «Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. .» *Health Qual Life Outcomes*, 2006: 4:58.
- Crouch, JL, and LE Behl. «Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential.» *Child Abuse Negl*, 2001: 25:413-9.
- Cummings, EM, MC Goeke-Morey, LM Papp, and TL Dukewich. «Children's responses to mothers' and fathers' emotionality and tactics in marital conflict in the home.» *J Fam Psychol*, 2002: 16(4):478-92.
- de Graaf, R, RV Bijl, J Spijker, AT Beekman, and WA Vollebergh. «Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders--findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003: 38(1):1-11.
- DeLosReyes, A. «Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents.» *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2011: 40(1):1-9.
- DeLosReyes, A, S Salas, MM Menzer, and SE Daruwala. «Criterion validity of interpreting scores from multi-informant statistical interactions as measures of informant discrepancies in psychological assessments of children and adolescents.» *Psychol Assess*, 2013: 25(2):509-19.
- DeLosReyes, A, and AE Kazdin. «Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. .» *Psychol Bull*, 2005: 131:483-509.
- Diareme, S, Tsiantis J, Kolaitis G, Ferentinos S, Tsalamani E, Paliokosta E, Anasontzi S, Lympinaki E, Anagnostopoulos DC, Voumvourakis C, Romer G «Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis: a controlled study in Greece.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006: 15(6):309-18.
- Donnellan, MB, D Larsen-Rife, and RD Conger. «Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships.» *J Pers Soc Psychol*, 2005: 88(3):562–576.
- Dubois-Comtois, K, E Moss, C Cyr, and K Pascuzzo. «Behavior problems in middle childhood: the predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions.» *J Abnorm Child Psychol*, 2013: 41(8):1311-24.

- Duhig, A, K Renk, M Epstein, and V Phares. «Interparental agreement on internalizing, externalizing and total behavior problems: A meta-analysis.» *Clin Psychol Sci Prac*, 2000: 7:435.
- Duke, N, M Ireland, and IW Borowsky. «Identifying psychosocial problems among youth: factors associated with youth agreement on a positive parent-completed PSC-17.» *Child Care Health Dev*, 2005: 31:563-573.
- Dwyer, Sarah B, Jan M Nicholson, and Diana Battistutta. «Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems.» *J Child Psychol Psychiatry*, 2003: 44(5): 699–711.
- Edelbrock, C, AJ Costello, MK Dulcan, NC Conover, and R Kala. «Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview.» *J Child Psychol Psychiatry*, 1986: 27(2):181-90.
- Erdelja, S, P Vokal, M Bolfan, SA Erdelja, B Begovac, and I Begovac. «Delinquency in incarcerated male adolescents is associated with single parenthood, exposure to more violence at home and in the community, and poorer self-image.» *Croat Med J*, 2013: 54(5):460-8.
- Ethier, KA, TS Kershaw, JB Lewis, S Milan, LM Niccolai, and JR Ickovics. «Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: inter-relationships and temporal effects.» *J Adolesc Health*, 2006: 38(3):268-74.
- Evans, SZ, LG Simons, and RL Simons. «The effect of corporal punishment and verbal abuse on delinquency: mediating mechanisms.» *J Youth Adolesc*, 2012: 41(8):1095-110.
- Evans, SZ, LG Simons, and RL Simons. «The effect of corporal punishment and verbal abuse on delinquency: mediating mechanisms.» *J Youth Adolesc*, 2012: 41(8):1095-110.
- Fenton, C, F Brooks, NH Spencer, and A Morgan. «Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis.» *Health Soc Care Community*, 2010: 18(2):189-98.
- Ferdinand, RF, J van der Ende, and FC Verhulst. «Prognostic value of parent-adolescent disagreement in a referred sample.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006: 15:156-162.
- Ferdinand, RF, and FC Verhulst. «Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study.» *Am J Psychiatry*, 1995: 152(11):1586-94.
- Fergusson, DM, JM Boden, and LJ Horwood. «Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood.» *Child Abuse Negl*, 2008: 32:607-19.
- Fergusson, DM, JM Boden, and LJ Horwood. «Exposure to single parenthood in childhood and later mental health, educational, economic, and criminal behavior outcomes.» *Arch Gen Psychiatry*, 2007: 64:1089–1095.

- Fergusson, DM, LJ Horwood, EM Ridder, and AL Beautrais. «Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. .» *Arch Gen Psychiatry*, 2005: 62:66-72.
- Fergusson, DM, LJ Woodward, and LJ Horwood. «Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood.» *Psychol Med*, 2000: 30(1):23-39.
- Fergusson, DM, MT Lynskey, and LJ Horwood. «Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence.» *J Abnorm Child Psychol*, 1996: 24(5):533-53.
- Fergusson, DM, and LJ Woodward. «Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression.» *Arch Gen Psychiatry*, 2002: 59(3):225-31.
- Fergusson, DM, and MT Lynskey. «Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood.» *Child Abuse Negl*, 1997: 21(7):617-30.
- Fleitlich, B, and R Goodman. «Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey.» *BMJ*, 2001: 323(7313):599-600.
- Foley, D, et al. «Informant disagreement for separation anxiety disorder. .» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004: 43:452-460.
- Fombonne, Eric, Gail Wostear, Vanessa Cooper, Richard Harrington, and Michael Rutter. «The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood.» *Br J Psychiatry*, 2001: 179:210-7.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H. «The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004: 39(6):487-96.
- Frank, SJ, LA VanEgeren, JL Fortier, and P Chase. «Structural, relative, and absolute agreement between parents' and adolescent inpatients' reports of adolescent functional impairment.» *J Abnorm Child Psychol*, 2000: 28:395-402.
- Fulkerson, J.A, K.E Pasch, C.L Perry, and K Komro. «Relationships Between Alcohol-related Informal Social Control, Parental Monitoring and Adolescent Problem Behaviors Among Racially Diverse Urban Youth.» *J Community Health*, 2008: 33:425-33.
- Garber, J, DA Van Slyke, and LS Walker. «Concordance between mothers' and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders.» *J Abnorm Child Psychol*, 1998: 26:381-391.
- Garber, J, DA Van Slyke, and LS Walker. «Concordance between mothers' and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders.» *J Abnorm Child Psychol*, 1998: 26:381-391.

- Giannakopoulos, G, C Mihos, C Dimitrakaki, and Y Tountas. «Family correlates of adolescents' emotional/behavioural problems: evidence from a Greek school-based sample.» *Acta Pædiatrica*, 2009: 98;1319–1323.
- Giannakopoulos, G, C Tzavara, C Dimitrakaki, G Kolaitis, V Rotsika, and Y Tountas. «Emotional, behavioural problems and cigarette smoking in adolescence: findings of a Greek cross-sectional study.» *BMC Public Health*, 2010: 3;10:57.
- Giannakopoulos, G, et al. «Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health.» *Health Qual Life Outcomes*, 2009: 15;7:100.
- Giannakopoulos, G, et al. «Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health.» *Health Qual Life Outcomes*, 2009: 15;7:100.
- Gifford-Smith, ME, and CA Brownell. «Childhood peer relationships: social acceptance, friendships, and peer networks.» *J Sch Psychol*, 2003: 41(4):235–284.
- Glascoe, FP. «Increasing identification of psychosocial problems.» *Pediatrics*, 2001: 107:1496.
- Goodman, A, B Fleitlich-Bilyk, V Patel, and R Goodman. «Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007: 46(4):448-56.
- Gore, FM, et al. «Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis.» *Lancet*, 2011: 377(9783):2093-102.
- Grills, AE, and TH Ollendick. «Issues in parent-child agreement: the case of structured diagnostic interviews. .» *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2002: 5:57-83.
- Grills, AE, and TH Ollendick. «Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. .» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003: 42:30-40.
- Haavisto, A, et al. «Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. A prospective 10-year follow-up study.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005: 40(11):912-21.
- Harrington, R, H Fudge, M Rutter, A Pickles, and J. Hill. «Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression I. Psychiatric status.» *Arch Gen Psychiatry*, 1990: 47(5):465-473.
- Hartup, WW. «Peer interaction: what causes what.» *J Abnorm Child Psychol*, 2005: 33(3):387–394.
- Hingson, RW, T Heeren, and MR Winter. «Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity.» *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2006: 160: 739–46.

- Hoeve, M, JS Dubas, VI Eichelsheim, PH van der Laan, W Smeenk, and JR Gerris. «The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis.» *J Abnorm Child Psychol*, 2009: 37(6):749-75.
- Hoffman, LJ, and BC Chu. «Target problem (mis) matching: predictors and consequences of parent-youth agreement in a sample of anxious youth.» *J Anxiety Disord*, 2015: 31:11-9.
- Hofstra, MB, J Van der Ende, and FC Verhulst. «Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000: 39(7):850-8.
- Jackson, AP, J Brooks-Gunn, CC Huang, and M Glassman. «Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes.» *Child Dev*, 2000: 71(5):1409-23.
- Jackson, C, R Geddes, S Haw, and J Frank. «Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review.» *Addiction*, 2012: 107(4):733-47.
- Jensen, PS, et al. «Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stone ME, Lahey BB (1999) Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? .» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999: 38:1569-1579.
- Kapi, A, A Veltsista, Kavadias, Lekea, V G, and C Bakoula. «Social determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Greek adolescents.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007: 42(7):594-8.
- Karver, MS. «Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behavior.» *J Abnorm Child Psychol*, 2006: 34:251–262.
- Kendler, KS, LM Thornton, Gardner, and CO. «Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis.» *Am J Psychiatry*, 2000: 157(8):1243-51.
- Kessler, RC, P Berglund, O Demler, R Jin, KR Merikangas, and EE Walters. «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.» *Arch Gen Psychiatry*, 2005: 62(6):593-602.
- Kessler, RC, PA Berglund, CL Foster, WB Saunders, PE Stang, and EE Walters. «Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood.» *Am J Psychiatry*, 1997: 154(10):1405-11.
- Kim-Cohen, J, A Caspi, TE Moffitt, H Harrington, BJ Milne, and R Poulton. «Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort.» *Arch Gen Psychiatry*, 2003: 60(7):709-17.
- Kivimäki, P, et al. «Alcohol use among adolescents, aggressive behaviour, and internalizing problems.» *J Adolesc*, 2014: 37(6):945-51.

- Kokkevi, A, V Rotsika, A Arapaki, and C Richardson. «Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries.» *J Child Psychol Psychiatry*, 2012: 53:4; 381–389.
- Kolko, DJ, and AE Kazdin. «Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports.» *J Child Psychol Psychiatry*, 1993: 34:991-1006.
- Kostakou, K, et al. «Psychosocial distress and functioning of Greek youth with cystic fibrosis: a cross-sectional study.» *Biopsychosoc Med*, 2014: 8:13.
- Kovacs, M, DS Obrosky, and J Sherrill. «Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward.» *J Affect Disord*, 2003: 74(1):33-48.
- Kraemer, HC, JR Measelle, JC Ablow, MJ Essex, WT Boyce, and DJ Kupfer. «A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives.» *Am J Psychiatry*, 2003: 160:1566-1577.
- Krain, AL, and PC Kendall. «The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. .» *J Clin Child Psychol*, 2000: 29:328-335.
- Lahey, BB, R Loeber, J Burke, PJ Rathouz, and K McBurnett. «Waxing and waning in concert: dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys.» *J Abnorm Psychol*, 2002: 111(4):556-67.
- Lambert, S, and C Cashwell. «Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression.» *The Family Journal*, 2004: 12(2):22–28.
- Langbehn, DR, RJ Cadoret, WR Yates, EP Troughton, and MA Stewart. «Distinct contributions of conduct and oppositional defiant symptoms to adult antisocial behavior: evidence from an adoption study.» *Arch Gen Psychiatry*, 1998: 55(9):821-9.
- Laukkanen, E, ML Rissanen, K Honkalampi, J Kylmä, T Tolmunen, and J Hintikka. «The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2009: 44(1):23-8.
- Lauth, B, GB Arnkelsson, P Magnússon, GÁ Skarphéðinsson, P Ferrari, and H Pétursson. «Parent-youth agreement on symptoms and diagnosis: assessment with a diagnostic interview in an adolescent inpatient clinical population.» *J Physiol Paris*, 2010: 104(6):315-22.
- Lazaratou, H, et al. «Predictors and characteristics of anxiety among adolescent students: a Greek sample.» *Psychiatriki*, 2013: 24(1):27-36.
- Lecic-Tosevski, D, S Draganic-Gajic, M Pejovic-Milovancevic, S Popovic-Deusic, N Christodoulou, and M Botbol. «Child is father of the man: child abuse and development of future psychopathology.» *Psychiatriki*, 2014: 25(3):185-91.

- Lee, TK, KA Wickrama, and LG Simons. «Chronic family economic hardship, family processes and progression of mental and physical health symptoms in adolescence.» *J Youth Adolesc*, 2013: 42(6):821-36.
- Lewinsohn, PM, P Rohde, DN Klein, and Seeley JR. «Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999: 38(1):56-63.
- Loeber, R, JD Burke, J Mutchka, and BB Lahey. «Gun carrying and conduct disorder: a highly combustible combination? Implications for juvenile justice and mental and public health.» *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004: 158(2):138-45.
- Loeber, Rolf, Alison Hipwell, Deena Battista, Mark Sembower, and Magda Stouthamer-Loeber. «Intergenerational Transmission of Multiple Problem Behaviors: Prospective Relationships between Mothers and Daughters.» *J Abnorm Child Psychol*, 2009: 37:1035–1048.
- Loukas, A, HE Fitzgerald, RA Zucker, and A von Eye. «Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons.» *J Abnorm Child Psychol*, 2001: 29(2):91-106.
- Luoma, I, AM Koivisto, and T Tamminen. «Fathers' and mothers' perceptions of their child and maternal depressive symptoms. .» *Nord J Psychiatry*, 2004: 58:205-211.
- Luthar, SS, and E Zigler. «Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood.» *Am J Orthopsychiatry*, 1991: 61(1):6-22.
- Mackenbach, JD, et al. «Exploring the relation of harsh parental discipline with child emotional and behavioral problems by using multiple informants. The generation R study.» *PLoS One* (9(8):e104793), 2014: 13;9(8):e104793.
- MacLeod, RJ, JE McNamee, MH Boyle, DR Offord, και M Friedrich. «Identification of childhood psychiatric disorder by informant: comparisons of clinic and community samples.» *Can J Psychiatry*, 1999: 44:144-150.
- MacMillan, H, MH Boyle, MYY Wong, EK Duku, JE Fleming, and CA Walsh. «Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample.» *CMAJ*, 1999: 161(7):805-9.
- MacMillan, HL, MH Boyle, MY Wong, EK Duku, JE Fleming, and CA Walsh. «Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample.» *CMAJ*, 1999: 161(7):805-9.
- Madkour, AS, T Farhat, CT Halpern, E Godeau, and SN Gabhainn. «Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations.» *J Adolesc Health*, 2010: 47(4):389–398.
- Martin, A, V Ruchkin, A Caminis, R Vermeiren, CC Henrich, and M Schwab-Stone. «Early to bed: a study of adaptation among sexually active urban adolescent girls younger than age sixteen.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005: 44(4):358-67.

- Martin, JL, CB Ford, J Dyer-Friedman, J Tang, and LC Huffman. «Patterns of agreement between parent and child ratings of emotional and behavioral problems in an outpatient clinical setting: when children endorse more problems. .» *J Dev Behav Pediatr*, 2004: 25:150-1.
- Maslowsky, J, JE Schulenberg, and RA Zucker. «Influence of conduct problems and depressive symptomatology on adolescent substance use: developmentally proximal versus distal effects.» *Dev Psychol*, 2014: 50(4):1179-89.
- Maughan, B, R Rowe, J Messer, R Goodman, and H Meltzer. «Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology.» *J Child Psychol Psychiatry*, 2004: 45(3):609-21.
- Mbekou, V, S Macneil, M Gignac, and J Renaud. «Parent-youth agreement on self-reported competencies of youth with depressive and suicidal symptoms.» *Can J Psychiatry*, 2015: 60(2 Suppl 1):S55-60.
- Mezulis, Amy, Rachel H Salk, Janet Shibley Hyde, Heather A. Priess-Groben, και Jordan L. Simonson. «Affective, Biological, and Cognitive Predictors of Depressive Symptom Trajectories in Adolescence.» *J Abnorm Child Psychol*, 2014: 42:539–550.
- Monroe, SM, and KL Harkness. «Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective.» *Psychol Rev*, 2005: 112(2):417-45.
- Moreno, C, et al. «Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints.» *Int J Public Health*, 2009: 54 Suppl 2:235-42.
- Moss, HB, CM Chen, Yi, and HY. «Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample.» *Drug Alcohol Depend*, 2014: 36:51-62.
- Najman, JM, et al. «Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? .» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* , 2000: 39:592-602.
- Nomura, Y, PJ Wickramaratne, V Warner, L Mufson, and MM Weissman. «Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002: 41(4):402-9.
- Oldehinkel, AJ, and J Ormel. «A longitudinal perspective on childhood adversities and onset risk of various psychiatric disorders.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2015: 24(6):641-50.
- Omran, AR, and , G Al-Hafez. *Health Education for Adolescents: Guidelines for Parents, Teachers, Health Workers and the Media*. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean : Omran AR, Al-Hafez G. Health Education for Adolescents: Guidelines for Parents, Teachers, Health WorkeEMRO Nonserial Publication, 2006.

- Overbeek, G, M ten Have, W Vollebergh, and R de Graaf. «Parental lack of care and overprotection. Longitudinal associations with DSM-III-R disorders.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 2007: 42:87-93.
- Papatheophilou, R, K Bada, I Micheloyiannakis, G Makaronis, and S Pantelakis. «Psychiatric disorders in 6- to 8-year-old children in the greater Athens area.» *Bibl Psychiatr*, 1981: (160):92-100.
- Patton, George C, et al. «The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study.» *Lancet*, 2014: 383: 1404–11.
- Petanidou, D, C Mihas, C Dimitrakaki, G Kolaitis, and Y Tountas. «Selected family characteristics are associated with adolescents' subjective health complaints.» *Acta Paediatr*, 2014: 103(2):201-6.
- Petanidou, D, G Giannakopoulos, C Tzavara, C Dimitrakaki, G Kolaitis, and Y Tountas. «Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints: investigating associations with emotional/behavioural difficulties in a cross-sectional, school-based study.» *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2014: 8(1):3.
- Petanidou, D, et al. «Identifying the sociodemographic determinants of subjective health complaints in a cross-sectional study of Greek adolescents.» *Ann Gen Psychiatry*, 2012: 11(1):17.
- Peter, T, LW Roberts, and R Buzdugan. «Suicidal ideation among Canadian youth: a multivariate analysis.» *Arch Suicide Res*, 2008: 12(3):263-75.
- Pickett, W, RJ Iannotti, B Simons-Morton, and S Dostaler. «Social environments and physical aggression among 21,107 students in the United States and Canada.» *J Sch Health*, 2009: 79(4):160-8.
- Pihlakoski, L, A Sourander, M Aromaa, P Rautava, H Helenius, and M Sillanpää. «The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12-year-old children.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2006: 15(7):409-17.
- Pine, DS, P Cohen, D Gurley, J Brook, and Y Ma. «The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders.» *Arch Gen Psychiatry*, 1998 : 55(1):56-64.
- Poulin, F, and A Chan. «Friendship stability and change in childhood and adolescence.» *Dev Rev*, 2010: 30(3):257–272.
- Prokhorov, AV, et al. «Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians.» *Pediatrics*, 2006: 118(3):e890–e903.
- Rao, U, C Hammen, and S.E. Daley. «Continuity of depression during the transition to adulthood: A 5-year longitudinal study of young women.» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999: 38; 908–916.

- Rasmussen, CS, LG Nielsen, DJ Petersen, E Christiansen, and N Bilenberg. «Adverse life events as risk factors for behavioural and emotional problems in a 7-year follow-up of a population-based child cohort.» *Nord J Psychiatry*, 2014: 68(3):189-95.
- Rasmussen, M, MT Damsgaard, BE Holstein, LH Poulsen, and P Due. «School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms.» *Eur J Public Health*, 2005: 15(6):607-12.
- Reich, W, B Herjanic, Z Welner, and PR Gandhi. «Development of a structured psychiatric interview for children: agreement on diagnosis comparing child and parent interviews.» *J Abnorm Child Psychol*, 1982: 10:325-336.
- Renk, K, and V Phares. «Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents.» *Clin Psychol Rev*, 2004: 24:239-254.
- Richter, M, CA Vereecken, W Boyce, L Maes, SN Gabhainn, and CE Currie. «Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries.» *Int J Public Health*, 2009: 54(4):203-12.
- Ritsher, JE, V Warner, JG Johnson, and BP Dohrenwend. «Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models.» *Br J Psychiatry*, 2001: Suppl 40:s84-90.
- Roussos, A, K Francis, V Zoubou, S Kiprianos, A Prokopiou, and C Richardson. «The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2001: 10:47-53.
- Roussos, A, et al. «Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1999: 8:165-172.
- Roza, SJ, MB Hofstra, J van der Ende, and FC Verhulst. «Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood.» *Am J Psychiatry*, 2003: 160(12):2116-21.
- Rubio-Stipec, M, G Fitzmaurice, J Murphy, and A Walker. «The use of multiple informants in identifying the risk factors of depressive and disruptive disorders--are they interchangeable?» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003: 38:51-58.
- Rubio-Stipec, M, GJ Canino, P Shrout, M Dulcan, D Freeman, and M Bravo. «Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC.2).» *J Abnorm Child Psychol*, 1994: 22:703-720.
- Rutter, M, A Caspi, and TE Moffitt. «Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies.» *J Child Psychol Psychiatry*, 2003: 44(8):1092-115.
- Rutter, M, J Tizard, and K Whitmore. *Education, Health and Behaviour*. London: Longman, 1970.

- Rutter, Michael, Julia Kim-Cohen, and Barbara Maughan. «Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life.» *J Child Psychol Psychiatry*, 2006: 47; 276–295.
- Sabia, JJ, and DI Rees. «The effect of adolescent virginity status on psychological well-being.» *J Health Econ*, 2008: 27(5):1368–1381.
- Sawyer, Susan M, et al. «Adolescence: a foundation for future health.» *Lancet*, 2012: 379;1630–40.
- Seiffge-Krenke, I, and F Kollmar. «Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: a longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour.» *J Child Psychol Psychiatry*, 1998: 39:687-697.
- Shearer, C, A Crouter, and S McHale. «Parents' perceptions of changes in mother–child and father–child relationships during adolescence.» *J Adolesc Res*, 2005: 20(6):662–684.
- Sheeber, LB, B Davis, C Leve, H Hops, and E Tildesley. «Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology.» *J Abnorm Psychol*, 2007: 116(1):144–154.
- Short, M, and S Rosenthal. «Psychosocial Development and Puberty.» *Ann N Y Acad Sci*, 2008: 1135:36-42.
- Soumaki, E, G Kolaitis, S Christogiorgos, Ch Assimopoulos, P Mama-Agapiou, and J Tsiantis. «Psychological factors in children and adolescents with epilepsy and their families.» *Review of clinical pharmacology and pharmacokinetics*, 2009: 23:59-66.
- Sourander, A, L Helstela, and H Helenius. «Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems .» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* , 1999: 34:657-663.
- Sourander, A, L Pihlakoski, M Aromaa, P Rautava, H Helenius, and M Sillanpaa. «Early predictors of parent- and self-reported perceived global psychological difficulties among adolescents: a prospective cohort study from age 3 to age 15.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006: 41:173-182.
- Sourander, A, L Pihlakoski, M Aromaa, P Rautava, H Helenius, and M Sillanpaa. «Early predictors of parent- and self-reported perceived global psychological difficulties among adolescents: a prospective cohort study from age 3 to age 15.» *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006: 41:173-182.
- Sourander, A, and L Helstelä. «Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from age 8 to 16.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2005: 14(8):415-23.

- Spatz-Widom, C, K DuMont, and SJ Czaja. «A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up.» *Arch Gen Psychiatry*, 2007: 64:49-56.
- Stefanis, NC, P Delespaul, C Henquet, C Bakoula, CN Stefanis, and J VanOs. «Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis.» *Addiction*, 2004: 99(10):1333-41.
- Steinberg, L, and AS Morris. «Adolescent development.» *Annu Rev Psychol*, 2001: 52:83–110.
- Straus, MA, and C Smith. «Family patterns and child abuse.» Στο *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*, του/της M Straus, GRM, & editor. New Brunswick NJ Transaction Publishers, 1990.
- Straus, MA, and VE Mouradian. «Impulsive corporal punishment by mothers and antisocial behavior and impulsiveness of children.» *Behav Sci Law*, 1998: 16:353-374.
- Straus, MA, and VE Mouradian. «Impulsive corporal punishment by mothers and antisocial behavior and impulsiveness of children.» *Behav Sci Law*, 1998: 16:353-74.
- Tamara, D, AJ Afifi, and D Aldeis. «Why can't we just talk about it? Parents' and adolescents' conversations about sex.» *J Adolesc Res*, 2008: 23(6):689–721.
- Tarrant, M, AC North, MD Edridge, LE Kirk, EA Smith, and RE Turner. «Social identity in adolescence.» *J Adolesc*, 2001: 24:597–609.
- Tee, GH, and G Kaur. «Correlates of current smoking among Malaysian secondary school children.» *Asia Pac J Public Health*, 2014: 26(5 Suppl):70S-80S.
- Thornberry, TP, KL Henry, TO Ireland, and CA Smith. «The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment.» *J Adolesc Health*, 2010: 46(4):359-65.
- Treutler, CM, and CC Epkins. «Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? .» *J Abnorm Child Psychol*, 2003: 31:13-27.
- Tsiantis, J, et al. «Coping in children with haemophilia and thalassaemia: a cross-national study.» *European Journal of Pediatrics*, 2004.
- Van Roy, B, B Groholt, S Heyerdahl, and J Clench-Aas. «Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors.» *BMC Psychiatry*, 2010: 10:56.
- Vandervalk, I, E Spruijt', M De Goede, W Meeus, and C. Maas. «Marital status, marital process, and parental resources in predicting adolescents' emotional adjustment: a multilevel analysis.» *J Fam Issues*, 2004: 25: 291–317.

- Vassi, Ippolyti, Alexandra Veltsista, and Chryssa Bakoula. «Parenting Practices and Child Mental Health Outcomes.» Στο *Handbook of Parenting: Styles, Stresses, and Strategies*, του/της Pacey H Krause, & Tahlia M. Dailey. 2009.
- Verhulst, FC, J van der Ende, and A Rietbergen. «Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: No evidence for strong trends.» *Acta Psychiatr Scand*, 1997: 96: 7-13.
- Verhulst, FC, M Althaus, and GF Berden. «Verhulst FC, Althaus M, Berden GF (1987) The Child Assessment Schedule: parent-child agreement and validity measures.» *J Child Psychol Psychiatry*, 1987: 28:455-466.
- Verhulst, FC, and J van der Ende. «Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. .» *J Child Psychol Psychiatry* , 1992: 33:1011-1023.
- Waldrop, AE, RF Hanson, HS Resnick, DG Kilpatrick, AE Naugle, and BE Saunders. «Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention.» *J Trauma Stress*, 2007: 20(5):869-79.
- Wang, J, L Liu, H Wu, X Yang, Y Wang, and L Wang. «Agreement between parents and adolescents on emotional and behavioral problems and its associated factors among Chinese school adolescents: a cross-sectional study.» *BMC Psychiatry*, 2014: 14:114.
- Waters, E, S Stewart-Brown, and R Fitzpatrick. «Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. .» *Child Care Health Dev*, 2003: 29:501-509.
- Weissman, MM, et al. «Assessing psychiatric disorders in children. Discrepancies between mothers' and children's reports.» *Arch Gen Psychiatry* , 1987: 44:747-753.
- Weissman, MM, et al. «Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up.» *Arch Gen Psychiatry*, 1999: 56(9):794-801.
- WHO. *Social determinants of health and well-being among young people. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2009/2010 SURVEY*. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2012.
- Widom, CS, K DuMont, and SJ Czaja. «A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up.» *Arch Gen Psychiatry*, 2007: 64:49-56.
- Wille, Nora, Susanne Bettge, Ulrike Ravens-Sieberer, and the BELLA study group. «Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study.» *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2008: 17 [Suppl 1]:133–147.
- Windle, M. «Alcohol use among adolescents and young adults.» *Alcohol Res Health*, 2003: 27(1):79–85.

- Wittchen, HU, K Beesdo, A Bittner, and RD Goodwin. «Depressive episodes--evidence for a causal role of primary anxiety disorders.» *Eur Psychiatry*, 2003: 18(8):384-93.
- Wittchen, HU, RC Kessler, H Pfister, and M Lieb. «Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study.» *Acta Psychiatr Scand*, 2000: 102:14-23.
- Woodward, LJ, and FDM. «Parent, Child, and Contextual Predictors of Childhood Physical Punishment.» *Infant Child Dev*, 2002: 11:213-35.
- Yang, H, et al. «Parental awareness of adolescent risk involvement: implications of overestimates and underestimates.» *J Adolesc Health* , 2006: 39:353-361.
- Yeh, M, and JR Weisz. « Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. .» *J Consult Clin Psychol* , 2001: 69:1018-1025.
- Youngstrom, E, C Izard, and B Ackerman. «Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. .» *J Consult Clin Psychol* , 1999: 67:905-916.
- Youngstrom, E, R Loeber, and M Stouthamer-Loeber. «Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. .» *J Consult Clin Psychol* , 2000: 68:1038-1050.
- Zahn-Waxler, C, EA Shirtcliff, and K Marceau. «Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology.» *Annu Rev Clin Psychol*, 2008: 4:275-303.
- Zambon, A, P Lemma, A Borraccino, P Dalmasso, and F Cavallo. «Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations.» *Eur J Public Health*, 2006: 16(6):627-32.
- Zambon, A, et al. «The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries.» *J Epidemiol Community Health*, 2010: 64(1):89-95.
- Αναγνωστόπουλος, Δημήτρης Κ, και Ευγενία Σουμάκη. «Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων.» *Ψυχιατρική*, 2012: 23(1),13-16.
- Καραντανος, Γ. «Συνέχειες και ασυνέχειες των παιδοψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή: Ζητήματα αναγνώρισης.» *Ψυχιατρική* 2012, , 2012: 23:Π15–Π26.
- Κολαΐτης, Γ. «Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: Συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή.» *Ψυχιατρική*, 2012: 23:Π94–Π100.
- Κολαΐτης, Γ. «Συνέχιση παιδικής ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή.» *Ψυχιατρική*, 1994: 5(1β):17-23.
- Λύκουρας, Ελευθέριος. «Ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας: Συνέχειες και ασυνέχειες στην ενήλικη ζωή.» *Ψυχιατρική*, 2012: 23(Παράρτημα Ι),11-14.

- Ματσανιώτης, Ν, και Θ Καρπάθιος. *Παιδιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1999.
- Μπακοπούλου, Φλώρα. «Ο ρόλος των γονέων στην εφηβική ψυχική υγεία και συμπεριφορά. Τι κάνουμε λάθος;» *Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 2015: 65(1):123-132.
- Παπαπανικολόπουλος, Παναγιώτης Ν, και Παναγιώτης Ν Καρδαράς. «Η επίδραση των οικογενειακών παραγόντων στην ανήλικη παραβατικότητα.» *Παιδιατρική*, 2014: 77(4):262-277.
- Τσιάντης, Ι. *Εφηβεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, 1998.

7 ΠΕΡΙΛΗΨΗ / ABSTRACT

Εισαγωγή: Οι διαταραχές ψυχικής υγείας στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό βρίσκονται στο προσκήνιο με βάση πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα, που τις κατατάσσουν σε μία από τις συχνότερες αιτίες αναπηρίας και θνησιμότητας στους εφήβους. Σε μία προσπάθεια κατανόησής τους και διερεύνησης των αιτίων τους, τα προβλήματα αυτά στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή έχουν θεωρηθεί ως η δυναμική συνέχεια αντίστοιχων προβλημάτων της παιδικής ηλικίας.

Ιδιαίτερα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά την εφηβεία αναπτύσσονται σωματικά, ψυχοκοινωνικά και γνωσιακά χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούν ουσιαστικά τον έφηβο από τους ενηλίκους και κυρίως τους γονείς του. Με αυτό τον τρόπο προκύπτουν διαφορές που επεκτείνονται πέραν του κοινωνικού επιπέδου και σε άλλους τομείς, όπως η περιγραφή των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του.

Ένα σημαντικό βήμα για τον έγκαιρο εντοπισμό, πρόληψη και θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών είναι η αναγνώριση και η διερεύνηση παραγόντων καθοριστικών για τα προβλήματα αυτά. Στη βιβλιογραφία πολλοί παράγοντες κινδύνου αλλά και προστατευτικοί παράγοντες έχουν συσχετισθεί με διαταραχές ψυχικής υγείας στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Αυτοί σχετίζονται με το ίδιο το παιδί, την οικογένεια και την κοινωνία. Παρά τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τα προβλήματα αυτά, την απόκλιση των αναφορών τους και διάφορους συσχετιζόμενους παράγοντες, ποικίλοι μεθοδολογικοί περιορισμοί, δεν επιτρέπουν τη γενίκευση τους στον Ελληνικό πληθυσμό. Επιπλέον για την Ελλάδα, αντίστοιχα στοιχεία δεν υπάρχουν σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να εξετάσει

- I. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών στην ηλικία των 7 ετών και τη συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες
- II. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και τη συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες

- III. Τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων στην ηλικία των 18 ετών και τη διαχρονική συσχέτισή τους με παράγοντες από τη γέννηση, την παιδική ηλικία (7 έτη) και την εφηβεία (18 έτη)
- IV. Τις διαφορές γονέων και εφήβων στην αναφορά και βαθμολογία των προβλημάτων συμπεριφοράς των ίδιων των εφήβων και τη συγχρονική συσχέτισή τους με διάφορους παράγοντες.

Μεθοδολογία: Η συλλογή του πληθυσμού της μελέτης έγινε στα πλαίσια της Διαχρονικής Μελέτης της Υγείας των Ελληνοπαίδων από τη γέννηση έως τα 18 έτη, που πραγματοποιήθηκε από την Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών σε τρεις φάσεις.

- *Περιγεννητική φάση:* Παιδιά που γεννήθηκαν 1-30 Απριλίου 1983 σε κάθε περιοχή της Ελλάδας και αποτέλεσαν τον πληθυσμό της 1ης Πανελλήνιας Περιγεννητικής Έρευνας (ΠΠΕ). Η ημερομηνία γέννησης χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να εξασφαλιστεί η τυχαία δειγματοληψία. Καταγράφηκαν 11.048 συνεχείς, επάλληλες γεννήσεις
- *Ηλικία των 7 ετών:* Αναζητήθηκε ο ίδιος πληθυσμός στα δημοτικά σχολεία όλης της χώρας, ηλικίας πλέον 7 ετών. Τελικά εντοπίστηκαν 8.158 παιδιά.
- *Ηλικία των 18 ετών:* Το 2001, αναζητήθηκαν μέσω των Λυκείων όλης της χώρας οι έφηβοι που ήταν γεννημένοι 1-30 Απριλίου 1983. Τελικά 3.415 παιδιά εξετάστηκαν συγχρονικά στην παρούσα μελέτη.

Για την συγχρονική ανάλυση στα 7 έτη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από 8132 παιδιά. Για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας στα 7 έτη χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα του Rutter A2 η οποία απαντάται από τους γονείς και εκτιμά αποκλίσεις συναισθήματος, διαγωγής και συνολικά προβλήματα.

Για την συγχρονική μελέτη στα 18 έτη χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από 3415 παιδιά. Για την διαχρονική μελέτη των παιδιών που συμμετείχαν και στις 3 περιόδους, ταυτοποιήθηκαν 2.032 άτομα για τα οποία είχαμε στοιχεία από τη γέννηση, τα 7 και τα 18 έτη. Για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας στα 18 έτη χρησιμοποιήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα αυτοαξιολόγησης της ψυχικής υγείας των εφήβων που

απευθύνεται στους ίδιους (Youth Self Report – YSR) και η ψυχομετρική κλίμακα αξιολόγησης της ψυχικής υγείας των εφήβων που απευθύνεται στους γονείς (Child Behaviour Checklist – CBCL) τα οποία έχει δημιουργήσει ο Achenbach.

Προκειμένου να ελεγχθούν οι διαφορές στην αναφορά των προβλημάτων συμπεριφοράς των εφήβων μεταξύ γονέων και εφήβων στην ηλικία των 18 ετών ταυτοποιήθηκαν 2.927 ζεύγη γονέων - εφήβων που απάντησαν πλήρως σε ισάριθμα ζεύγη ερωτηματολογίων. Για την μελέτη της απόκλισης μεταξύ των πληροφοριών που παρέχουν οι γονείς και οι έφηβοι σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση των εφήβων δημιουργήθηκε μία νέα μεταβλητή με την αφαίρεση της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου των γονέων από αυτή των εφήβων (YSR μείον CBCL).

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιούνται βιολογικοί, κοινωνικοί και οικογενειακοί παράγοντες από τις 3 περιόδους. Πιο συγκεκριμένα:

Από τη γέννηση: το είδος του τοκετού, το στρες του εμβρύου και της μητέρας κατά τον τοκετό.

Από τα 7 έτη: δημογραφικοί παράγοντες όπως το είδος της οικογένειας, η εκπαίδευση των γονέων, ο αριθμός αδελφών, καθώς και η χρόνια νόσος του παιδιού, ατυχήματα που έχουν συμβεί, η σωματική τιμωρία, το ενδιαφέρον των γονέων για την πρόοδο του παιδιού.

Από τα 18 έτη: δημογραφικοί παράγοντες όπως το είδος της οικογένειας, η εκπαίδευση των γονέων, ο αριθμός αδελφών, παράγοντες από τους γονείς όπως το στρες, προβλήματα υγείας, το ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες του παιδιού, καθώς και χρόνια νοσήματα του παιδιού, η ύπαρξη φίλων, η χρήση καπνού, αλκοόλ, απαγορευμένων ουσιών, οι σεξουαλικές σχέσεις.

Αποτελέσματα: Από την συγχρονική μελέτη στα 7 έτη βρέθηκε ότι με αποκλίσεις συμπεριφοράς, συναισθήματος και συνολικά προβλήματα συσχετίστηκαν το φύλο, ο αριθμός αδελφών, η μονογονεϊκή οικογένεια, η εκπαίδευση του πατέρα, το χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού, η σωματική τιμωρία, η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για τις δραστηριότητες και τη σχολική επίδοση, η αυξημένη παροχή αγαθών, τα ατυχήματα.

Από την συγχρονική μελέτη στα 18 έτη βρέθηκε ότι με διαταραχές συμπεριφοράς, συναισθήματος και συνολικά προβλήματα συσχετίστηκαν το θήλυ φύλο, η μονογονεϊκή οικογένεια, τα προβλήματα υγείας και το στρες της μητέρας, η έλλειψη ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες του παιδιού, καθώς και χρόνια νοσήματα του παιδιού, η απουσία φίλων, η χρήση καπνού, αλκοόλ, απαγορευμένων ουσιών, οι σεξουαλικές σχέσεις.

Από τη διαχρονική μελέτη του πληθυσμού φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών συμπεριφοράς, συναισθήματος και των συνολικών προβλημάτων στα 7 και στα 18 έτη. Επίσης παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για αυτές τις διαταραχές στα 18 έτη είναι το φύλο, το στρες της μητέρας, η έλλειψη ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες του παιδιού, η ελλιπής επιτήρηση, η σωματική τιμωρία.

Από τη διερεύνηση των βαθμολογιών γονέων και εφήβων σχετικά με τις διαταραχές ψυχικής υγείας των εφήβων φαίνεται ότι οι βαθμολογίες των εφήβων στην κλίμακα YSR ήταν υψηλότερες σε σχέση με τις βαθμολογίες των γονέων για την κλίμακα CBCL. Η συμφωνία των βαθμολογιών είναι μεγαλύτερη για τα προβλήματα συμπεριφοράς και μικρότερη για τα προβλήματα συναισθήματος. Παράγοντες που βρέθηκαν να συμβάλλουν στη διάσταση απόψεων γονέων και εφήβων είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία της μητέρας, η ελλιπής γονεϊκή εποπτεία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων.

Συζήτηση: Στον πληθυσμό που μελετήθηκε παρατηρήθηκε συσχέτιση των προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, με αντίστοιχες διαταραχές στην εφηβεία, ιδιαιτέρως για τα κορίτσια. Γενικότερα το φύλο αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην απόκλιση της συμπεριφοράς πιθανότατα λόγω πολιτισμικών επιρροών. Επιπλέον σε μονογονεϊκές οικογένειες ίσως λόγω της διαδικασίας του χωρισμού και της διαταραγμένης φροντίδας, τα παιδιά παρουσιάζουν όχι σπάνια αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων συμπεριφοράς

Καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας η σωματική τιμωρία, ακόμη και όταν είναι ήπια, αποτελεί μία μορφή κακοποίησης και σχετίζεται με ποικιλία αρνητικών

συμπεριφορών. Η συνολική εποπτεία της ζωής των παιδιών μπορεί άμεσα, αλλά και έμμεσα με τη βοήθεια των γονέων, να βοηθήσει τα παιδιά να ενταχθούν καλύτερα στην κοινωνία. Η έλλειψη ενδιαφέροντος των γονέων για τις δραστηριότητες ενός παιδιού συνέβαλε σημαντικά στην εμφάνιση αποκλίσεων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία και την εφηβεία. Γενικά, η έλλειψη συμμετοχής των γονέων στην κοινωνική ζωή των παιδιών και εφήβων, υπό την έννοια της ευρύτερης επιτήρησής της, είναι σημαντική για την εξέλιξή τους και κάνει τα παιδιά να αισθάνονται λιγότερο ασφαλή. Αξίζει να σημειωθεί ο ρόλος του στρες των γονέων στις αποκλίσεις συμπεριφοράς και συναισθήματος των εφήβων.

Για τα παιδιά η συναναστροφή με συνομηλίκους και η δημιουργία φιλικών σχέσεων είναι ιδιαίτερα σημαντικές και ασκούν μεγάλη επιρροή κατά τη διάρκεια της εφηβείας γιατί με αυτό τον τρόπο αποκτούν σημαντική κοινωνική στήριξη. Βέβαια υπάρχει πάντα η πιθανότητα παρουσίας επικίνδυνων συμπεριφορών που παρουσιάζουν αμφίδρομη σχέση με τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Δεδομένου ότι στην πρώιμη ανίχνευση των διαταραχών της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης στηρίζεται η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών αργότερα, τα ευρήματα της μελέτης αποτελούν σημαντικό βοήθημα τόσο για τους παιδιάτρους και τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και για τους ίδιους τους γονείς. Η έγκαιρη επισήμανση τους μπορεί να διευκολύνει τις παρεμβάσεις για την εξομάλυνση των προβλημάτων. Η κατανόηση και στήριξη αυτής της δυναμικής σχέσης θα βοηθήσει τους εφήβους να αποκτήσουν την ανεξαρτητοποίησή τους και την αποδοχή της από τους γονείς. Τέλος, και οι γονείς, γνωρίζοντας σε τι υστερούν και που πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα, μπορούν να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη επιτυχία τις εντάσεις αυτής της ιδιαίτερης για τα παιδιά και δύσκολης για τους ίδιους περιόδου. Στις περιπτώσεις όπου τα προβλήματα παραμένουν, παρά την πρωτοβάθμια παρέμβαση, η οικογένεια πρέπει να παραπεμφθεί σε ειδικούς για την ψυχική υγεία.

ABSTRACT

Introduction: Recent epidemiological data has brought attention to children's and adolescents' mental health disorders, which are classified as one of the commonest causes of disability and mortality in adolescents. The trajectory of such problems from childhood to adolescence is studied in order to understand their evolution and their causes. The physical, psychosocial and cognitive characteristics that develop during adolescence differentiate adolescent to adults, especially their parents and result in discrepancies in their perceptions about the description of emotions and behavior.

It is crucial to determine variables that correlate to emotional and behavioral problems in order to achieve early detection, prevention and treatment of psychiatric disorders. Several risk and protective factors have been associated with mental health disorders in children and adolescents. However, due to various methodological limitations the results are not generalizable in the Greek population. Moreover, there is no other available longitudinal data on a representative sample of the general Greek population.

Aim: The purpose of this study is to examine

- I. Behavioral and emotional problems of children at the age 7 years and correlation to various factors
- II. Behavioral and emotional problems of adolescents at the age of 18 years and correlation to various factors
- III. Behavioral and emotional problems of adolescents at the age of 18 years and correlation to factors from birth, childhood (7 years) and adolescence (18 years)
- IV. Discrepancies between parents' and adolescents' reports of adolescents' behavioral and emotional problems and correlation with various factors.

Methodology: This study was part of a longitudinal study about Greek children's health from birth to 18 years, held by the University of Athens in three study periods.

- *Perinatal*: Children born on the 1-30 April 1983 from all over Greece were included in the study (1st Hellenic Perinatal Research). 11048 consecutive, births were detected.
- *7 years*: An attempt was made to identify children born on the 1-30 April 1983 at the age of 7 through primary schools. Eventually 8158 children were detected.
- *18 years*: In 2001, an attempt was made to identify adolescents born on the 1-30 April 1983 at the age of 18 years through high schools all over the country. Finally 3415 children were detected.

For the cross-sectional analysis at 7 years, data from 8132 children was used. In order to assess emotional and behavioral deviations at the age of 7 years, Rutter A2 scale was used.

For the cross-sectional study at 18 years, data from 3415 children was used. In order to assess emotional and behavioral problems at the age of 18 years, Achenbach's scales were used, Youth Self Report - YSR was completed by adolescents and Child Behaviour Checklist - CBCL by their parents.

For the longitudinal study of children who participated in all 3 study periods, 2032 children were identified. In order to control the discrepancies between adolescents' and parents' reports about adolescents' emotional and behavioral problems, 2927 pairs of fully answered questionnaires were identified. The discrepancy between the information provided by parents and adolescents was assessed through a new variable created by subtracting the score of parents' questionnaire of from adolescents' questionnaire (YSR minus CBCL).

Biological, social and family factors were used as independent variables.

Birth: type of labor, maternal and fetal distress.

7 years: demographic factors such as marital status, parental education, number siblings, and chronic child disease, accidents, physical punishment, parents' interest on child's progress.

18 years: demographic factors such as marital status, parental education, number siblings, parental stress, health problems, interest in child's activities, and children's chronic disease, friends, sexual relationships, use of tobacco, alcohol, drugs.

Results: Cross-sectional study at 7 years: emotional, conduct and total problems were correlated to gender, number of siblings, single parent family, paternal education, child's chronic health problem, physical punishment, lack of parental interest in children's activities and school performance, accidents.

Cross-sectional study at 18 years: internalizing, externalizing and total problems were correlated to female gender, single parent family, parental health problems and stress, lack of interest in child's activities, chronic child diseases, lack of friends, tobacco use, alcohol, drugs, sexual relationships.

Longitudinal study: A correlation between emotional and behavioral problems at 7 and 18 years was detected. Factors derived from all study periods that seem to increase the risk for these disorders are gender, maternal stress, lack of interest on child's activities, lack of supervision, physical punishment.

The comparison of parental and adolescents' scores on adolescents' mental health problems resulted in higher scores in YSR than CBCL scale. The deviation was greater for behavioral problems. Factors that correlate to the discrepancies are gender, marital status, working mother, poor parental supervision, and low parental education.

Discussion: In the present study a correlation between behavioral problems in childhood with corresponding disorders in adolescence was observed, particularly for girls. Generally gender is a factor that contributes to differences in behavior probably due to cultural influences. In addition single-parent families increase the risk for behavioral problems, probably because of the process of separation and impaired care.

Even mild physical punishment is perceived as a form of maltreatment and is associated to various negative behaviors. The overall supervision of children's lives seems to be crucial for children and helps them integrate in the society. Lack of interest in child's activities correlates to behavioral deviation in childhood and adolescence. In general, it seems that parental involvement in children's and adolescents' social life is important for their development and feeling of security. The role of parental stress in adolescent behavioral deviations is remarkable. Relationship with friends and integration in groups seem to be crucial throughout childhood and adolescence as a means of acquiring social support.

Early detection of psychosocial problems in children is necessary for the prevention of later mental disorders. Findings of this study are important for pediatricians and primary health care professionals. Early identification of such problems can facilitate interventions. Understanding and supporting the parent – child relationship helps adolescents achieve independence accepted by parents. Finally in case of behavioral problems, despite primary intervention, the child should be referred to specialists in mental health.

8 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α (ενότητα Ι)

Πίνακας Π1. Περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των παιδιών 7 ετών που μελετήθηκαν συγχρονικά ως προς τις κατηγορικές μεταβλητές

	N	%
Φύλο		
κορίτσια	3828	48.3
αγόρια	4097	51.7
Παππούδες		
Παρουσία	2194	27
Απουσία	5938	73
Δομή οικογένειας		
Μη διγονεϊκή	228	2.8
Διγονεϊκή	7810	97.2
Εκπαίδευση μητέρας		
πρωτοβάθμια	2839	35.2
δευτεροβάθμια	3309	41.1
τριτοβάθμια	1907	23.7
Εκπαίδευση πατέρα		
πρωτοβάθμια	2616	32.6
δευτεροβάθμια	2986	37.2
τριτοβάθμια	2417	30.1
Χρόνιο πρόβλημα υγείας παιδιού		
στο παρελθόν	417	5.3
στο παρόν	603	7.7
απουσία	6808	87
Σωματική τιμωρία		
Συχνά	1255	19.7
Ποτέ/σπάνια	5111	80.3
Ενδιαφέρον γονέων		
Υπερβολική ανησυχία	1104	14
Αδιαφορία	426	5.4
Φυσιολογικό	6343	80.6

Πίνακας Π2. Περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των παιδιών 7 ετών που μελετήθηκαν συγχρονικά ως προς τις συνεχείς μεταβλητές

	Διάμεση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
<i>Αδέλφια</i>	1	0	13
<i>Αριθμός παπουτσιών</i>	3	1	5
<i>Αριθμός ατυχημάτων</i>	0	0	7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (ενότητες II, IV)

Πίνακας Π3. Περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των εφήβων 18 ετών που μελετήθηκαν συγχρονικά ως προς τις συνεχείς μεταβλητές

	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ηλικία μητέρας	43,66	5,21	30	65
Αριθμός αδελφών	1,43	0,97	0	13
Εβδομαδιαίο εισόδημα(χαρτζίλικο)	19.43	15.51	0	146

Πίνακας Π4. Περιγραφικά στοιχεία του πληθυσμού των εφήβων 18 ετών που μελετήθηκαν συγχρονικά ως προς τις κατηγορικές μεταβλητές

	N	%
Φύλο		
Αγόρια	1321	45.1
Κορίτσια	1606	54.9
Δομή οικογένειας		
Μονογονεϊκή	302	11.3
Διγονεϊκή	2361	88.7
Εκπαίδευση μητέρας		
Πρωτοβάθμια	893	30.5
Δευτεροβάθμια	1268	43.3
Τριτοβάθμια	766	26.2
Εκπαίδευση πατέρα		
Πρωτοβάθμια	832	28.4
Δευτεροβάθμια	1084	37
Τριτοβάθμια	1011	34.5
Στρες μητέρας		
Πολύ	431	14.9
Μέτριο	1640	56.7
Καθόλου/λίγο	819	28.3
Στρες πατέρα		
Πολύ	442	15.9
Μέτριο	1526	54.9
Καθόλου/λίγο	810	29.2
Υγεία μητέρας		
Κακή	148	5.4
Μέτρια	571	20.7
Καλή	2037	73.9
Υγεία πατέρα		
Κακή	137	5.2
Μέτρια	474	17.9
Καλή	2042	77
Εργασία μητέρας		
Εργαζόμενη	1576	57,3
Μη εργαζόμενη	1117	42,7

Ενδιαφέρον γονέων για σχολικές/εξωσχολικές δραστηριότητες εφήβου		
Έλλειψη	567	19.5
Παρουσία	2347	80.5
Γονεϊκή επιτήρηση		
Έλλειψη	890	30.4
Παρουσία	2033	69.6
Πληροφοριοδότης		
Μητέρα	1341	49.2
Πατέρας	198	7.3
Μητέρα και πατέρας	1184	43.5
Χρόνιο νόσημα παιδιού		
Παρουσία	149	5.2
Απουσία	2740	94.8
Φίλοι		
Κανέναν	208	7.2
Λίγοι	1851	63.8
Πολλοί	844	23.1
Σχολική βαθμολογία		
Κακή	596	21.2
Μέτρια	1182	42.1
Καλή	1030	36.7
Προγραμματισμός σπουδών		
Διακοπή	75	2.6
Δεν ξέρω/ αναποφάσιστος	495	17
Συνέχιση	2344	80.4
Κατανάλωση αλκοόλ		
Αυξημένη	401	17.5
Καθόλου/ελάχιστη	1892	82.5
Κάπνισμα		
Τακτικά	664	23.3
Καθόλου/σπάνια	2184	74.6
Χρήση απαγορευμένων ουσιών		
Τουλάχιστον μία φορά	369	12.6
Καθόλου	2558	87.4
Σεξουαλικές σχέσεις		
Παρούσες	1054	36.5
Απούσες	1831	63.5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ (ενότητα ΙΙΙ)

Πίνακας Π5. Περιγραφικά στοιχεία για τα παιδιά για τα οποία είχαμε διαχρονικά στοιχεία από τη γέννηση έως την εφηβεία ως προς τις κατηγορικές μεταβλητές

	N	%
<u>Παράγοντες από τη γέννηση</u>		
<i>Είδος τοκετού</i>		
Φυσιολογικός τοκετός	1339	76.6
Υποβοηθούμενος τοκετός	199	11.4
Καισαρική τομή	211	12.1
<i>Στρες εμβρύου στον τοκετό</i>		
Παρουσία	78	4.4
Απουσία	1680	95.6
<i>Στρες μητέρας στον τοκετό</i>		
Παρουσία	30	1.7
Απουσία	1728	98.3
<u>Παράγοντες από τα 7 έτη</u>		
<i>Δομή οικογένειας</i>		
Μονογονεϊκή οικογένεια	38	1.9
Διγονεϊκή	1978	98.1
<i>Εκπαίδευση γονέων</i>		
Πρωτοβάθμια	344	17
Δευτεροβάθμια	830	41
Τριτοβάθμια	850	42
<i>Χρόνιο πρόβλημα υγείας του παιδιού</i>		
Πρόβλημα υγείας στο παρελθόν	114	5.8
Πρόβλημα υγείας στο παρόν	140	7.1
Απουσία προβλημάτων υγείας	1712	87.1
<i>Σωματική τιμωρία</i>		
Συχνά	274	16.6
Σπάνια	780	47.3
Ποτέ	595	36.1
<i>Ενδιαφέρον γονέων για την πρόοδο παιδιού</i>		
Έλλειψη ενδιαφέροντος	52	2.6
Φυσιολογικό ενδιαφέρον	1620	81.8
Υπερβολικό ενδιαφέρον	309	15.6

<u>Παράγοντες από τα 18 έτη</u>		
<i>Στρες μητέρας</i>		
Πολύ	308	15.4
Μέτριο	1130	56.4
Καθόλου/λίγο	566	28.2
<i>Στρες πατέρα</i>		
Πολύ	308	15.2
Μέτριο	1036	53.5
Καθόλου/λίγο	576	28.3
<i>Ενδιαφέρον γονέων για τις δραστηριότητες εφήβου</i>		
Παρόν	1639	80.9
Απόν	386	19.1%

Πίνακας Π6. Περιγραφικά στοιχεία για τα παιδιά για τα οποία είχαμε διαχρονικά στοιχεία από τη γέννηση έως την εφηβεία ως προς τις συνεχείς μεταβλητές

	Διάμεση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Αριθμός αδελφών	1	0	5
Αριθμός ατυχημάτων	0	0	7