



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος: «Προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους που προσέρχονται σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Ιωάννα Κουκά,

A.M. 20160617

**Επιβλέπων καθηγητής: κ. Κολαίτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: κ. Τούντας Ι., Καθηγητής Κοινωνικής & Προληπτικής
Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

**κ. Λάγιου Π., Καθηγήτρια Υγιεινής & Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

**κ. Κολαίτης Γ., Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

ΑΘΗΝΑ,

Οκτώβριος 2019



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος: «Προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους που προσέρχονται σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Ιωάννα Κουκά,

A.M. 20160617

**Επιβλέπων καθηγητής: κ. Κολαίτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: κ. Τούντας Ι., Καθηγητής Κοινωνικής & Προληπτικής
Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
κ. Λάγιου Π., Καθηγήτρια Υγιεινής & Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
κ. Κολαίτης Γ., Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής,
Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**

ΑΘΗΝΑ,

Οκτώβριος 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Ευχαριστίες.....	7
Περίληψη.....	8
Abstract.....	10
Εισαγωγή.....	12
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
1.Εσωτερικευόμενα προβλήματα παιδιών-εφήβων.....	13
1.1 Αγχώδεις διαταραχές.....	13
1.1.1 Άγχος αποχωρισμού.....	14
1.1.2 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	14
1.1.3 Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	15
1.1.4 Κοινωνική φοβία.....	15
1.1.5 Διαταραχή πανικού.....	16
1.1.6 Ειδική φοβία.....	17
1.2 Διαταραχή μετατραυματικού στρες.....	17
1.3 Κατάθλιψη.....	17
1.3.1 Βρεφική-παιδική ηλικία.....	18
1.3.2 Εφηβική ηλικία.....	19
1.3.3 Μορφές κατάθλιψης.....	19
2. Εξωτερικευόμενα προβλήματα παιδιών-εφήβων.....	21
2.1 Εναντιωματική προκλητική διαταραχή.....	22
2.2 Διαταραχή διαγωγής.....	22
2.3 Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα.....	23
3. Χρήση ουσιών.....	23
3.1 Ναρκωτικές ουσίες.....	23
3.2 Αλκοόλ.....	24
3.3 Κάπνισμα.....	25
4. Ψυχική ανθεκτικότητα παιδιών – εφήβων.....	25
5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	26
5.1 Διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε Ελλάδα κι εξωτερικό.....	27
5.2 Ψυχικά προβλήματα στην ΠΦΥ.....	29
5.3 Βασικές αιτίες παραπομπής στην ΠΦΥ.....	31
5.3.1 Διαταραχές Διατροφής.....	31
5.3.2 Γαστρεντερικές διαταραχές.....	32

5.3.3 Αναπνευστικά προβλήματα.....	32
5.3.4 Δερματικά προβλήματα.....	32
5.3.5 Διαταραχές Ύπνου.....	33
5.3.6 Κεφαλαλγίες.....	33
5.3.7 Ενούρηση/Εγκόπριση.....	33
6. Πρόληψη ψυχικών διαταραχών.....	34
7. Στόχοι εργασίας.....	35
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΕΡΕΥΝΑ	
8. Μεθοδολογία έρευνας.....	37
8.1 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής	37
8.2 Δείγμα.....	37
8.3 Ερευνητική διαδικασία	38
8.3.1 Έγκριση	38
8.3.2 Θέματα δεοντολογίας.....	38
8.3.3 Διαδικασία.....	38
8.3.4 Προβλήματα στη συλλογή δεδομένων.....	39
8.3.5 Εργαλεία μέτρησης.....	39
8.4 Στατιστική ανάλυση.....	42
9. Αποτελέσματα.....	44
9.1 Δημογραφικά στοιχεία γονέων.....	44
9.2 Ανησυχίες / προβληματισμοί γονέων και παιδιών/εφήβων.....	47
9.3 Προβλήματα συμπεριφοράς.....	49
9.4 Συσχέτιση απαντήσεων γονέων και των έφηβων παιδιών τους.....	52
9.5 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των προβλημάτων συμπεριφοράς σύμφωνα με τους γονείς.....	54
9.6 Συσχετίσεις προβλημάτων συμπεριφοράς με εφήβους.....	55
9.7 Συσχετίσεις βαθμολογιών CBCL με δημογραφικά στοιχεία.....	57
10. Συζήτηση	63
10.1 Περιορισμοί.....	66
10.2. Προτάσεις.....	67
10.3. Συμπεράσματα έρευνας.....	68
Βιβλιογραφία.....	70
Παράρτημα.....	86
Έντυπο συναίνεσης.....	86
Έντυπο δημογραφικών στοιχείων.....	87

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία γονέων.....	44
Πίνακας 2: Ηλικία και τάξη παιδιών/εφήβων.....	45
Πίνακας 3: Στοιχεία επίσκεψης γονέων σε Κέντρο Υγείας.....	45
Πίνακας 4: Στοιχεία ιστορικού γονέων.....	46
Πίνακας 5: Ανησυχίες/Προβλήματα με σχολείο.....	46
Πίνακας 6: Θέματα εφήβων με τον εαυτό τους.....	47
Πίνακας 7: Θετικά χαρακτηριστικά παιδιών/εφήβων.....	48
Πίνακας 8: Βαθμολογίες CBCL από γονείς και παιδιά/εφήβους.....	48
Πίνακας 9: Προβλήματα παιδιών/εφήβων σύμφωνα με CBCL από αξιολόγηση γονέων και παιδιών.....	50
Πίνακας 10: Βαθμολογίες γονέων-εφήβων.....	52
Πίνακας 11: Θετικά χαρακτηριστικά παιδιών/εφήβων.....	53
Πίνακας 12: Προβλήματα συμπεριφοράς από αξιολόγηση γονέων.....	54
Πίνακας 13: Προβλήματα συμπεριφοράς από αξιολόγηση εφήβων.....	55
Πίνακας 14: Βαθμολογίες CBCL ανάλογα με εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων...57	
Πίνακας 15: Βαθμολογίες CBCL ανάλογα με οικονομική κατάσταση.....	58
Πίνακας 16: Βαθμολογίες CBCL ανάλογα με χρήση υπηρεσιών υγείας.....	58

Πίνακας 17: Βαθμολογίες CBCL ανάλογα με την ύπαρξη προβλημάτων

ψυχικής υγείας..... 59

Πίνακας 18: Συντελεστές συσχέτισης Pearson ανάλογα με ηλικία γονέων 60

Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης Pearson ανάλογα με ηλικία παιδιών.....61

Πίνακας 20: Συντελεστές συσχέτισης Spearman με θετικά χαρακτηριστικά...62

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Απεικόνιση προβλημάτων παιδιών και εφήβων στο CBCL51

Γράφημα 2: Μέσες βαθμολογίες γονέων-παιδιών.....53

Γράφημα 3: Συσχέτιση άγχους και Διαταραχής Ελλειμματικής

Προσοχής- Υπερκινητικότητας.....55

Γράφημα 4: Συσχέτιση συναισθηματικών προβλημάτων και

Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας.....56

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είμαι ειλικρινά ευγνώμων στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Κολαίτη Γ. που με υπομονή με καθοδήγησε και με υποστήριξε στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης την κ.Τριανταφύλλου Κ. για την αμέριστη βοήθεια και την ανταπόκρισή της σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας αλλά και το εκπαιδευτικό προσωπικό του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις πολύτιμες γνώσεις και εμπειρίες που μου προσέφεραν. Επιπλέον, ευχαριστώ τα μέλη της Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής κ.Λάγιου Π. και κ.Τούντα Ι. για την συμμετοχή τους καθώς και την κ.Τζαβάρα Χ. για την υπομονή και την ενθάρρυνση αλλά και την κ. Σκοπελίτη Ν. για την συμβολή της στην ανάλυση των δεδομένων.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τον διευθυντή του Κ.Υγείας Ν.Ιωνίας στο οποίο εργάζομαι και όλους τους συναδέλφους μου για την υποστήριξη και διευκόλυνση καθ'όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την παιδίατρο του Σταθμού Προστασίας Μητέρας, Παιδιού και Εφήβου κ.Κουρβισιάνου Μ. και τις συναδέλφους μου κ.Βλυσίδου Μ. και κ. Λάιου Ε. για την συμπαράστασή τους και την βοήθειά τους όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραλείψω τη βοήθεια και υποστήριξη που μου προσέφερε και σε αυτή τη στιγμή της ζωής μου η οικογένειά μου. Ευχαριστώ την κόρη μου για την υπομονή της, το συζυγό μου για την πρακτική του βοήθεια και συμπαράσταση, τους γονείς μου για την ατέρμονη ενίσχυση και την αδερφή μου για το θάρρος. Χωρίς τη συμβολή όλων θα ήταν αδύνατο να παρακολουθήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα και να ολοκληρώσω τη διπλωματική μου εργασία. Η ολοκλήρωση του προγράμματος και το ταξίδι της εμπειρίας μου προσέφεραν γνώσεις, γνωριμίες με αξιόλογους ανθρώπους και με βελτίωσαν ως επαγγελματία υγείας και ως μητέρα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας «ΠΦΥ» είναι εξαιρετικά συχνή και η αναγνώριση της ψυχικής διαταραχής αποτελεί ένα πρώτο επίπεδο αναφοράς.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα σκοπεύει να μελετήσει τα προβλήματα συναισθήματος - συμπεριφοράς σε παιδιά/ εφήβους στην καθημερινή τους ζωή, στις σχολικές τους επιδόσεις και στις κοινωνικές τους σχέσεις. Η μελέτη αφορά παιδιά/εφήβους ηλικίας 1,5- 18 ετών που προσέρχονται σε παιδιατρικό ιατρείο σε μονάδα ΠΦΥ.

Μέθοδος: Η παρούσα συγχρονική, μη-παραεμβατική έρευνα με μέτρηση σε μια στιγμή στο χρόνο και δειγματοληψία ευκολίας υλοποιήθηκε για το διάστημα 10/2018-12/2018, στο «Κέντρο Υγείας Ν.Ιωνίας», στο «Σταθμό Προστασίας Μητέρας, Παιδιού και Εφήβου». Συνολικά συμμετείχαν 220 άτομα. Διαμορφώθηκαν τέσσερις κατηγορίες συμμετεχόντων. Στην πρώτη συμμετείχαν 69 γονείς παιδιών 1,5- 5 ετών, στην δεύτερη 75 γονείς παιδιών 6-18 ετών, στην τρίτη 26 έφηβοι 11-18 ετών ενώ στην τέταρτη 25 δυάδες γονέων-εφήβων των οποίων οι απαντήσεις συσχετίστηκαν.

Αποτελέσματα: Το 71,3% των γονιών δεν είχαν απευθυνθεί σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 41,7% των εφήβων ανησυχεί για τις σχολικές εξετάσεις ενώ το 26,6 % των γονέων για την υγεία των παιδιών τους. Το 4,8% των παιδιών ανήκαν στο κλινικό φάσμα στα προβλήματα άγχους σύμφωνα με τους γονείς ενώ σύμφωνα με τις δικές τους απαντήσεις, το 9,8% ανήκαν στο κλινικό φάσμα για τα σωματικά προβλήματα. Κατά την εξέταση της συμφωνίας μεταξύ των αυτο-αναφορών των εφήβων και των γονικών αναφορών, οι απαντήσεις τους διαφοροποιήθηκαν στα

συναισθηματικά προβλήματα και στα προβλήματα διαγωγής. Οι έφηβοι ανέφεραν περισσότερα προβλήματα και στις δύο διαστάσεις σε σχέση με τους γονείς τους ($p=0,014$ και $p=0,003$ αντίστοιχα). Οι γονείς με ιστορικό ψυχικής νόσου και χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αξιολόγησαν τα παιδιά τους με περισσότερα σωματικά προβλήματα ($p=0,011$).

Συμπεράσματα: Η παρούσα έρευνα κατέδειξε ότι οι γονείς των παιδιών 1,5-5 ετών τα αξιολόγησαν με περισσότερα προβλήματα που αφορούν τα στάδια της ανάπτυξής τους (κινητικότητα, λόγος). Οι γονείς των παιδιών 6-18 χρόνων αξιολόγησαν τα παιδιά τους με περισσότερα προβλήματα υπερκινητικότητας και άγχους. Οι έφηβοι ανέφεραν κυρίως σωματικά προβλήματα. Στη συσχέτιση μεταξύ των γονέων και των έφηβων παιδιών τους, οι απαντήσεις τους διαφοροποιήθηκαν στα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών προβλημάτων και προβλημάτων διαγωγής που αναφέρθηκαν από τους εφήβους. Η οικονομική κατάσταση των γονέων φαίνεται πως δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τον τρόπο αξιολόγησης των παιδιών τους.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον πρώτο αποδέκτη των προβλημάτων υγείας των προσερχόμενων ατόμων και μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην έγκαιρη ανίχνευση των διαταραχών συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά κι εφήβους. Η πρόληψη της ψυχικής νόσου επιβάλλεται στον παιδικό /εφηβικό πληθυσμό.

Λέξεις – κλειδιά: προβλήματα συναισθήματος, προβλήματα συμπεριφοράς, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παιδιά-έφηβοι.

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of mental disorders in Primary Health Care is extremely common and recognition of mental disorder is a first level of reference.

Purpose: The present research aims to study emotional-behavioral problems in children and adolescents throughout their daily lives, their school performance and their social relations. The study concerns children / adolescents aged 1.5-18 who visit a pediatric clinic in a primary health care unit.

Method: The present cross-sectional, non-intrusive survey with a measurement at a specific moment in time and ease sampling took place for the period 10/2018-12/2018, at the "Health Center of N.Ionia", at the "Mother, Child and Adolescent Protection Station ". A total of 220 people participated. Four categories of participants were formed. The first involved 69 parents of children 1.5-5 years, the second 75 parents of children 6-18 years, the third 26 adolescents 11-18 years, and the fourth 25 pairs of parents and adolescents whose responses were correlated.

Results: 71.3% of parents did not use mental health services. 41.7% of adolescents are concerned about their exams while 26.6% of their parents are concerned about their children's health. 4.8% of the children were in the clinical spectrum of anxiety problems according to their parents, while regarding their own responses, 9.8% belonged to the clinical spectrum of physical problems. In the cases of examining the agreement between adolescent self-reports and parental self-reports, their responses varied on emotional and behavioral problems. Adolescents reported more problems in both dimensions than their parents ($p = 0.014$ and $p = 0.003$). Parents with a history of mental illness evaluated their children as having more physical problems ($p = 0.011$).

Conclusions: The present study showed that parents of children aged 1.5-5 years rated them with more problems related to their developmental stages (mobility,speech). Parents of children 6-18 years old rated their children with more problems of hyperactivity and anxiety. The adolescents reported mainly physical problems. In the correlation between parents and their adolescent children, their responses varied to the highest levels of emotional and behavioral problems reported by adolescents. The financial situation of parents does not seem to have a significant impact on the way their children are evaluated.

Primary Health Care is the first recipient of incoming people's health problems and can make a significant contribution to the early detection of affective and behavioral disorders in children and adolescents. Prevention of mental illness is mandatory in the child / adolescent population.

Key words: emotional problems, behavioral problems, primary health care, children-teenagers

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας την τελευταία δεκαετία σε συνδιασμό με την ενίσχυση της Προαγωγής της Υγείας, έχουν αναβαθμίσει τον ρόλο και τη συμβολή της ΠΦΥ στην Δημόσια υγεία (Tountas et al, 2002). Οι δομές της ΠΦΥ και η σταθερότητα του ιατρικού προσωπικού μπορεί να λειτουργήσουν ανιχνευτικά αντιμετωπίζοντας έγκαιρα ζητήματα που προκύπτουν στην οικογένεια (Αναγνωστόπουλος, 2016). Κατά συνέπεια, η εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΥ είναι εξαιρετικά συχνή και η αναγνώριση τους αποτελεί ένα πρώτο επίπεδο αναφοράς (Φωτιάδου και συν.,2003). Σύμφωνα με έρευνες, τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς εμφανίζονται σε όλο και μικρότερες ηλικίες ενώ οι ρίζες των διαταραχών της ενήλικης ζωής βρίσκονται στην παιδική κι εφηβική ηλικία (Fonzo et al, 2016). Συμπεραίνεται πως η αναγνώριση των συμπτωμάτων, η διερεύνηση και η έγκαιρη παρέμβαση αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της πρόληψης.

Η παρούσα εργασία σκοπεύει να μελετήσει τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά κι εφήβους στην καθημερινή τους ζωή. Η μελέτη αφορά παιδιά και εφήβους ηλικίας 1,5-18 ετών και υλοποιείται με την χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων αντλώντας πληροφορίες από τους φροντιστές τους και τα ίδια τα παιδιά. Οι τομείς που θα αξιολογηθούν σχετίζονται με άγχος και κατάθλιψη, επιθετικότητα, παραβατικότητα, σωματικά ενοχλήματα, κοινωνικά προβλήματα, απόσυρση και προβλήματα σκέψης.

Στην εργασία γίνεται αναφορά για τα εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα των παιδιών και των εφήβων, για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία και εκτενώς παρουσιάζεται η ερευνητική διαδικασία καθώς και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

1. Εσωτερικευόμενα προβλήματα παιδιών-εφήβων

1.1 Αγχώδεις διαταραχές

Ως άγχος ορίζεται το έντονα δυσάρεστο συναίσθημα που αφορά έναν αόριστο κίνδυνο που επίκειται (Τσιάντης και συν., 2001). Το άγχος στην ήπια μορφή του αποτελεί ένα λειτουργικό και χρήσιμο συναίσθημα που δίνει στο άτομο την ικανότητα να βρίσκεται σε εγρήγορση ώστε να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις και κινδύνους (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2005). Θεωρείται παθολογικό όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα και στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου (Pine et al, 2009).

Οι αγχώδεις διαταραχές στην παιδική ηλικία αποτελούν την πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή και συνδέονται με ελλείματα στην πνευματική, κοινωνική και ακαδημαϊκή εξέλιξη καθώς και με προβλήματα σωματικής υγείας (Legerstee et al, 2010). Η συχνότητα εμφάνισης τους σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες στον παιδικό πληθυσμό εκτιμώνται μεταξύ του 10% έως 20% (Breinholst et al, 2012). Σχετικά με τη συννοσηρότητα το 1/3 των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν 40% ποσοστό συννοσηρότητας και με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, ΔΕΠ-Υ, χρήση ουσιών (Vallance & Garralda, 2008).

Οι αγχώδεις διαταραχές ανάλογα με την ηλικία του παιδιού/εφήβου έχουν ποικίλες εκδηλώσεις και κατηγορίες. Η συχνότητα και η ένταση των συμπτωμάτων, καθώς και το αναπτυξιακό επίπεδο ενός παιδιού βοηθούν στην έγκαιρη διάγνωση των διαταραχών (Vallance & Garralda, 2008). Μερικά από τα συμπτώματα του παιδικού άγχους περιλαμβάνουν ανησυχία, τρόμο, οξυθυμία, ευερεθιστότητα, κλάμα, αποφυγή δραστηριοτήτων, άρνηση για σχολείο, μειωμένη προσοχή, δυσκολία στον ύπνο, αλλά και σωματικές εκδηλώσεις όπως εύκολη κόπωση, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος,

αίσθημα δύσπνοιας ή νυκτερινή ενούρηση και αποτελούν αιτίες προσέλευσης των γονέων σε μονάδες υγείας (APA, 2013).

Οι αγχώδεις διαταραχές στην παιδική ηλικία έχουν ταξινομηθεί σε κατηγορίες που παρουσιάζονται συνοπτικά στα επόμενα κεφάλαια.

1.1.1 Άγχος αποχωρισμού

Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού χαρακτηρίζεται από υπερβολικό και αναπτυξιακά ακατάλληλο φόβο ενός παιδιού όταν πρόκειται να φύγει από το σπίτι ή να αποχωριστεί οικεία πρόσωπα, χωρίς να αναμένεται τέτοια συμπεριφορά στην ηλικία που βρίσκεται. Μπορεί να προκαλέσει άρνηση για το σχολείο ή επαναλαμβανόμενα σωματικά ενοχλήματα (APA, 2013). Η διάρκεια της διαταραχής είναι τουλάχιστον για τέσσερις εβδομάδες και ως κριτήριο πρώτης εκδήλωσης αναφέρεται η ηλικία πριν τα έξι χρόνια ενώ μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και κυρίως στην προεφηβεία (Allen et al, 2010). Η συχνότητα εμφάνισης κυμαίνεται περίπου στο 4-5% (De la Barra et al, 2014).

1.1.2 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας με κυριότερο σύμπτωμα την παρουσία υπερβολικού άγχους και ανησυχίας για μια σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων. Η ανησυχία για την υγεία τους και για τα σημαντικά άτομα από τον περίγυρό τους εμφανίζεται στις έρευνες ως η πλέον χαρακτηριστική ένδειξη για τη διάγνωση της διαταραχής (Layne et al, 2009). Το υπερβολικό άγχος και η αγωνία παρατηρείται τις περισσότερες μέρες για τουλάχιστον 6 μήνες, προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας και το παιδί διακατέχεται από συμπτώματα όπως εσωτερική ανησυχία, διαταραχή στον ύπνο,

εύκολη κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση και ευερεθιστότητα (DSM-5, 2013). Ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται έως και 10% στον παιδικό κι εφηβικό πληθυσμό με μεγαλύτερη αναλογία στα κορίτσια (De la Barra et al., 2014).

1.1.3 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου με Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι η εμφάνιση των Ιδεοληψιών και των Ψυχαναγκασμών. Οι ιδεοληψίες αφορούν επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες οι οποίες βιώνονται ως παρείσακτες προκαλώντας άγχος, ενόχληση ή ανησυχία. Συνήθεις ιδεοληψίες είναι το επαναλαμβανόμενο πλύσιμο χεριών από φόβο για μόλυνση, η ανάγκη για συμμετρία, η ενασχόληση με συγκεκριμένους αριθμούς, το μέτρημα, οι επαναλήψεις, η ευθυγράμμιση αντικειμένων, η τελετουργική θρησκευτική συμπεριφορά, ο φόβος για επερχόμενο καταστροφικό γεγονός (DSM-5, 2013).

Στην Αμερική είναι η τέταρτη πιο συχνή παιδοψυχιατρική νόσος ενώ υπολογίζεται πως οι μισοί από τους διεγνωσμένους ενήλικες με ΙΔΨ είχαν συμπτώματα από την παιδική ηλικία (Nakatani et al, 2011). Για να τεθεί διάγνωση, απαιτείται η παρουσία ιδεοληψιών ή ψυχαναγκασμών για περισσότερο από μία ημέρα προκαλώντας υπερβολικό άγχος και έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Η συνήθης ηλικία έναρξης είναι η όψιμη παιδική ηλικία ή η εφηβεία και παρατηρείται συχνότερα στα κορίτσια (APA,2013).

1.1.4 Κοινωνική φοβία

Βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι η εμφάνιση έκδηλου φόβου ενός ατόμου όταν πρόκειται να εμπλακεί σε κοινωνικές καταστάσεις, να εμφανιστεί μπροστά σε κοινό ή άγνωστα άτομα. Η φοβία έγκυται στο γεγονός ότι το

άτομο θα αντιδράσει με τέτοιο τρόπο ώστε θα γίνει αντιληπτό από τους άλλους το άγχος που βιώνει και θα αισθανθεί αμηχανία ή ταπείνωση. Συμπτώματα όπως εφίδρωση, αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, νευρικότητα, τρόμος, κλάμα και αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών χαρακτηρίζουν την διαταραχή (APA, 2013). Αποτελεί μία από τις πιο κοινές διαταραχές άγχους στην παιδική ηλικία με ποσοστό από 1-7% και με ηλικία πρώτης εμφάνισης το διάστημα 11-15 ετών (De la Barra et al, 2014). Το ποσοστό κοριτσιών που εμφανίζει τη διαταραχή είναι μεγαλύτερο ενώ και τα δύο φύλα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύναψη κοινωνικών και φιλικών σχέσεων (Scharfstein et al, 2011).

1.1.5 Διαταραχή πανικού

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη εμφάνιση άγχους χωρίς την ύπαρξη αγχογόνου κατάστασης. Το παιδί με αυτή τη διαταραχή βιώνει κατάσταση πανικού με συνέπειες όπως δυσκολία στην αναπνοή, ταχυκαρδία, απώλεια ελέγχου συνείδησης, προκάρδιο άλγος, κεφαλαλγία, τρόμο, ναυτία, ζάλη, εφίδρωση και αίσθημα πως η ζωή του βρίσκεται σε κίνδυνο (AACAP, 2012). Η επιθυμία αποφυγής τέτοιων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση «αγοραφοβίας», στην εκδήλωση δηλαδή υπερβολικού άγχους σε δημόσιους χώρους, διαταραχή που εντάσσεται στα πλαίσια της Διαταραχής Πανικού (Rockhill et al, 2010). Η έναρξή της παρατηρείται συχνότερα κατά τη μέση ηλικία όμως τα τελευταία χρόνια εμφανίζονται συμπτώματα σε προεφηβεία και εφηβεία (DSM-5, 2013).

1.1.6 Ειδική φοβία

Το άτομο με ειδική φοβία εμφανίζει έντονο και επίμονο φόβο εκλυόμενο από την παρουσία ή την αναμονή συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης. Η έκθεση

στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί πάντα άγχος ή πανικό που μπορεί να εκφράζεται με κλάμα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα και προσκόλληση σε άλλους (DSM-5, 2013). Οι συχνότερες φοβίες αφορούν αεροπορικά ταξίδια, ύψος, συγκεκριμένα ζώα, ιατρικές πράξεις, φυσικά φαινόμενα κ.α. και οδηγούν στην αποφυγή του ατόμου να έρθει σε επαφή με την πηγή της φοβίας του. Τα συμπτώματα εμφανίζονται για διάρκεια μεγαλύτερη των έξι μηνών δημιουργώντας έκπτωση στη λειτουργικότητα. Ως ηλικία έναρξης ορίζονται τα 5 έτη (Vallance&Garralda, 2008). Έρευνες καταδεικνύουν τα κορίτσια να εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό φοβιών ενώ η διαταραχή αφορά το 5-10% του γενικού πληθυσμού (May et al, 2013).

1.2 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες δεν αποτελεί μια κοινή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Σε αυτή τη διαταραχή το άτομο έχει εκτεθεί σε τραυματικό γεγονός στο οποίο υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός ή απειλή σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων (DSM-5, 2013). Το παιδί αντιδρά με έντονο φόβο ή και με διεγερτική, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με επαναλαμβανόμενες ανακλήσεις μέσα από συνεχή όνειρα, παραισθήσεις, επεισόδια επαναβιώσεων (flashbacks), με έντονη ψυχική ενόχληση και σωματικές ενοχλήσεις (Trickey et al, 2012). Σε μελέτη για παιδιά που είχαν εμπλακεί άμεσα ή έμμεσα σε κάποιο τραυματικό γεγονός το 15,9% εμφάνισε διαταραχή μετατραυματικού στρες με τα κορίτσια να είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνισή του (Alisic et al 2014).

1.3 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται

επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (DSM-5, 2013). Η κατάθλιψη αυξήθηκε άνω του 18% μεταξύ 2005 και 2015 (www.who.org). Σε έρευνα για το άγχος και την κατάθλιψη δεν μπόρεσαν να διαχωριστούν ευδιάκριτα τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους από την πρώιμη παιδική ηλικία μέχρι τη μέση εφηβεία. Η αύξηση της συνδεσιμότητας των συμπτωμάτων συμβάλλει στα υψηλά επίπεδα των διαταραχών (McElroy et al, 2018).

1.3.1 Κατάθλιψη στη βρεφική-παιδική ηλικία

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στα παιδιά δεν είναι πάντα εύκολο να διαγνωστούν. Τα βρέφη και τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να εκφράσουν τα συμπτώματα δυσφορίας που αισθάνονται και παρουσιάζουν κλάμα, διαταραχές ύπνου, άρνηση τροφής. Ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας είναι η απώλεια του προσώπου φροντίδας (APA, 2012).

Στην προσχολική ηλικία, στα παιδιά ηλικίας μέχρι 5-6 ετών, η κατάθλιψη είναι εξίσου δύσκολο να διαγνωστεί αφού τα περισσότερα παιδιά δεν χρησιμοποιούν το λόγο για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Αξιολογείται η μη λεκτική έκφραση των παιδιών όπως η έκφραση του προσώπου, η ανορεξία ή η άρνηση της τροφής, τα προβλήματα στον ύπνο, η κοινωνική απόσυρση και η ψυχοκινητική βραδύτητα. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι ευκολότερο να εντοπιστούν καθώς μπορούν να εκφραστούν λεκτικά και συχνά εκφράζουν φοβίες, απελπισία, απόγνωση, αυτό-υποτίμηση και σχολική αποτυχία (APA, 2013).

Για την διάγνωση της κατάθλιψης απαιτείται η παρουσία συμπτωμάτων σε περίοδο 2 εβδομάδων μαζί με αλλαγή στην καθημερινότητα του ατόμου. Τα συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση που μπορεί να εμφανίζεται ως ευερεθιστότητα, το σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, η απώλεια βάρους (αλλαγή 5% και πάνω στη μάζα σώματος μέσα σε 1 μήνα), η μείωση ή

αύξηση της όρεξης, η αϋπνία ή υπερυπνία, η διέγερση ή επιβράδυνση, η κόπωση ή απώλεια ενέργειας, η μειωμένη ικανότητα σκέψης ή επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, η απόπειρα αυτοκτονίας (APA, 2013).

1.3.2 Κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία

Η κατάθλιψη στην εφηβεία είναι ακόμη πιο δύσκολο να ανιχνευθεί καθώς η θλίψη, η λύπη και ο θυμός αποτελούν συχνά συναισθήματα των εφήβων (Καβανόζη, 2014). Η διάχυτη και επίμονη κακή διάθεση πολλές φορές θεωρούνται από τους γονείς φυσιολογικές αντιδράσεις της ηλικίας και πιστεύουν ότι υιοθετούνται απλά για να τραβήξουν την προσοχή (Μπίμπου-Νάκου και συν., 2001). Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στους εφήβους είναι η θλίψη, η απομάκρυνση από φίλους και δραστηριότητες, η ευερεθιστότητα, οι συχνές απουσίες από το σχολείο με μειωμένη σχολική επίδοση, οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, τα προβλήματα στον ύπνο, η αναποφασιστικότητα, η έλλειψη συγκέντρωσης, τα αισθήματα ενοχής και ανικανότητας, τα σωματοποιημένα ενοχλήματα, η εύκολη κόπωση, η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας (APA, 2013).

Παρά τη δυσκολία αναγνώρισής της η περίοδος της εφηβείας σημειώνει υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Υπολογίζεται ότι το 1/3 των εφήβων με κατάθλιψη λαμβάνουν θεραπεία (Wang et al, 2004). Υπάρχει σαφής υπεροχή των κοριτσιών (Bor et al, 2014) ενώ το ποσοστό σε μελέτη στην Ελλάδα αγγίζει το 20,3% (Λαζαράτου και συν., 2001).

1.3.3 Μορφές κατάθλιψης

Τα διαγνωστικά συστήματα χωρίζουν ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, δύο βασικές κλινικές εικόνες, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τη δυσθυμία. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφέροντος, απώλεια βάρους, αϋπνία,

κόπωση, αισθήματα ενοχής, μειωμένη συγκέντρωση, σκέψεις θανάτου (DSM-5, 2013).

Η δυσθυμία θεωρείται ηπιότερη διαταραχή αλλά αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για εξέλιξη προς μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, ευερεθιστότητα και μια ποικιλία συμπτωμάτων με διαταραχές στο φαγητό, στον ύπνο, στην ενεργητικότητα, στη σκέψη και τη συγκέντρωση, μοναξιά και απαισιοδοξία (DSM-5, 2013).

Η κατάθλιψη μπορεί να εντάσσεται στα πλαίσια της διπολικής διαταραχής που συνήθως ξεκινάει με κατάθλιψη στην προεφηβεία και στην εφηβεία εμφανίζεται υπομανία ή μανία. Η κλινική εικόνα παρουσιάζει μικτά συμπτώματα και από τους δύο πόλους των συναισθηματικών διαταραχών. Καταθλιπτικά και μανιακά συμπτώματα μπορούν να εναλλάσσονται καθημερινά ή κάθε λίγες μέρες (Λαζαράτου και συν., 2001).

Η μείζων κατάθλιψη και η δυσθυμική διαταραχή στις μικρές ηλικίες είναι συχνές διαταραχές που σχετίζονται με έκπτωση της λειτουργικότητας και με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας και χρήσης ουσιών. Διάφορες μελέτες, σε κλινικούς και μη πληθυσμούς, έχουν δείξει ότι η μείζων κατάθλιψη στην εφηβική ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αυτής, καθώς και διπολικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή με μακροχρόνιες αρνητικές επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις και τις ακαδημαϊκές σπουδές (Κολαΐτης, 2012).

Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας αναδεικνύονται ως χαρακτηριστική συμπεριφορά της εφηβείας, με διπλάσιο ποσοστό σε σχέση με την παιδική ηλικία και με προβάδισμα των κοριτσιών ως προς τις απόπειρες αλλά και των αγοριών ως προς τις επιτυχείς αυτοκτονίες (Καβανόζη, 2014). Η καταθλιπτική

συμπτωματολογία δεν προεικάζει την αυτοκτονικότητα. Η λήψη φαρμάκων και η φλεβοτομία αποτελούν τις συνηθέστερες μεθόδους για απόπειρες αυτοκτονίας ενώ ο τρόπος δεν συνδέεται με το βαθμό της επιθυμίας για θάνατο. Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά καθώς αποτελεί την τελική και απελπισμένη προσπάθεια του εφήβου να εγκαταστήσει ή να διατηρήσει τις σχέσεις του με τους άλλους (Λαζαράτου και συν., 2001).

Συμπερασματικά, οι διαταραχές άγχους στην παιδική ηλικία αποτελούν πρόβλεψη για μια σειρά ψυχιατρικών διαταραχών στην εφηβεία και πιθανώς την ενήλικη ζωή (Bittner et al, 2007), γεγονός που επιβεβαιώνεται από μελέτη με δείγμα 906 παιδιών ηλικίας 9, 11 και 13 ετών με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις έως την ηλικία των 19 ετών. Η μελέτη έδειξε ότι το άγχος αποχωρισμού της παιδικής ηλικίας προέβλεψε άγχος αποχωρισμού και στην εφηβεία και συσχετίστηκε με μεταγενέστερες κρίσεις πανικού και κατάθλιψη. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συσχετίστηκε με διαταραχές συμπεριφοράς. Η κοινωνική φοβία στην παιδική ηλικία συσχετίστηκε με κοινωνική φοβία στην εφηβεία, άγχος και ΔΕΠ-Υ (Layne et al, 2009).

2. Εξωτερικευόμενα προβλήματα παιδιών-εφήβων

Τα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά και τους εφήβους έχουν ποικίλες εκδηλώσεις και αιτιοπαθογένεια. Συχνά εκφράζονται μέσω επιθετικής συμπεριφοράς του παιδιού είτε προς τον εαυτό του είτε εναντίον άλλων ατόμων ή αντικειμένων. Ωστόσο, ο θυμός και η οργή αποτελούν μερικές από τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις (Μόττη-Στεφανίδη και συν., 2004). Στη βρεφική ηλικία η μη άμεση ικανοποίηση των επιθυμιών εκδηλώνεται μέσω του κλάματος. Στα μικρά παιδιά οι εκδηλώσεις θυμού έχουν κυρίως αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα, όπως το κράτημα της αναπνοής τους ενώ αργότερα, εμφανίζεται επιθετική συμπεριφορά που

απευθύνεται σε άλλα άτομα (Μάγου, 2010). Στην εφηβεία αυξάνονται οι βίαιες εκρήξεις επιθετικότητας όπως κλοπές, σκασιαρχείο, φυγή από το σπίτι, κατάχρηση ουσιών και πρώιμες σεξουαλικές επαφές. Καταλυτικός είναι ο ρόλος των συνομιλήκων που μπορούν να λειτουργήσουν αποτρεπτικά για την έκφραση της επιθετικότητας (Yamasaki et al, 2009). Όσο νωρίτερα αρχίζει η εκδήλωση των προβλημάτων συμπεριφοράς τόσο μεγαλύτερο είναι το ενδεχόμενο να παρουσιάσουν διαταραχή της προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή (Μόττη-Στεφανίδη, 2004).

2.1 Εναντιωματική προκλητική διαταραχή

Η εναντιωματική προκλητική διαταραχή έχει ως χαρακτηριστικά γνωρίσματα την ευερεθιστότητα, την εναντίωση, την εκδίκηση και την οργή. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το DSM-5 τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν πρότυπο ευερέθιστης, εριστικής διάθεσης που διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες. Η διαταραχή έχει αντίκτυπο στην λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του (AACAP, 2013). Η ήπια διαταραχή εκδηλώνεται πιο συχνά σε ένα περιβάλλον ενώ η μέτρια μπορεί να εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους χώρους κοινωνικής δράσης του ατόμου. Τα ίδια τα άτομα δεν αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως αντιδραστικό ή θυμωμένο (Nock et al, 2007). Η διαταραχή αφορά το 3,3% των παιδιών με συχνότερη εμφάνιση στα αγόρια (AACAP, 2013).

2.2 Διαταραχή διαγωγής

Πρόκειται για διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενο και επίμονο τύπο δυσκοινωνικής, επιθετικής ή προκλητικής συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά προκαλεί παραβιάσεις των κατάλληλων για την ηλικία αναμενόμενων ορίων, συνεπώς, πρόκειται για κάτι πιο σοβαρό από τη συνήθη παιδική αταξία ή την επαναστατικότητα της εφηβείας και πρέπει να αποτελεί παρατεταμένο τύπο

συμπεριφοράς (διάρκειας 6 μηνών ή περισσότερο). Παραδείγματα συμπεριφορών στις οποίες βασίζεται η διάγνωση περιλαμβάνουν υπερβολική εμπλοκή του παιδιού σε διαμάχες ή εκφοβισμό, σκληρή συμπεριφορά απέναντι σε άλλους ανθρώπους ή σε ζώα, σοβαρή καταστροφικότητα της περιουσίας, εμπρησμό, κλοπές, επανηλειμμένα ψεύδη, σκασιαρχείο από το σχολείο, φυγή από το σπίτι, ασυνήθιστα συχνές και σοβαρές εκρήξεις οργής και ανυπακοή (ICD-10, 2011). Τα χαρακτηριστικά της διαταραχής μπορεί να αποτελούν συμπτώματα άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων. Σε κάποιες περιπτώσεις συναντάται συννοσηρότητα με την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

2.3. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) όπως αναφέρεται στο DSM-IV και DSM-V, αποτελείται από τρία βασικά χαρακτηριστικά «την ελλειμματική προσοχή, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα» (DSM-5, 2013). Το τρίπτυχο αυτό αποτελεί τη βάση της διάγνωσης και οι δυσκολίες που συνεπάγεται η διαταραχή θα πρέπει να συναντώνται σε δύο τουλάχιστον διαφορετικά πλαίσια (π.χ. σχολείο, εργασία, δουλειά, σπίτι), (APA, 2013).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στη Βραζιλία, έφηβοι με εξωτερικευόμενα προβλήματα εμφάνισαν υψηλό κίνδυνο να πειραματιστούν με χρήση ουσιών, αλκοόλ ή καπνού (Poton et al, 2018).

3. Χρήση ουσιών

3.1. Ναρκωτικές ουσίες

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια τα προβλήματα χρήσης παράνομων ουσιών δεν περιορίζονται σε μια κοινωνική μειονότητα ή σε ειδικούς πληθυσμούς αλλά αφορούν το σύνολο της κοινωνίας. Υπολογίζεται ότι ένας στους 10 εφήβους 14-18 ετών έχει εμπειρία με χρήση παράνομων ουσιών. Οι χρήστες ανέφεραν χρήση

πολλαπλών ουσιών κυρίως οπιοειδών, κάνναβη με ποσοστό 79,4%, ηρωίνη με 20,6%, συνταγογραφούμενα ψυχιατρικά φάρμακα (κυρίως βενζοδιαζεπίνες) με 51,6% και κοκαΐνη με 36,3%. Η χρήση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε μη ελεγχόμενη συμπεριφορά με απουσία της αίσθησης κινδύνου, κατάθλιψη ή αυτοκτονικές τάσεις (ΕΚΤΕΠΝ, 2014).

Σύμφωνα με την «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές», (Πανελλήνια έρευνα ESPAD, ΕΠΨΥ 2015) αναφέρθηκε: α) χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή από το 10,6% των δεκαεξάχρονων μαθητών, με τα αγόρια σε διπλάσιο ποσοστό από τα κορίτσια, β) η κάνναβη είναι η πλέον δημοφιλής παράνομη ουσία με 12,4% στα αγόρια, γ) χρήση εισπνεόμενης ουσίας στο 12,5% των συμμετεχόντων, χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών με 4,2% και χρήση «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών (κυρίως κανναβοειδών) με 2,5%, δ) δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα χρήσης διάφορων ουσιών μεταξύ Αττικής, Θεσσαλονίκης και λοιπών αστικών περιοχών (Κοκκέβη και συν., 2016).

3.2. Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει σοβαρά τη συμπεριφορά του ατόμου μειώνοντας τα αντανακλαστικά και επηρεάζοντας τη μνήμη. Η υπερκατανάλωση ή στέρηση αυτού οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά, ελλιπή αυτοέλεγχο και δυσλειτουργία στην καθημερινότητα (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Τα κορίτσια που πίνουν, καθώς και οι έφηβοι που αρχίζουν να πίνουν πριν από την ηλικία των 14 ετών έχοντας πιθανότητες να αναπτύξουν αλκοολισμό, είναι εκείνοι των οποίων οι μητέρες είναι αλκοολικές. Οι έφηβοι που έχουν λιγότερες πιθανότητες να εθιστούν στο αλκοόλ είναι αυτοί που έχουν ουσιαστική και ποιοτική σχέση με τις μητέρες τους (Dryden-Edwards, 2017).

3.3 Κάπνισμα

Το κάπνισμα δημιουργεί ένα ισχυρό φαρμακευτικό εθισμό λόγω της νικοτίνης αλλά και συμβολικό εθισμό που έχει σχέση με την συναισθηματική αποφόρτιση του ατόμου. Η χρήση καπνού - καπνιστή κατά την εφηβεία αυξάνει τον κίνδυνο εμμένουσας εξάρτησης από τη νικοτίνη, οδηγώντας σε καπνιστική συνήθεια κατά την ενηλικίωση (ΕΚΤΕΠΝ, 2014). Σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα στα 10 κορίτσια ηλικίας 13-15 ετών και ένα στα 5 αγόρια ηλικίας 13-15 ετών καπνίζουν (WHO, 2018). Ο Π.Ο.Υ που προβλέπει κατά την περίοδο 2000-2025 ότι τα θύματα του τσιγάρου θα φτάσουν στους 15.000 νεκρούς και θα αυξηθούν περαιτέρω κατά 300.000.000 την αμέσως επόμενη 25ετία (WHO, 2015).

Εν κατακλείδι, οι παραπάνω συμπεριφορές δύνανται να εκφράζουν τη ψυχική δυσφορία των παιδιών και των εφήβων. Ο τρόπος ζωής, η συμπεριφορά των γονέων και ο ρόλος της οικογένειας, το σχολείο και οι συνομήλικοι, τα γεγονότα ζωής και τα ερεθίσματα αποτελούν βασικούς παράγοντες για την διαμόρφωση της συμπεριφοράς σε συνδιασμό με το εσωτερικό δυναμικό και την ψυχική ανθεκτικότητα του κάθε παιδιού/εφήβου (Bares et al, 2011).

4. Ψυχική ανθεκτικότητα παιδιών - εφήβων

Η ψυχική ανθεκτικότητα αναφέρεται στη δυναμική διαδικασία της θετικής προσαρμογής, παρά την ύπαρξη αντίξωων συνθηκών και παρά την έκθεση σε παράγοντες επικινδυνότητας (Rutter, 2006). Η έννοια περιλαμβάνει την αξιολόγηση δύο σημαντικών διαστάσεων. Η πρώτη διάσταση αφορά το κατά πόσο ένα άτομο τα καταφέρνει καλά στη ζωή του και η δεύτερη αφορά το βαθμό της έκθεσης σε δύσκολες συνθήκες (Masten et al, 2000).

Η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι ένα μόνιμο χαρακτηριστικό του ατόμου αλλά μια δυναμική και συνεχιζόμενη διαδικασία που ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος μπορεί να μεταβάλλεται (Reyes et al, 2011). Επομένως, η αλληλεπίδραση μιας σειράς ατομικών και κοινωνικών παραγόντων, η αναπτυξιακή εξέλιξη και οι μεταβαλλόμενες συνθήκες της ζωής μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική ανθεκτικότητα (Rutter, 2006).

Συμπερασματικά, η εξάλειψη των αρνητικών εμπειριών θεωρείται απίθανη μα οι ενέργειες για την ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας ενδέχεται να αντισταθμίσουν μέρος από τις συνέπειές τους (Bellis et al, 2018). Ιδιαίτερη αξία έχουν τα προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας αποσκοπώντας στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, στην ανίχνευση προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας μέσω των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί θεμέλιο λίθο για τη δημόσια υγεία καθώς είναι ο πρώτος αποδέκτης των προβλημάτων υγείας των προσερχόμενων ατόμων (Αναγνωστόπουλος, 2016). Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις η επισκεψιμότητα στην ΠΦΥ μπορεί να αφορά περιστατικά χωρίς σαφή διάγνωση ή με συχνή αναζήτηση βοήθειας για τον ίδιο λόγο. Υπολογίζεται ότι 20% των επισκέψεων αφορά περιστατικά χωρίς διάγνωση και το 2-5% των παιδιών/εφήβων προσέρχονται στην ΠΦΥ για ψυχολογικά προβλήματα. Η συχνή επισκεψιμότητα σε μονάδες της ΠΦΥ αποδεικνύει την αναγκαιότητά της στην δημόσια υγεία και την συσχέτιση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ανάγκες παιδιών και ενηλίκων (Peveler et al, 1997).

Σύμφωνα με έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες σε παιδιά και εφήβους οι κύριοι πάροχοι περίθαλψης για τα περισσότερα παιδιά κι εφήβους είναι οι παιδίατροι ακόμα κι αν αυτά πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Κάθε χρόνο, 21% των παιδιών ηλικίας 9 έως 17 ετών διαγιγνώσκονται με ψυχική διαταραχή και το 11% αυτών των παιδιών παρουσιάζουν έκπτωση της λειτουργικότητάς τους. Το ήμισυ των περιπτώσεων των διαταραχών ψυχικής υγείας ξεκινούν περίπου από την ηλικία των 14 ετών.. Συνεπώς, οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην πρόληψη ή την έγκαιρη θεραπεία οφείλουν να εστιάζονται στον παιδικό κι εφηβικό πληθυσμό (Dawson, 2018).

Σε έρευνα στο σχολικό περιβάλλον στην εφηβική ηλικία συσχετίστηκαν τα παράπονα υγείας των μαθητών με συναισθηματικές δυσκολίες. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες αναφέρουν πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα και σημειώνουν υψηλά σκορ σε συναισθηματικά προβλήματα, προβλήματα διαγωγής, ευερεθιστότητα και ενούρηση (Petanidou et al, 2014).

Οι δομές ΠΦΥ παρέχουν περιορισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, όμως υποδέχονται συχνά περιστατικά που η τελική τους διάγνωση αφορά ψυχική νόσο (Valance et al, 2011).

5.1 Διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε Ελλάδα κι εξωτερικό

Παρά το τεράστιο βάρος που επιβάλλει η ψυχική ασθένεια στους ανθρώπους και στις οικονομίες των χωρών, πολλές χώρες συνεχίζουν να παραμελούν τη φροντίδα της ψυχικής υγείας και η ανάγκη για θεραπεία παραμένει ανεκπλήρωτη. Θέτοντας την ψυχική υγεία ως προτεραιότητα θα ενισχυόταν η ζωή των ανθρώπων και παράλληλα θα σημειώνονταν κοινωνικά και οικονομικά οφέλη στο εκάστοτε κράτος (www.oecd.org).

Η διαφορά μεταξύ των αναγκών και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον παιδικό κι εφηβικό πληθυσμό ανά τον κόσμο είναι

αξιοσημείωτη. Η έλλειψη υπηρεσιών αποτελεί εμπόδιο στην μείωση των ψυχικών διαταραχών (Rocha et al, 2015). Πολλές υπηρεσίες ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους και η πρόσβαση στην κατάλληλη περίθαλψη αποτελεί πρόβλημα. (Rocha et al, 2015). Χώρες όπως η Αυστραλία, η Φινλανδία, η Νέα Ζηλανδία ορθώς έδωσαν προτεραιότητα στην επέκταση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων (<http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm>). Η Γερμανία θεωρείται η χώρα με την πιο ισχυρή κοινωνική πρόνοια και το πιο δομημένο σύστημα υγείας. Ακολουθεί το Ηνωμένο Βασίλειο και οι Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Νορβηγία, Σουηδία), (www.euro.who.int, 2005).

Στην Ελλάδα, ο τομέας της ψυχικής υγείας δεν έχει αναπτυχθεί αρκετά καθώς συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα (www.who.org). Οι υπηρεσίες για την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση των παιδικών ψυχικών διαταραχών είναι περιορισμένες. Υπάρχουν δομές ψυχικής υγείας για παιδιά-εφήβους σε παιδιατρικά νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κέντρα Ημέρας, Εργαστήρια Δημιουργικής Απασχόλησης που εξυπηρετούν πολλές ανάγκες παιδιών και των οικογενειών τους κυρίως στην Αττική. Ωστόσο ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης είναι δυσανάλογος αφού οι ανάγκες αυξάνονται και οι κάτοικοι της υπόλοιπης Ελλάδας έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις Υπηρεσίες. Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας εξυπηρετεί πολλά περιστατικά παιδιών και ενηλίκων στις περιπτώσεις που η γεωγραφική τους θέση και οι κοινωνικές συνθήκες δεν τους επιτρέπουν την πρόσβαση σε ψυχικές δομές ή αυτές δεν υφίστανται (kmpsyelladas.wordpress.com).

Τα στατιστικά δεδομένα για την ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων είναι ελλιπή έως και ανύπαρκτα. Υπάρχουν πολλές έρευνες για τον παιδικό πληθυσμό μα όχι επίσημα δεδομένα ανά κράτος καθώς δεν υπάρχει επίσημη καταγραφή των

περιστατικών. Σε στατιστικά στοιχεία για τις ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2015 που αφορούν ηλικίες 0-69 ετών, καταγράφηκε αύξηση του χαμένου χρόνου εργασίας εξαιτίας ψυχικής νόσου. Επίσης, ο αριθμός των θανάτων στη χώρα μας λόγω ψυχικών νοσημάτων σημείωσε δεκαπλάσια άνοδο κατά την τελευταία τετραετία (<https://stats.oecd.org>).

Ωστόσο, η επικράτηση των μέτριων συνθηκών ψυχικής υγείας μεταξύ των νέων είναι υψηλή και οι εξειδικευμένες υπηρεσίες εξακολουθούν να επικεντρώνονται δυσανάλογα στους ενήλικες ενώ η μέση ηλικία εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών είναι τα 14 χρόνια (<http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm>). Επιβάλλεται η ανάπτυξη περαιτέρω δομών με στόχο την κοινοτική φροντίδα και οι πολιτικές αποφάσεις για καλύτερη χρηματοδότηση στην ψυχική υγεία (www.euro.who.int, 2005).

5.2 Ψυχικά προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Υπάρχει τεκμηριωμένη συσχέτιση άγχους και λειτουργικών σωματικών συμπτωμάτων με κύριο χαρακτηριστικό την υπερβολική ανησυχία (Beena, 2017). Τα σωματικά συμπτώματα χωρίς αναγνωρίσιμα ευρήματα κατά την κλινική εξέταση είναι συνηθισμένα στα παιδιά (Garralda et al, 2015). Λόγω της μεγάλης συχνότητας εμφάνισης ψυχοσωματικών διαταραχών με ποικίλες εκδηλώσεις, πολλά περιστατικά φτάνουν στις δομές της ΠΦΥ για να αντιμετωπιστούν από τους παιδίατρος και τους οικογενειακούς γιατρούς. Αυτές οι οικογένειες αναζητούν επανειλημμένες ιατρικές συμβουλές και τα παιδιά συνήθως υποβάλλονται σε περιττές διαγνωστικές εξετάσεις επιβαρύνοντας το σύστημα υγείας της χώρας (Satyakam et al, 2014).

Σε μια μελέτη 9 ετών στην Αλμπέρτα του Καναδά σε τμήμα επειγόντων περιστατικών παρατηρήθηκε ότι το 54,1% των παιδιατρικών επισκέψεων αφορούσε αγχώδεις διαταραχές (Newton et al, 2016) ενώ σε συστηματική ανασκόπηση από 32

μελέτες σε 24 χώρες σε ασθενείς που απευθύνθηκαν στην ΠΦΥ, διαπιστώθηκε πως το ποσοστό που έπασχε από ένα τουλάχιστον τύπο σωματοποιημένης διαταραχής (δυνατό να διαγνωστεί κατά DSM-IV ή ICD-10) κυμαινόταν από 26,2% έως 34,8%. Επιπλέον, στην ανασκόπηση αυτή υπολογίστηκε ότι 40,2% έως 49% των ασθενών διαμαρτύρονται για τουλάχιστον ένα ιατρικά ανεξήγητο σύμπτωμα γεγονός που επιβεβαιώνει πως οι σωματοποιημένες διαταραχές και τα ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα αποτελούν συχνές αιτίες προσέλευσης στην ΠΦΥ (Haller et al, 2015).

Οι διαταραχές παρουσιάζονται σε παιδιά και σε εφήβους ανάλογα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και τους παράγοντες κινδύνου της κάθε οικογένειας (Garralda et al, 2015) καθώς η προσφυγή στο σώμα αποτελεί τρόπο έκφρασης ειδικά στην περίοδο της εφηβείας (Αναγνωστόπουλος και συν., 2016). Σχεδόν το 12% των εφήβων αντιμετωπίζουν κατάθλιψη ή δυσθυμία και το 1/3 αγχώδεις διαταραχές (Avenevoli et al, 2015). Ο ρόλος των γονέων στη διευκόλυνση ενός εφήβου να εμπλακεί με υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικός. Η μειωμένη επικοινωνία γονέα-εφήβου μπορεί να μειώσει την αναζήτηση βοήθειας για προβλήματα ψυχικής υγείας (Logan et al, 2002).

Οι σχολικές συνθήκες που μπορεί να διεγείρουν άγχος είναι παρόμοιες για όλους τους μαθητές. Ωστόσο, ο κίνδυνος ανάπτυξης ψυχοσωματικών διαταραχών είναι διαφορετικός για τον κάθε μαθητή και οι αιτίες πολυπαραγοντικές σύμφωνα με τριακονταετή μελέτη στη Ρωσία για τον εντοπισμό των παθογενετικών μηχανισμών των ψυχοσωματικών διαταραχών σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Η κοινωνικότητα των μαθητών, προγεννητικοί, περιγεννητικοί, βιολογικοί παράγοντες και το επίπεδο της γνωστικής τους λειτουργίας κατά τη διάρκεια αγχωδών καταστάσεων είναι κάποιιοι από τους βασικούς παράγοντες αιτιοπαθογένειας (Kolesnikova et al, 2015).

Σε έρευνα σε Έλληνες μαθητές αναφέρθηκαν με συχνότητα 2 φορές την εβδομάδα τα ακόλουθα: θυμός και γκρίνια σε ποσοστό 32,3%, νευρικότητα 32%, κακοδιαθεσία 22,3%, δυσκολία συγκέντρωσης 21,7%, πονοκέφαλος 17.9%, δυσκολία στον ύπνο 13,6%, πόνος στη μέση 9,3%, πόνος στο στομάχι 7,6% και ζάλη 7,6% (Κοκκέβη και συν., 2010).

Ειδικότερα ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών προσέρχεται σε δομές ΠΦΥ για γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές διατροφής, αναπνευστικά και δερματικά ενοχλήματα, κεφαλαλγίες για τα οποία ακολουθεί περαιτέρω ανάλυση.

5.3 Βασικές αιτίες παραπομπής στην ΠΦΥ

5.3.1 Διαταραχές Διατροφής

Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες και είναι 10 φορές πιο συχνές σε γυναίκες. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι πρωτογενείς ή να αποτελούν συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής. Συνήθεις δυσκολίες είναι η άρνηση του φαγητού, η επιλεκτικότητα της τροφής, η αποφυγή φαγητού και η διάχυτη άρνηση τροφής. Μπορεί να είναι αποτέλεσμα σοβαρού τραύματος ή κατάθλιψης (Τσιάντης, 2001). Οι συχνές επισκέψεις στον γιατρό της ΠΦΥ και η ικανότητά του για διάκριση μεταξύ μιας απλής δίαιτας ή έναρξης παθολογίας είναι καθοριστικής σημασίας για την αναγνώριση της διαταραχής (Pritts et al,2003).

5.3.2 Γαστρεντερικές διαταραχές

Σε προοπτική μελέτη αξιολογήθηκαν παιδιά με γαστρεντερικά συμπτώματα. Το 72% των παιδιών ανέφερε τουλάχιστον ένα σωματικό σύμπτωμα εβδομαδιαίως και το 45% των παιδιών ανέφερε πάνω από ένα γαστρεντερικό σύμπτωμα

εβδομαδιαίως. Ο εβδομαδιαίος επιπολασμός των κοιλιακών αλγών ήταν 38%, ενώ το 90% των παιδιών ανέφεραν για τουλάχιστον μία φορά κοιλιακό άλγος το οποίο διατηρήθηκε πάνω από 4 εβδομάδες. Συσχετίστηκε με υψηλότερες βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης και χειρότερη ποιότητα ζωής. Το 23% των παιδιών έχασε το σχολείο λόγω κοιλιακών αλγών (μέση τιμή 2,3 ημέρες) και το 10% των γονέων αυτών των παιδιών έχασε εργασία (κατά μέσο όρο 1,9 ημέρες). Το συμπέρασμα είναι ότι το κοιλιακό άλγος είναι κοινό σε παιδιά σχολικής ηλικίας, σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής, απουσίες από το σχολείο και τη γονική εργασία (Saps et al, 2009).

5.3.3 Αναπνευστικά προβλήματα

Τα αναπνευστικά προβλήματα αποτελούν συχνή αιτία επίσκεψης στο παιδιατρικό ιατρείο. Σε διεξαγωγή έρευνας για τον ρόλο του στρες στις κρίσεις άσθματος των παιδιών μελετήθηκε ότι τα σοβαρά γεγονότα μαζί με έντονο στρες αυξάνουν τις κρίσεις άσθματος με υψηλότερη συχνότητα στο γυναικείο φύλο. Ο κίνδυνος μεγεθύνεται εάν οι συνθήκες ζωής του παιδιού χαρακτηρίζονται από πολλαπλούς χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες (Sandberg et al, 2000).

5.3.4. Δερματικά προβλήματα

Σε μελέτη στη Νέα Ζηλανδία όσο και διεθνώς, οι δερματικές λοιμώξεις γίνονται όλο και πιο σημαντική πηγή παιδικής νοσηρότητας. Στη Νέα Ζηλανδία, το ποσοστό σοβαρών δερματικών λοιμώξεων διπλασιάστηκε μεταξύ 1990 και 2007 (O'Sullivan et al, 2012). Οι δυσμενείς ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχει τεκμηριωθεί πως έχουν αντίκτυπο στην εμφάνιση δερματικών παθήσεων. Έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών σε παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνιες δερματολογικές παθήσεις, όπως η ατοπική δερματίτιδα, η αλωπεκία, η λεύκη και η ψωρίαση (Karambetsos et al, 2013).

5.3.5 Διαταραχές Ύπνου

Σε μελέτη που διεξήχθη το 2002 βρέθηκε ότι το 25-30% των παιδιών μεταξύ 1 και 5 ετών αντιμετωπίζουν κάποια δυσλειτουργία στον ύπνο, ενώ υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται μεταξύ 3 και 8 ετών. Το κυρίαρχο στοιχείο είναι η παρατήρηση δυσυπνίας και έλλειψης ύπνου καθώς δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν ή έχουν νυχτερινές αφυπνίσεις. Αυτό συμβαίνει περίπου στο 20% μεταξύ ενός και τριών ετών στο 10% μεταξύ τεσσάρων και πέντε χρονών (Ward, 2002).

5.3.6 Κεφαλαλγίες

Οι κεφαλαλγίες αποτελούν σύνηθες παράπονο και σύμπτωμα κατά την παιδική ηλικία και η συχνότητα τους αυξάνεται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η κεφαλαλγία στην παιδική ηλικία αποτελεί συχνά ένα δύσκολο θεραπευτικό πρόβλημα εξαιτίας της ποικίλης αιτιολογίας της και λόγω της ανικανότητας του παιδιού να περιγράψει ακριβώς τι αισθάνεται (Lewis et al, 2002). Οι ψυχογενείς κεφαλαλγίες ξεκινούν συνήθως στην λανθάνουσα και προεφηβική περίοδο (Ιεροδιακόνου, 2005). Συχνά, η σημαντικότερη θεραπευτική παρέμβαση είναι η διαβεβαίωση για την απουσία σοβαρής νευρολογικής νόσου και η απόδοσή τους σε ψυχική δυσφορία του παιδιού/εφήβου (Lewis et al, 2002).

5.3.7 Ενούρηση- Εγκόπριση

Η ενούρηση είναι συχνότερη στα αγόρια και σε παιδιά οικογενειών χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Σε πρόσφατη έρευνα βρέθηκε ότι η μέση ηλικία των παιδιών με ενούρηση ήταν 8,46 έτη. Το 60% των συμμετεχόντων ήταν αγόρια και το 90% των ατόμων ήταν μεταξύ ηλικίας 1-9 ετών Το 40% των παιδιών με ενούρηση υπέφερε από διαταραχές άγχους και το 34% είχε διαταραχές ύπνου (Mohsenzadeh et al, 2017).

Υπάρχει μια σαφής υπεροχή των αγοριών και παρατηρείται αξιοσημείωτη σχέση ανάμεσα σε ενούρηση και εγκόπριση (Τσιάντης, 2001). Συνήθως σταματά από μόνη της ανάμεσα στο 10^ο και 15^ο έτος. Η εγκόπριση συνοδεύεται από συμπτώματα όπως ανορεξία, έμετοι, απόσυρση και παλινδρόμηση (Ιεροδιακόνου, 2005).

Συμπερασματικά, τα σωματοποιημένα ενοχλήματα εκφράζονται ποικιλοτρόπως. Κρίνεται σκόπιμη η αναγνώριση και η έγκαιρη παραπομπή των παιδιών προλαμβάνοντας και αντιμετωπίζοντας την διαταραχή.

6. Πρόληψη ψυχικών διαταραχών

Τα θέματα ψυχικής υγείας αποτελούν καθολικό πρόβλημα του πληθυσμού. Ανά τον κόσμο, το 10-20% των παιδιών και των εφήβων βιώνει ψυχικές διαταραχές (www.who.org). Με τα ποσοστά της ψυχικής νόσου να αυξάνονται η ανάγκη για προληπτικά μέτρα επιβάλλεται. Υψίστης σημασίας είναι η φροντίδα των παιδιών και των εφήβων που αποτελούν την μεγαλύτερη επένδυση της δημόσιας υγείας.

Οι παρεμβάσεις ωφελούν αν είναι οργανωμένες στην κοινότητα με στόχο την ενδυνάμωση των δεξιοτήτων των παιδιών κι εφήβων (Durlak et al, 1997). Η σχολική κοινότητα αποτελεί την καλύτερη ευκαιρία για εκπαίδευση και προαγωγή της υγείας (McCaffrey et al, 2017) με συμμετοχή των γονέων και αξιολόγηση των αναγκών τους στοχεύοντας στην παράλληλη ενδυνάμωση παιδιών και γονέων (Notara et al, 2013).

Διεθνείς Οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Συμβούλιο της Ευρώπης συμφωνούν πως η ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων είναι η καλύτερη μέθοδος για την πρόληψη και την βελτίωση της υγείας των παιδιών. Για όλα τα παραπάνω χρειάζεται πολιτική βούληση, επένδυση στην ψυχική υγεία, δομές για την ψυχική υγεία και καταρτισμένο προσωπικό (Nasheeda, 2008).

7. Στόχοι παρούσας εργασίας

Σύμφωνα με έρευνες των τελευταίων ετών τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς λαμβάνουν αύξηση και εμφάνιση σε όλο και μικρότερες ηλικίες. Βάση πολλών ερευνών οι ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων έχουν τις ρίζες τους καθώς και πρώιμα συμπτώματα στην παιδική κι εφηβική ηλικία. Συμπεραίνεται πως η αναγνώριση των συμπτωμάτων, η διερεύνησή τους και η έγκαιρη παρέμβαση μπορούν να οδηγήσουν τα παιδιά σε μια ψυχικά ισορροπημένη και ποιοτική ενήλικη ζωή. Η αρτιότερη ωστόσο επένδυση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί τον πιο αποδοτικό στόχο για το άτομο και την κοινωνία (<http://www.oecd.org/health/mental-health-systems.htm>). Μέσω των δομών της ΠΦΥ μπορούν να υλοποιηθούν παρεμβάσεις σε καθολικό επίπεδο που θα βοηθήσουν στη μείωση των δαπανών που αφορούν τη δημόσια υγεία (www.oecd.org).

Ευρύτερα, μελέτη για τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων έχει υλοποιηθεί και σε άλλες χώρες όπως στην Αυστρία και στην Κένυα. Στην έρευνα της Αυστρίας, έφηβοι μαθητές σημείωσαν 17,8% ποσοστό σε εσωτερικευόμενα προβλήματα και 7,4% σε εξωτερικευόμενα (Philipp et al, 2018). Σε ανάλογη έρευνα στην Κένυα, τα μικρότερα παιδιά είχαν υψηλότερο σκορ στα προβλήματα συμπεριφοράς και οι έφηβοι στα συναισθηματικά σύμφωνα με τους γονείς τους. Στις αυτοαναφορές τα κορίτσια σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά από τα αγόρια, κυρίως στα εσωτερικευόμενα προβλήματα (Magai et al, 2018).

Η παρούσα έρευνα στοχεύει να ανιχνεύσει εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα σε παιδιά/ εφήβους στην καθημερινή τους ζωή, στις σχολικές τους επιδόσεις και στις κοινωνικές τους σχέσεις. Σκοπός της έρευνας, λοιπόν, είναι η μελέτη των προβλημάτων συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά κι εφήβους που προσέρχονται σε παιδιατρικό ιατρείο δομής ΠΦΥ και η επίδραση

αυτών στην λειτουργικότητά τους. Η συμμετοχή των γονέων ενισχύει την αρτιότερη προσέγγιση των συνηθειών και των συμπεριφορών των παιδιών τους. Η συμμετοχή των εφήβων με το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς συμβάλλει στην καλύτερη περιγραφή των σκέψεων και των συναισθημάτων που βιώνουν.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: Η ΕΡΕΥΝΑ

8. Μεθοδολογία έρευνας

8.1 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής

Η παρούσα συγχρονική, μη-παρεμβατική έρευνα με μέτρηση σε μια στιγμή στο χρόνο και δειγματοληψία ευκολίας υλοποιήθηκε για το διάστημα 10/2018-12/2018, στο «Κέντρο Υγείας Ν.Ιωνίας» και συγκεκριμένα στο παιδιατρικό ιατρείο του «Σταθμού Προστασίας Μητέρας, Παιδιού και Εφήβου».

8.2 Δείγμα

Πληθυσμός-στόχος τα παιδιά/έφηβοι και οι γονείς αυτών που επισκέφθηκαν το «Κέντρο Υγείας Νέας Ιωνίας». Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 220 άτομα. Διαμορφώθηκαν τέσσερις κατηγορίες συμμετεχόντων. Στην πρώτη συμμετείχαν 69 γονείς παιδιών 1,5-5 ετών, στην δεύτερη 75 γονείς παιδιών 6-18 ετών, στην τρίτη 26 έφηβοι 11-18 ετών, ενώ στην τέταρτη 25 δυάδες γονέων-εφήβων των οποίων οι απαντήσεις συσχετίστηκαν.

Κριτήρια συμπερίληψης: Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν παιδιά/έφηβοι ηλικίας 1,5 έως 18 ετών και ο ένας εκ των γονέων αυτών που προσήλθαν στο «Κέντρο Υγείας Ν. Ιωνίας» ανεξαρτήτως αιτίας προσέλευσης. Σε περιπτώσεις που τα παιδιά συνοδεύονταν από τρίτο πρόσωπο/φροντιστή αναλάμβανε την ευθύνη για τη συμμετοχή στην έρευνα υπογράφοντας την έντυπη συγκατάθεση συμμετοχής και αποτελώντας τον βασικό πληροφοριοδότη στο ερωτηματολόγιο.

Κριτήρια αποκλεισμού: Αποκλείστηκαν άτομα με αδυναμία παροχής αξιόπιστων πληροφοριών είτε λόγω μειωμένης νοητικής λειτουργίας ή επικοινωνιακής γλωσσικής δυσχέρειας.

8.3 Ερευνητική διαδικασία:

8.3.1 Έγκριση

Η παρούσα μελέτη έχει λάβει έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής και τη σύμφωνη γνώμη του επιστημονικά υπεύθυνου του Κέντρου Υγείας Ν.Ιωνίας.

Κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από έντυπο συναίνεσης που υπογράφηκε από τον γονέα το οποίο επεξηγούσε αναλυτικά το σκοπό της έρευνας και τους παρείχε τη δυνατότητα επικοινωνίας με την μεταπτυχιακή φοιτήτρια σε περίπτωση που ήθελαν περαιτέρω στοιχεία.

8.3.2 Θέματα δεοντολογίας

Οι συμμετέχοντες έλαβαν προφορική και γραπτή ενημέρωση για την αξία και τον σκοπό της έρευνας και δήλωσαν εγγράφως ότι συναινούν στην συμμετοχή των ίδιων και του παιδιού τους. Το έντυπο συναίνεσης διασφάλιζε στους συμμετέχοντες ότι τα προσωπικά τους δεδομένα δεν θα χρησιμοποιούνταν πουθενά εκτός από τους σκοπούς της έρευνας για την οποία προορίζονταν.

8.3.3 Διαδικασία

Οι γονείς των παιδιών 1,5-18 ετών που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας και οι έφηβοι 11-18 ετών ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και διαβεβαιώθηκαν για την ανωνυμία των απαντήσεών τους. Στη συνέχεια, ο γονιός που θα συμμετείχε στην έρευνα υπέγραψε μία έντυπη συγκατάθεση συμμετοχής. Σε περίπτωση που το παιδί / έφηβος συνοδευόταν και από τους δύο γονείς του, το ερωτηματολόγιο το συμπλήρωνε όποιος γονέας επιθυμούσε. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια της επίσκεψής τους στην δομή. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους γονείς και τα έφηβα παιδιά τους

γινόταν ταυτόχρονα και διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Στη συνέχεια επέστρεφαν τα ερωτηματολόγια συμπληρωμένα στον ερευνητή που διασφάλιζε την ιδιωτικότητα των απαντήσεων φυλάσσοντάς τα κλειδωμένα σε σημείο που δεν υπήρχε πρόσβαση από τρίτους.

8.3.4 Προβλήματα κατά τη συλλογή δεδομένων

Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας περίπου 20 ερωτηματολόγια επεστράφησαν χωρίς να συμπληρωθούν ενώ περίπου 15 άτομα αρνήθηκαν να λάβουν μέρος. Κάποιοι επικαλέστηκαν πως δεν είχαν αρκετό χρόνο για να λάβουν μέρος και κάποιοι από αυτούς ζήτησαν να τα συμπληρώσουν σπίτι τους και να τα επιστρέψουν σε λίγες ημέρες. Από τα 50 ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν για κατ' οίκον συμπλήρωση επεστράφησαν περίπου τα 30. Άλλοι προσερχόμενοι ενώ δέχτηκαν να πάρουν το ερωτηματολόγιο στο χώρο αναμονής, το άφησαν κενό κι έφυγαν. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γονείς επικαλέστηκαν δυσκολία στη συμπλήρωση καθώς δεν είχαν μαζί τους γυαλιά πρεσβυπίας. Πολλοί αλλοδαποί που επισκέφθηκαν το Κέντρο Υγείας ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν αλλά υπήρχε σοβαρό πρόβλημα επικοινωνίας λόγω γλώσσας.

Οι γονείς που προσέρχονταν ως έκτακτα περιστατικά ήταν λιγότερο συνεργάσιμοι και βιάζονταν να τελειώσουν από τον παιδίατρο καθώς τα παιδιά τους δεν ένιωθαν καλά. Πολλοί γονείς ρώτησαν αν υπάρχουν διαφημιστικοί λόγοι και αν θα τους ενοχλήσουμε στο μέλλον.

8.3.5 Εργαλεία μέτρησης

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων: περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αφορούν την ηλικία των γονέων, το φύλο, τον τόπο κατοικίας, το επάγγελμα, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, τον αριθμό των

παιδιών στην οικογένεια, τη σειρά γέννησης του παιδιού για το οποίο συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο, την αιτία προσέλευσης στα ιατρεία της μονάδος, την χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την ύπαρξη ψυχικών νοσημάτων στους γονείς ή σε άλλα παιδιά της οικογένειας.

Ερωτηματολόγιο Child Behavior Check List (CBCL): Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι τα ερωτηματολόγια του Achenbach για παιδιά από 1,5 έως 18 ετών και τον ένα εκ των γονέων τους. Το ερωτηματολόγιο Child Behavior Check List (CBCL) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο έντυπο αξιολόγησης του Achenbach για τον εντοπισμό παιδιών και εφήβων με προβλήματα συμπεριφοράς και συναισθήματος. Πρόκειται για σταθμισμένο εργαλείο αξιολόγησης, μεταφρασμένο και με ευρεία χρήση σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο (Achenbach et al, 2000).

Κάθε ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη εξετάζοντας προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται ερωτήσεις για το βαθμό συμμετοχής του παιδιού σε καθημερινές δραστηριότητες, αθλήματα, ομάδες, χόμπι, κοινωνικές δεξιότητες και σχολική επίδοση. Οι πιθανές απαντήσεις διαμορφώνονται με βάση το μέσο όρο και αν η συμμετοχή του παιδιού είναι πάνω ή κάτω από το μέσο όρο. Στο δεύτερο μέρος υπάρχουν ερωτήσεις που η καθεμία βαθμολογείται με 0 = δεν ταιριάζει, 1 = ταιριάζει μερικές φορές και 2 = ταιριάζει πολύ συχνά. Οι χρήστες μπορούν να προσθέσουν προβλήματα ή ανησυχίες καθώς και σχόλια για κάθε στοιχείο προς αξιολόγηση στο τέλος του πρώτου μέρους. Παρέχει έτσι τη δυνατότητα διάκρισης μεταξύ παιδιών με πολλά συμπτώματα αλλά επαρκή λειτουργικότητα και εκείνων με χαμηλή λειτουργικότητα.

Ειδικότερα τα 3 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι τα εξής:

i. Ερωτηματολόγιο CBCL (Child Behavior Check List), για τις ηλικίες 1,5-5 ετών για εκτίμηση συμπεριφοράς του παιδιού τους τελευταίους 2 μήνες που συμπληρώθηκε από τον ένα γονέα.

ii. Ερωτηματολόγιο CBCL (Child Behavior Check List), για τις ηλικίες 6-18 ετών για εκτίμηση συμπεριφοράς του παιδιού/εφήβου τους τελευταίους 6 μήνες που συμπληρώθηκε από τον ένα γονέα.

iii. Ερωτηματολόγιο YSR (Youth Self Report), εκτίμησης συμπεριφοράς των εφήβων 11-18 ετών τους τελευταίους 6 μήνες αυτοσυμπληρώμενα από παιδιά και εφήβους της ανάλογης ηλικιακής ομάδας. Περιλαμβάνει τις ίδιες ερωτήσεις με το ερωτηματολόγιο των γονέων 6-18 ετών αλλά στο τέλος του πρώτου μέρους υπάρχουν 3 ανοιχτές ερωτήσεις στις οποίες ο έφηβος εκφράζει τις ανησυχίες του για το σχολείο, τι τον απασχολεί για τον εαυτό του και περιγράφει τα πιο θετικά χαρακτηριστικά του.

Και στα τρία ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το επάγγελμα γονέων, το φύλο του παιδιού, η ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και η ημερομηνία γέννησης του παιδιού από τις οποίες προέκυπτε ο υπολογισμός της ηλικίας του και η σχέση του συμμετέχοντα με το παιδί.

Όλα τα ερωτηματολόγια εξετάζουν 8 κλίμακες, 5 κλινικά σύνδρομα που περιλαμβάνουν το άγχος και την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, τα σωματικά ενοχλήματα και την απόσυρση και 3 ξεχωριστά σύνδρομα που περιλαμβάνουν τα κοινωνικά προβλήματα, τα προβλήματα σκέψης και τα προβλήματα προσοχής των παιδιών/εφήβων στην καθημερινότητα τους. Όλες οι παραπάνω κλίμακες αποτελούν τις κατηγορικές/ποιοτικές μεταβλητές της μελέτης.

8.4 Στατιστική ανάλυση

Τα 220 ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν κατά τους μήνες της έρευνας περιλαμβάνουν 100 ερωτηματολόγια για γονείς 6-18 ετών, 69 ερωτηματολόγια για γονείς παιδιών 1,5-5 ετών και 51 ερωτηματολόγια εφήβων 11-18 ετών. Η στατιστική ανάλυση ξεκίνησε με την καταχώριση των απαντήσεων στη βάση του Achenbach σε ξεχωριστό πρόγραμμα για την κάθε μία από τις τρεις κατηγορίες ερωτηματολογίων. Σε κάθε ερωτηματολόγιο υπολογιζόταν από το πρόγραμμα το σκορ που απεικονιζόταν σε διαγράμματα. Οι πίνακες με τα διαγράμματα περιλαμβάνουν τα αποτελέσματα των απαντήσεων συγκρίνοντας τον συμμετέχοντα παιδί/έφηβο με άλλους συνομηλίκους του ίδιου φύλου στο γενικό πληθυσμό. Στη συνέχεια τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων και τα δημογραφικά στοιχεία καταχωρήθηκαν στο πρόγραμμα SPSS από το οποίο έγινε και η τελική στατιστική τους ανάλυση.

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τη σύγκριση των βαθμολογιών μεταξύ γονιών και παιδιών/εφήβων χρησιμοποιήθηκε το paired t-test. Για τη σύγκριση του αριθμού θετικών χαρακτηριστικών μεταξύ γονιών και παιδιών/εφήβων χρησιμοποιήθηκε το Tau του Kendall. Για τον έλεγχο της σχέσης

δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

9. Αποτελέσματα έρευνας

9.1 Δημογραφικά στοιχεία γονέων

Το δείγμα αποτελείται από 220 άτομα. Ειδικότερα, 69 άτομα ήταν γονείς παιδιών 1,5-5 ετών, 75 άτομα γονείς παιδιών 6-18 ετών, 26 έφηβοι 11-18 ετών και 25 δυάδες γονέων-εφήβων.

Το 83,2% των γονιών ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των γονιών ήταν 42 έτη (SD=6,7 έτη). Η πλειοψηφία τους ήταν απόφοιτοι λυκείου με το ποσοστό να είναι 40,7%. Το 97,0% των γονιών ήταν Έλληνες και το 86,8 ήταν έγγαμοι. Ο διάμεσος αριθμός παιδιών στην οικογένεια ήταν 2 και η διάμεση σειρά γέννησης ήταν 1. Ακόμα, το 43,7% των γονιών είχε μέτρια οικονομική κατάσταση και το 35,3% καλή. Το 94,6% ήταν ασφαλισμένοι.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των γονιών.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία γονέων

		N	%
Φύλο	Άνδρες	28	16,8
	Γυναίκες	139	83,2
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		42 (6,7)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Δημοτικό	2	1,2
	Γυμνάσιο	9	5,4
	Λύκειο	68	40,7
	Πανεπιστήμιο	62	37,1
	Μεταπτυχιακές σπουδές	24	14,4
	Διδακτορική διατριβή	2	1,2
Ιθαγένεια/Υπηκοότητα	Ελληνική	162	97,0
	Άλλη από Ελληνική	5	3,0
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι	145	86,8
	Άγαμοι	4	2,4
	Διαζευγμένοι	17	10,2
	Χήροι	1	0,6
Αριθμός παιδιών στην οικογένεια, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,0 (1,2)	2 (1 - 2)
Σειρά γέννησης παιδιού, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,5 (0,9)	1 (1 - 2)
Οικονομική κατάσταση	Αρκετά καλή	33	19,8
	Καλή	59	35,3
	Μέτρια	73	43,7
	Κακή	2	1,2

Είστε ασφαλισμένος	Ναι	158	94,6
	Όχι	9	5,4

Η μέση ηλικία των παιδιών/εφήβων ήταν τα 8,5 έτη (SD=4,7 έτη). Το 37,3% των παιδιών /εφήβων πήγαινε στο δημοτικό.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η ηλικία και η τάξη των παιδιών/εφήβων.

Πίνακας 2: Ηλικία και τάξη παιδιών/εφήβων

		N	%
Ηλικία παιδιού, μέση τιμή (SD)		8,5 (4,7)	
Τάξη σχολείου	Δεν πάει σχολείο	8	4,1
	Βρεφονηπιακός σταθμός	33	17,1
	Νηπιαγωγείο	28	14,5
	Δημοτικό	72	37,3
	Γυμνάσιο	24	12,4
	Λύκειο	28	14,5

Το 89,2% των γονιών προσήλθε στα τακτικά ραντεβού και ο κυριότερος λόγος προσέλευσης ήταν το εμβόλιο με ποσοστό 64,1%. Το 33,5% των γονιών είχε προσέλθει για τον ίδιο λόγο στο κέντρο υγείας πάνω από 3 φορές.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν την επίσκεψη των γονιών στο Κέντρο Υγείας.

Πίνακας 3: Στοιχεία επίσκεψης γονέων στο Κέντρο Υγείας

		N	%
Τόπος προσέλευσης	Στα τακτικά ραντεβού	149	89,2
	Στα επείγοντα	18	10,8
Λόγος προσέλευσης	Εμβόλιο	107	64,1
	Έλεγχος ανάπτυξης	26	15,6
	Ασθένεια	34	20,4
Πόσες φορές έχετε προσέλθει για τον ίδιο λόγο στο Κέντρο Υγείας	Καμία	10	6,0
	Μία	14	8,4
	Δύο	40	24,0
	Τρεις	47	28,1
	Πάνω από τρεις	56	33,5

Το 28,7% των γονιών είχε απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Στο 7,8% των περιπτώσεων υπήρχαν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό των γονιών.

Πίνακας 4: Στοιχεία ιστορικού γονέων

		N	%
Έχετε ποτέ απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	Ναι	48	28,7
	Όχι	119	71,3
Υπάρχουν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια		13	7,8
Αν ναι, σε ποιον	στη μητέρα	0	0,0
	στον πατέρα	4	2,4
	σε άλλα παιδιά της οικογένειας	10	6,0

9.2 Ανησυχίες / Προβληματισμοί γονέων και παιδιών-εφήβων

Οι γονείς ανησυχούσαν κυρίως για την υγεία των παιδιών τους ενώ τα παιδιά ανησυχούσαν κυρίως για τις εξετάσεις τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι ανησυχίες ή τα προβλήματα με το σχολείο όπως αναφέρθηκαν από τους γονείς και τους εφήβους.

Πίνακας 5: Ανησυχίες / προβλήματα με το σχολείο

Ανησυχίες ή προβλήματα με το σχολείο	Γονείς		Παιδιά/ Έφηβοι	
	N	%	N	%
Έλλειψη εμπιστοσύνης σε εαυτό	8	10,1	1	8,3
Φοβίες	1	1,3	0	0,0
Κακή διαχείριση χρόνου	1	1,3	0	0,0
Υπερευαισθησία	6	7,6	0	0,0
Έντονος θυμός	3	3,8	0	0,0
Νιώθει μοναξιά	1	1,3	0	0,0
Το μέλλον	11	13,9	2	16,7
Η υγεία του	21	26,6	0	0,0
Η ευτυχία του	7	8,9	0	0,0

Εξετάσεις	4	5,1	5	41,7
Έλλειψη καλλιτεχνικής φύσης στο σχολείο	0	0,0	2	16,7
Κατάχρηση υπολογιστή	1	1,3	0	0,0
Κακή συμπεριφορά συμμαθητών	1	1,3	1	8,3
Νευρικότητα	6	7,6	1	8,3
Διαδίκτυο	1	1,3	0	0,0
Κακομαθημένο	2	2,5	0	0,0
Ζηλεύει	1	1,3	0	0,0
Άρνηση για σχολείο	1	1,3	0	0,0
Προβλήματα λόγου	1	1,3	0	0,0
Προβλήματα ύπνου	1	1,3	0	0,0
Καλύτερη διατροφή	1	1,3	0	0,0

Οι έφηβοι κυρίως ανησυχούσαν για το μέλλον τους και την εμφάνισή τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα θέματα που απασχολούν τους εφήβους σχετικά με τον εαυτό τους.

Πίνακας 6: Θέματα εφήβων με τον εαυτό τους

Σε απασχολεί κάτι σε σχέση με τον εαυτό σου	N	%
Εμφάνιση	5	27,8
Χαρακτήρας	1	5,6
Το μέλλον μου	6	33,3
Δάγκωμα χειλιών	1	5,6
Χρήσιμος στην κοινωνία	2	11,1
Έλλειψη συγκέντρωσης	2	11,1
Απώλεια βάρους	1	5,6

Η πλειοψηφία τόσο των γονιών όσο και των παιδιών/εφήβων πιστεύουν ότι έχουν 3 θετικά χαρακτηριστικά, με τα ποσοστά να είναι 29,3% και 25,5% αντίστοιχα.

Στον πίνακα που ακολουθεί τα θετικά χαρακτηριστικά των παιδιών/εφήβων όπως αναφέρθηκαν από τους γονείς και τα ίδια τα παιδιά/τους έφηβους.

Πίνακας 7: Θετικά χαρακτηριστικά παιδιών/εφήβων

Πόσα θετικά χαρακτηριστικά έχεις	Γονείς		Παιδιά/ Έφηβοι	
	N	%	N	%
0	27	16,2	7	13,7
1	4	2,4	7	13,7
2	22	13,2	11	21,6
3	49	29,3	13	25,5
4	30	18,0	7	13,7
5	14	8,4	3	5,9
>5	21	12,6	3	5,9

9.3 Προβλήματα συμπεριφοράς

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των παιδιών/εφήβων στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους και τους γονείς τους.

Πίνακας 8: Βαθμολογίες CBCL από γονείς και παιδιά/εφήβους

	Γονείς		Παιδιά/ Έφηβοι	
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD
Συναισθηματικά προβλήματα	2,01	2,04	4,63	4,02
Προβλήματα άγχους	2,41	2,06	2,43	1,98
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	3,10	2,87	4,12	2,47
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	1,77	1,80	2,53	2,07
Σωματικά προβλήματα*	0,89	1,17	1,65	2,46
Προβλήματα διαγωγής*	1,40	1,99	2,80	3,38
Αναπτυξιακά προβλήματα**	2,77	2,49	-	-

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Συναισθηματικά προβλήματα» ήταν 2,01 μονάδες (SD=2,04 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς και 4,63 μονάδες (SD=4,02 μονάδες) σύμφωνα με τα παιδιά/έφηβους. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα άγχους» ήταν 2,41 μονάδες (SD=2,06 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς και 2,43 μονάδες (SD=1,98 μονάδες) σύμφωνα με τα παιδιά/έφηβους. Επίσης, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας» ήταν 3,10 μονάδες (SD=2,87 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς και 4,12 μονάδες (SD=2,47 μονάδες) σύμφωνα με τα παιδιά/έφηβους. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής» ήταν 1,77 μονάδες (SD=1,80 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς και 2,53 μονάδες (SD=2,07 μονάδες) σύμφωνα με τα παιδιά/έφηβους. Επιπροσθέτως, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικά προβλήματα» ήταν 0,89 μονάδες (SD=1,17 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς και 1,65 μονάδες (SD=2,46 μονάδες) σύμφωνα με τα παιδιά/έφηβους. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Προβλήματα διαγωγής» ήταν 1,40 μονάδες (SD=1,99 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς και 2,80 μονάδες (SD=3,38 μονάδες) σύμφωνα με τα παιδιά/έφηβους. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Αναπτυξιακά προβλήματα» ήταν 2,77 μονάδες (SD=2,49 μονάδες) σύμφωνα με τους γονείς.

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα προβλήματα παιδιών/εφήβων στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως εκτιμήθηκαν από τους ίδιους και τους γονείς.

Πίνακας 9: Προβλήματα παιδιών/εφήβων σύμφωνα με CBCL από αξιολόγηση γονέων-παιδιών

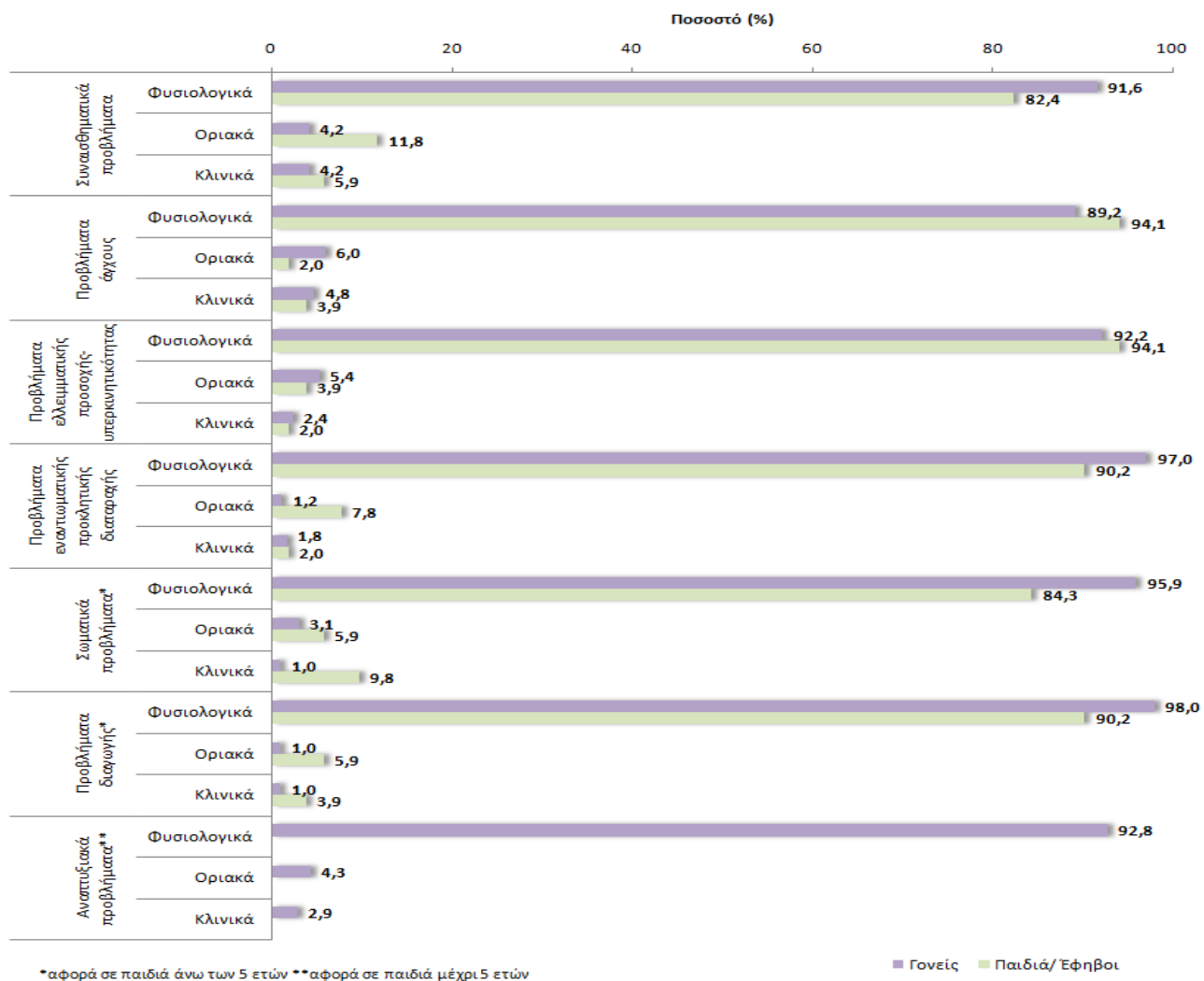
		Γονείς		Παιδιά/ Έφηβοι	
		N	%	N	%
Συναισθηματικά προβλήματα	Φυσιολογικά	153	91,6	42	82,4
	Οριακά	7	4,2	6	11,8
	Κλινικά	7	4,2	3	5,9
Προβλήματα άγχους	Φυσιολογικά	149	89,2	48	94,1
	Οριακά	10	6,0	1	2,0
	Κλινικά	8	4,8	2	3,9
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	Φυσιολογικά	154	92,2	48	94,1
	Οριακά	9	5,4	2	3,9
	Κλινικά	4	2,4	1	2,0
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	Φυσιολογικά	162	97,0	46	90,2
	Οριακά	2	1,2	4	7,8
	Κλινικά	3	1,8	1	2,0
Σωματικά προβλήματα*	Φυσιολογικά	94	95,9	43	84,3
	Οριακά	3	3,1	3	5,9
	Κλινικά	1	1,0	5	9,8
Προβλήματα διαγωγής*	Φυσιολογικά	96	98,0	46	90,2
	Οριακά	1	1,0	3	5,9
	Κλινικά	1	1,0	2	3,9
Αναπτυξιακά προβλήματα**	Φυσιολογικά	64	92,8	-	-
	Οριακά	3	4,3	-	-
	Κλινικά	2	2,9	-	-

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Σύμφωνα με τους γονείς, το 4,2% των παιδιών/εφήβων άνηκαν στο κλινικό φάσμα στη διάσταση «Συναισθηματικά προβλήματα», το 4,8% στη διάσταση «Προβλήματα άγχους», το 2,4% στη διάσταση «Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας», το 1,8% στη διάσταση «Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής», το 1,0% στη διάσταση «Σωματικά προβλήματα» και στη διάσταση «Προβλήματα διαγωγής» και το 2,9% στη διάσταση «Αναπτυξιακά προβλήματα». Τα αντίστοιχα ποσοστά σύμφωνα με τα ίδια τα παιδιά ήταν 5,9%, 3,9%, 2,0%, 2,0%, 9,8% και 3,9%.

Στο γράφημα απεικονίζονται τα ποσοστά των παιδιών/εφήβων σύμφωνα με τους ίδιους και τους γονείς τους.

Γράφημα 1: Απεικόνιση προβλημάτων παιδιών κι εφήβων στο CBCL



9.4 Συσχέτιση απαντήσεων γονέων και των έφηβων παιδιών τους

Σε 25 περιπτώσεις υπήρχαν καταγραφές των απαντήσεων των γονέων και των έφηβων παιδιών τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συγκεκριμένων περιπτώσεων, ξεχωριστά για τους γονείς και τα παιδιά.

Πίνακας 10: Βαθμολογίες γονέων-παιδιών

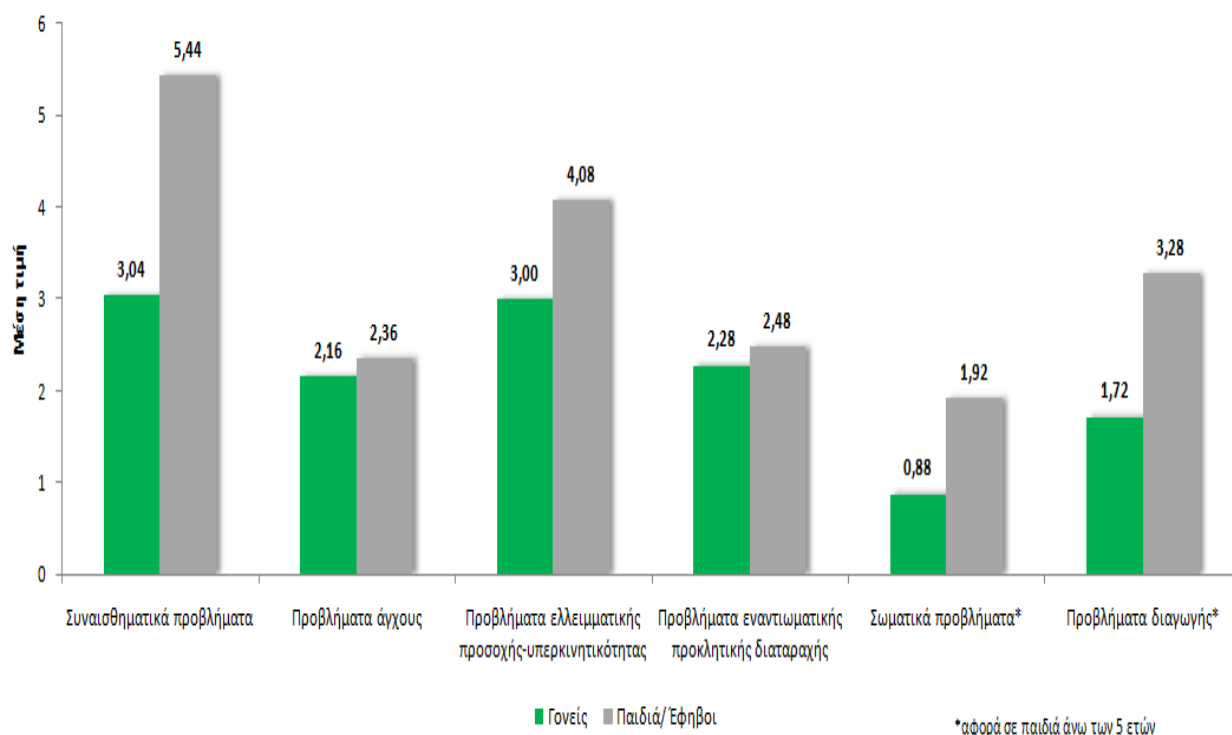
	Γονείς		Παιδιά/ Έφηβοι		P Paired t-test
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Συναισθηματικά προβλήματα	3,04	2,51	5,44	4,54	0,014
Προβλήματα άγχους	2,16	1,72	2,36	1,98	0,671
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	3,00	3,04	4,08	2,58	0,107
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	2,28	2,05	2,48	1,87	0,683
Σωματικά προβλήματα*	0,88	0,97	1,92	2,86	0,070
Προβλήματα διαγωγής*	1,72	2,28	3,28	3,51	0,003

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών

Διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες γονιών και παιδιών/εφήβων στις διαστάσεις «Συναισθηματικά προβλήματα» και «Προβλήματα διαγωγής». Συγκεκριμένα, οι γονείς είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές, που σημαίνει ότι υποεκτιμούσαν τα προβλήματα αυτά, σε σύγκριση με τα ίδια τα παιδιά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνονται οι μέσες βαθμολογίες των συγκεκριμένων περιπτώσεων, ξεχωριστά για τους γονείς και τα παιδιά.

Γράφημα 2: Μέσες βαθμολογίες γονέων-παιδιών



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα θετικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων περιπτώσεων, ξεχωριστά για τους γονείς και τα παιδιά.

Πίνακας 11: Θετικά χαρακτηριστικά παιδιών/εφήβων

Πόσα θετικά χαρακτηριστικά έχεις	Γονείς		Παιδιά/Έφηβοι	
	N	%	N	%
0	0	0,0	2	8,0
1	2	8,0	3	12,0
2	3	12,0	6	24,0
3	5	20,0	4	16,0
4	7	28,0	6	24,0
5	3	12,0	1	4,0
>5	5	20,0	3	12,0

Παρόμοια αξιολογήθηκαν τα θετικά χαρακτηριστικά των παιδιών από τα ίδια και από τους γονείς τους ($\tau=0,19$, $p=0,232$).

9.5 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των προβλημάτων συμπεριφοράς σύμφωνα με τους γονείς

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς.

Πίνακας 12: Προβλήματα συμπεριφοράς από αξιολόγηση γονέων

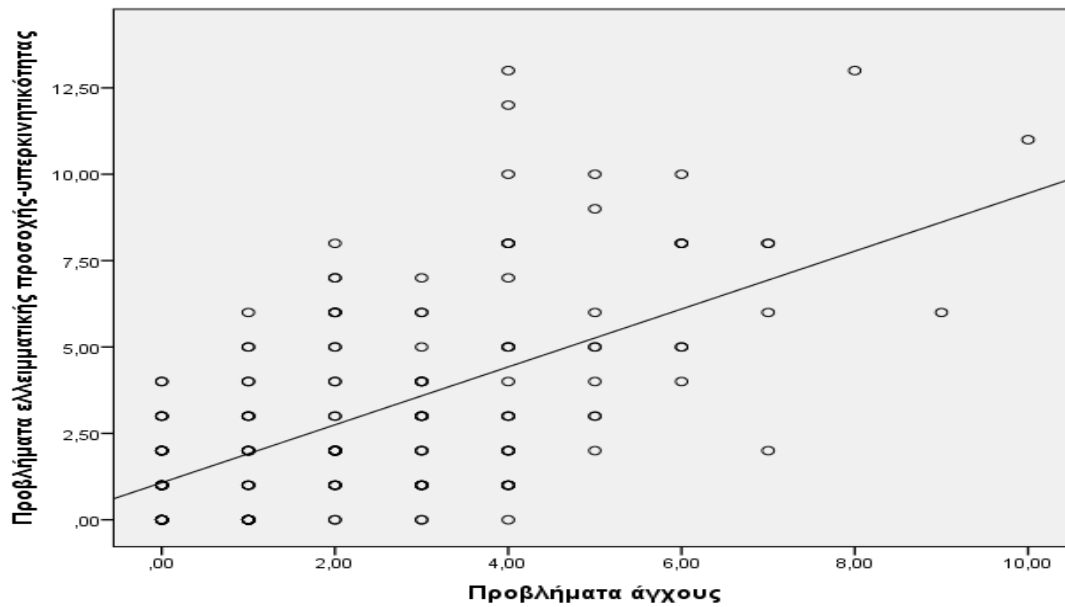
		Προβλήματα άγχους	Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	Σωματικά προβλήματα*	Προβλήματα διαγωγής*	Αναπτυξιακά προβλήματα**
Συναισθηματικά προβλήματα	r	0,34	0,31	0,38	0,38	0,23	0,28
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,022	0,021
Προβλήματα άγχους	r	1,00	0,60	0,51	0,21	0,45	0,47
	P		<0,001	<0,001	0,043	<0,001	<0,001
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	r		1,00	0,47	0,19	0,53	0,41
	P			<0,001	0,063	<0,001	<0,001
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	r			1,00	0,13	0,61	0,50
	P				0,217	<0,001	<0,001
Σωματικά προβλήματα*	r				1,00	0,14	-
	P					0,161	-

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων, γεγονός που υποδεικνύει ότι περισσότερα προβλήματα σε έναν τομέα σχετίζονταν με περισσότερα προβλήματα και στους υπόλοιπους τομείς.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ προβλημάτων άγχους και διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας.

Γράφημα 3:Συσχέτιση άγχους και ΔΕΠ-Υ



9.6 Συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των προβλημάτων συμπεριφοράς σύμφωνα με τους εφήβους.

Στον πίνακα οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως αξιολογήθηκαν από τα παιδιά/τους εφήβους.

Πίνακας 13: Προβλήματα συμπεριφοράς από αξιολόγηση εφήβων

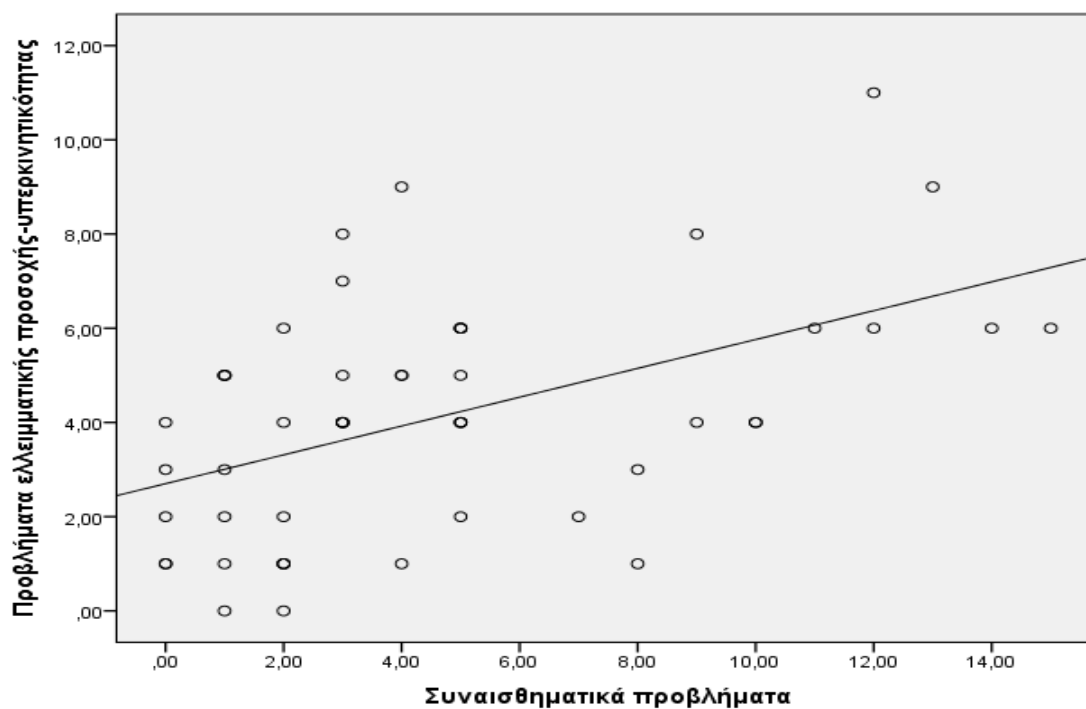
		Προβλήματα άγχους	Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	Σωματικά προβλήματα*	Προβλήματα διαγωγής*
Συναισθηματικά προβλήματα	r	0,51	0,50	0,37	0,70	0,39
	P	<0,001	<0,001	0,007	<0,001	0,005
Προβλήματα άγχους	r	1,00	0,27	0,27	0,39	0,36
	P		0,050	0,051	0,005	0,009
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	r		1,00	0,45	0,33	0,51
	P			0,001	0,020	<0,001
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	r			1,00	0,35	0,59
	P				0,012	<0,001
Σωματικά προβλήματα*	r				1,00	0,24
	P					0,091

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ όλων σχεδόν των διαστάσεων, γεγονός που υποδεικνύει ότι περισσότερα προβλήματα σε έναν τομέα σχετίζονταν με περισσότερα προβλήματα και στους υπόλοιπους τομείς.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών προβλημάτων και των προβλημάτων ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας.

Γράφημα 4: Συσχέτιση συναισθηματικών προβλημάτων και ΔΕΠ-Υ



9.7 Συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL με δημογραφικά στοιχεία γονέων και παιδιών

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 14: Βαθμολογία CBCL ανάλογα με εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων

	Επίπεδο εκπαίδευσης						P ANOVA
	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο		Πανεπιστήμιο		Μεταπτυχιακές σπουδές/ Διδακτορική διατριβή		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Συναισθηματικά προβλήματα	2,15	1,97	2,02	2,17	1,58	1,94	0,463
Προβλήματα άγχους	2,73	2,07	2,03	2,00	2,35	2,08	0,130
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	3,49	3,19	2,89	2,52	2,38	2,48	0,179
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	1,89	2,00	1,79	1,66	1,35	1,44	0,414
Σωματικά προβλήματα*	0,92	1,29	0,94	1,03	0,62	1,12	0,670
Προβλήματα διαγωγής*	1,64	2,42	1,40	1,50	0,46	0,78	0,165
Αναπτυξιακά προβλήματα**	3,72	2,93	2,26	1,89	1,69	1,84	0,018

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Μόνο η βαθμολογία στη διάσταση «Αναπτυξιακά προβλήματα» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι γονείς που ήταν το πολύ απόφοιτοι λυκείου είχαν αξιολογήσει τα παιδιά τους με σημαντικά περισσότερα προβλήματα σε σύγκριση με τους γονείς που είχαν μεταπτυχιακές σπουδές/ διδακτορική διατριβή ($p=0,038$).

Στον πίνακα δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, ανάλογα με την οικονομική τους κατάσταση.

Πίνακας 15: Βαθμολογία CBCL ανάλογα με οικονομική κατάσταση γονέων

	Οικονομική κατάσταση						P ANOVA
	Αρκετά καλή		Καλή		Μέτρια/ Κακή		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Συναισθηματικά προβλήματα	2,21	1,82	2,07	2,35	1,88	1,89	0,716
Προβλήματα άγχους	2,24	2,14	2,59	2,18	2,35	1,93	0,687
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	2,42	2,03	3,20	2,81	3,31	3,20	0,319
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	1,82	2,17	1,59	1,52	1,88	1,84	0,649
Σωματικά προβλήματα*	0,83	1,34	1,03	1,51	0,81	0,82	0,704
Προβλήματα διαγωγής*	1,56	1,82	0,84	1,17	1,71	2,41	0,154
Αναπτυξιακά προβλήματα**	2,80	3,00	2,74	2,38	2,78	2,39	0,997

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, ανάλογα με την οικονομική τους κατάσταση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, ανάλογα με το αν είχαν απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο.

Πίνακας 16: Βαθμολογία CBCL ανάλογα με χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

	Έχετε ποτέ απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο				P Student's t-tes
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Συναισθηματικά προβλήματα	1,84	1,89	2,44	2,35	0,087
Προβλήματα άγχους	2,33	2,00	2,63	2,20	0,400
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	3,03	2,71	3,27	3,25	0,618
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	1,73	1,78	1,85	1,87	0,691
Σωματικά προβλήματα*	0,63	0,89	1,34	1,47	0,004
Προβλήματα διαγωγής*	1,30	1,94	1,57	2,10	0,524
Αναπτυξιακά προβλήματα**	2,75	2,61	2,85	1,99	0,901

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Οι γονείς που είχαν απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο είχαν αξιολογήσει τα παιδιά τους με σημαντικά περισσότερα προβλήματα στη διάσταση «Σωματικά προβλήματα» σε σύγκριση με τους γονείς που δεν είχαν απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, ανάλογα με το αν υπήρχαν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια.

Πίνακας 17: Βαθμολογία CBCL ανάλογα με την ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας

	Υπάρχουν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια				P Student's t-tes
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Συναισθηματικά προβλήματα	1,95	1,95	2,77	2,95	0,164
Προβλήματα άγχους	2,39	2,06	2,69	2,10	0,612
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	2,99	2,79	4,31	3,54	0,113
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	1,78	1,84	1,62	1,26	0,754
Σωματικά προβλήματα*	0,78	0,98	1,73	2,05	0,011
Προβλήματα διαγωγής*	1,43	2,06	1,18	1,40	0,705
Αναπτυξιακά προβλήματα**	2,79	2,50	2,00	2,83	0,662

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Οι γονείς που είχαν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια είχαν αξιολογήσει τα παιδιά τους με σημαντικά περισσότερα προβλήματα στη διάσταση «Σωματικά προβλήματα» σε σύγκριση με τους γονείς που δεν είχαν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, με την ηλικία τους.

Πίνακας 18: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson ανάλογα με ηλικία γονέων

		Ηλικία
Συναισθηματικά προβλήματα	r	0,13
	P	0,094
Προβλήματα άγχους	r	-0,03
	P	0,695
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	r	-0,07
	P	0,353
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	r	0,08
	P	0,317
Σωματικά προβλήματα*	r	-0,06
	P	0,590
Προβλήματα διαγωγής*	r	0,08
	P	0,407
Αναπτυξιακά προβλήματα**	r	-0,03
	P	0,823

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς, με την ηλικία τους

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς και τα παιδιά/τους εφήβους, με την ηλικία των παιδιών/εφήβων.

Πίνακας 19: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson ανάλογα με ηλικία παιδιών

		Ηλικία παιδιού	
		<i>Γονείς</i>	<i>Παιδιά/ Έφηβοι</i>
Συναισθηματικά προβλήματα	r	0,26	0,26
	P	0,002	0,067
Προβλήματα άγχους	r	-0,15	0,00
	P	0,076	0,983
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	r	-0,18	0,13
	P	0,035	0,352
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	r	0,06	0,27
	P	0,481	0,050
Σωματικά προβλήματα*	r	0,03	0,15
	P	0,787	0,301
Προβλήματα διαγωγής*	r	-0,04	0,14
	P	0,706	0,326
Αναπτυξιακά προβλήματα**	r	0,22	-
	P	0,075	-

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Σύμφωνα με τους γονείς, μεγαλύτερη ηλικία παιδιού σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα και λιγότερα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Σύμφωνα με τα παιδιά/τους εφήβους, όσο αυξανόταν η ηλικία τους τόσο περισσότερα ήταν τα προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής που είχαν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς και τα παιδιά/τους εφήβους, με τα θετικά χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 20: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman με θετικά χαρακτηριστικά

		Θετικά χαρακτηριστικά	
		<i>Γονείς</i>	<i>Παιδιά/ Έφηβοι</i>
Συναισθηματικά προβλήματα	r	0,08	-0,10
	P	0,322	0,474
Προβλήματα άγχους	r	-0,04	-0,06
	P	0,646	0,687
Προβλήματα ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας	r	0,00	0,15
	P	0,994	0,286
Προβλήματα εναντιωματικής προκλητικής διαταραχής	r	0,06	0,07
	P	0,449	0,647
Σωματικά προβλήματα*	r	-0,02	-0,12
	P	0,850	0,409
Προβλήματα διαγωγής*	r	-0,06	0,02
	P	0,539	0,865
Αναπτυξιακά προβλήματα**	r	0,05	
	P	0,660	

*αφορά σε παιδιά άνω των 5 ετών **αφορά σε παιδιά μέχρι 5 ετών

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL, όπως αξιολογήθηκαν από τους γονείς και τα παιδιά/τους εφήβους, με τα θετικά χαρακτηριστικά τους.

10. Συζήτηση

Συχνά οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος γίνονται αντιληπτές από γονείς, παιδαγωγούς και παιδίατρους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας που αποτελεί την πλέον κατάλληλη περίοδο για την αναγνώριση και την έγκαιρη παρέμβαση. Οι ιατροί της ΠΦΥ συχνά αντιμετωπίζουν περιστατικά που προσέρχονται με σωματικά ενοχλήματα ενώ στην ουσία υπάρχει ψυχικό υπόβαθρο που τα κινητοποιεί. Σε ανάλογη έρευνα επιβεβαιώθηκε η σύνδεση της επισκεψιμότητας των ψυχικά πασχόντων σε ιατρεία της ΠΦΥ (Garralda et al, 1999).

Η παρούσα έρευνα που υλοποιήθηκε σε δομή της ΠΦΥ στοχεύει να εντοπίσει τα προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς στα παιδιά και εφήβους. Βασικό μέλημα είναι η ανίχνευση ποσοστού παιδιών και εφήβων που αντιμετωπίζουν διαταραχές άγχους, κατάθλιψης, προβλημάτων διαγωγής, επιθετικότητας, παραβατικότητας, σωματικών ενοχλημάτων και κοινωνικότητας. Υψίστης σημασίας είναι η συσχέτιση των απαντήσεων των εφήβων σε σύγκριση με τις απαντήσεις των γονέων τους σε κοινά ερωτήματα.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία συμμετείχαν 169 γονείς και 51 έφηβοι. Η πλειοψηφία των γονέων ήταν έγγαμες μητέρες με ελληνική υπηκοότητα, με μέσο αριθμό τα 2 παιδιά και μέτρια οικονομική κατάσταση. Η μέση ηλικία των γονέων ήταν τα 42 έτη και η πλειοψηφία απόφοιτοι Λυκείου. Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν τα 8,5 έτη και η πλειοψηφία πήγαινε στο δημοτικό σχολείο. Το 89,2% των συμμετεχόντων προσήλθαν στα τακτικά ραντεβού και ο κυριότερος λόγος προσέλευσης ήταν το εμβόλιο με ποσοστό 64,1%. Το 33,5% είχαν επισκεφθεί το Κέντρο Υγείας πάνω από τρεις φορές. Το 71,3% των συμμετεχόντων δεν είχε απευθυνθεί σε Υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενώ ανέφεραν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια σε ποσοστό 7,8%. Όσο αναφορά τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής

υγείας, η μειωμένη χρήση τους παρά την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, επιβεβαιώνεται και σε άλλη μελέτη με ποσοστό που αγγίζει το 50% των περιπτώσεων να απευθύνονται σε αυτές (Angold et al, 2002).

Στο ερώτημα «τι σας ανησυχεί περισσότερο για το παιδί σας», οι γονείς παιδιών και εφήβων 6-18 ετών απάντησαν ότι τους απασχολούσε το μέλλον, η υγεία και η ευτυχία των παιδιών τους. Οι έφηβοι ανέφεραν ανησυχίες για τις εξετάσεις, την εμφάνιση και για την έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Στην αναφορά των πιο θετικών χαρακτηριστικών τους γονείς και παιδιά ανέφεραν περίπου τρία θετικά χαρακτηριστικά. Εντούτοις, ένα ποσοστό 13,7% των εφήβων και 16,2% των γονέων δεν ανέφεραν κανένα θετικό χαρακτηριστικό, γεγονός που θέτει προβληματισμό για την εικόνα εαυτού και για την εικόνα των γονέων για τα παιδιά τους.

Οι γονείς παιδιών 6-18 ετών αξιολόγησαν τα παιδιά τους με περισσότερα προβλήματα άγχους και συναισθηματικά προβλήματα ενώ σύμφωνα με τις απαντήσεις των εφήβων 11-18 χρονών, προέκυψαν περισσότερα σωματικά προβλήματα και στη συνέχεια συναισθηματικά. Το εύρημα αυτό αποδεικνύει ότι οι συναισθηματικές δυσκολίες αναγνωρίζονται και από γονείς και από εφήβους, ενώ οι έφηβοι αντιλαμβάνονται πιο άμεσα τα σωματικά προβλήματα. Σε διεθνή έρευνα σε 12 χώρες διαπιστώθηκε πως τα σωματικά ενοχλήματα αυξάνονταν στην εφηβική ηλικία (Petanidou et al, 2014, Alfons et al, 1999), εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματά μας στα οποία φάνηκαν σωματικά προβλήματα από τις αναφορές των εφήβων.

Κατά την εξέταση της συμφωνίας μεταξύ των αυτο-αναφορών των εφήβων και των γονικών αναφορών, οι απαντήσεις τους διαφοροποιήθηκαν στα συναισθηματικά προβλήματα και στα προβλήματα διαγωγής. Οι έφηβοι ανέφεραν περισσότερα προβλήματα και στις δύο διαστάσεις σε σχέση με τους γονείς τους.

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι γονείς υποτιμούσαν ή αγνοούσαν την ύπαρξη των συγκεκριμένων προβλημάτων. Επιπλέον, στα προβλήματα συμπεριφοράς διαπιστώνεται ότι περισσότερα προβλήματα σε ένα τομέα σχετίζονταν με περισσότερα προβλήματα και στους υπόλοιπους τομείς, εύρημα που είναι διακριτό και στις αναφορές των γονέων και των εφήβων. Είναι αντιληπτό ότι η εξέταση των εσωτερικευόμενων και εξωτερικευόμενων προβλημάτων των παιδιών/εφήβων από τους γονείς τους και τα ίδια τα παιδιά, κατέδειξε διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε γονείς και εφήβους όπως τη φύση των προβλημάτων που αντιλαμβάνεται η κάθε πλευρά. Ωστόσο, τα αποτελέσματα παρεμφερούς έρευνας στην οποία έλαβαν μέρος γονείς και έφηβοι συμφωνούσαν στις εκτιμήσεις τους ως προς τα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης (Κολαίτης και συν., 2005).

Στη συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις της κλίμακας CBCL με τα δημογραφικά στοιχεία βρέθηκε ότι οι γονείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου είχαν αξιολογήσει τα παιδιά τους με σημαντικά περισσότερα προβλήματα σε σύγκριση με τους γονείς που είχαν μεταπτυχιακές σπουδές ή διδακτορική διατριβή. Η οικονομική τους κατάσταση φαίνεται πως δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τον τρόπο αξιολόγησης των παιδιών τους. Σε σύγκριση με παρόμοια έρευνα, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων συνδεόταν με υψηλότερα ποσοστά σε προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών (Roussos et al, 1999). Ωστόσο, σε μια άλλη έρευνα δεν φάνηκε συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής τάξης και άγχους/ κατάθλιψης (Costello et al, 2003). Επιπλέον, σε μελέτη η οποία διερευνούσε τα παράπονα των μαθητών σχετικά με την υγεία τους, δεν επιβεβαιώθηκε η σύνδεση αυτών με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της οικογένειας (Holstein et al, 2009).

Οι γονείς που ανέφεραν πως έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας και κάνουν χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είχαν αξιολογήσει τα παιδιά τους με

περισσότερα σωματικά προβλήματα σε σύγκριση με τους γονείς που δεν είχαν απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο. Φαίνεται πως οι γονείς που έχουν αντιμετωπίσει θέματα ψυχικής υγείας είναι πιο ευαισθητοποιημένοι ή από φόβο αξιολογούν περισσότερο τα σωματικά ενοχλήματα των παιδιών τους.

Επιπρόσθετα, η ηλικία των γονέων δεν φαίνεται να επηρεάζει την άποψή τους για τα προβλήματα των παιδιών τους ενώ οι ίδιοι αξιολόγησαν την αύξηση της ηλικίας των παιδιών τους να σχετίζεται με την αύξηση των συναισθηματικών τους προβλημάτων. Αντίστοιχη έρευνα κατέδειξε ότι η ηλικία των μητέρων συνδεόταν με καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του παιδιού και με περισσότερη ενθάρρυνση για έκφραση του παιδιού. Αντίθετα, η ηλικία του πατέρα δεν εμφάνισε καμία σύνδεση με την ικανότητα κατανόησης των συνασθημάτων των παιδιών ούτε με την κοινωνική τους συμπεριφορά (Σόντρα, 2016).

Εν κατακλείδι, η συμμετοχή στη μελέτη δύναται να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τη λειτουργικότητα του κάθε παιδιού/εφήβου και κατ'επέκταση τις ανάγκες που προκύπτουν στον υπό εξέταση πληθυσμό.

10.1 Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν ασφαλώς να έχουν καθολική ισχύ, αφού το δείγμα της μελέτης δεν ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και η δειγματοληψία ήταν δειγματοληψία ευκολίας. Οι συσχετίσεις των απαντήσεων γονέα-εφήβου ήταν λίγες σε αριθμό και τα ερωτηματολόγια αυτοσυμπληρούμενα, γεγονός που επιτρέπει την υποεκτίμηση, υπερεκτίμηση συμπεριφορών και την αναφορά τους ή μη στην έρευνα. Επίσης, ο αριθμός των πατέρων που συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια ήταν πολύ μικρός αφού στην μελέτη

συμμετείχαν κατά πλειοψηφία μητέρες σε ποσοστό 83,2%. Η έρευνα για αντίστοιχα θέματα χρήζει περαιτέρω διερεύνηση και συνεκτίμηση.

10.2 Προτάσεις

Η ολοκλήρωση αυτής της ερευνητικής προσπάθειας παρουσίασε ευρήματα και ενδείξεις προς τις οποίες θα ήταν χρήσιμο να κινηθούν οι μελλοντικές ερευνητικές μελέτες. Η υλοποίηση αντίστοιχης έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα και συμμετοχή όλης της οικογένειας στη μελέτη λαμβάνοντας απαντήσεις και από τους δύο γονείς θα αποτελούσε επόμενο στόχο προς διερεύνηση. Άλλωστε, οι ποικίλες διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των προβλημάτων εσωτερίκευσης/εξωτερίκευσης θέτουν προκλήσεις για περαιτέρω κλινικές και ερευνητικές εφαρμογές.

Βασικό μέλημα η σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση ιατρών και επαγγελματιών υγείας για θέματα ψυχικής υγείας. Απαραίτητος θεωρείται ο σχεδιασμός και η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατάρτισης και παρεμβατικών προγραμμάτων πρόληψης στο σχολικό πλαίσιο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας τόσο σε ατομικό όσο και ομαδικό επίπεδο. Ανάλογα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προτείνεται να υλοποιηθεί πρόγραμμα πρόληψης ανάλογης θεματολογίας με τα προβλήματα των παιδιών και εφήβων που συμμετείχαν στην έρευνα.

10.3 Συμπεράσματα έρευνας

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή στόχευε στον εντοπισμό παιδιών και εφήβων με προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς αντλώντας πληροφορίες από τους γονείς τους και από τους ίδιους τους εφήβους. Απαντήθηκαν 169 ερωτηματολόγια γονέων για ηλικίες παιδιών 1,5-18 ετών και 51 αυτοσυμπληρούμενα από τους

εφήβους. Το δείγμα της έρευνας επιλέχθηκε τυχαία από οικογένειες που προσέρχονταν κυρίως για εμβολιασμό σε δομή της ΠΦΥ.

Συνοψίζοντας, τα παιδιά 6-18 ετών αξιολογήθηκαν από τους γονείς τους με περισσότερα προβλήματα άγχους. Στην κοινή καταγραφή εφήβων και γονέων, οι γονείς είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στα συναισθηματικά προβλήματα και στα προβλήματα διαγωγής, γεγονός που σημαίνει ότι υποεκτιμούσαν τα προβλήματα των παιδιών τους. Η ομάδα των εφήβων 11-18 ετών που συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο ανέφεραν περισσότερα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα.

Επιπρόσθετα, οι γονείς απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης αξιολόγησαν τα παιδιά τους με περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τους γονείς που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, η οικονομική τους κατάσταση δεν διαφοροποίησε τον τρόπο με τον οποίο αξιολόγησαν τα παιδιά τους. Τέλος, οι γονείς που αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας βαθμολόγησαν τα παιδιά τους με περισσότερα σωματικά προβλήματα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μελέτη που έλαβε χώρα σε 31 διαφορετικές χώρες ανά τον κόσμο τα προβλήματα και οι δυσκολίες που ανέφεραν οι γονείς των παιδιών φαίνονται να είναι κοινά στις περισσότερες οικογένειες που συμμετείχαν παρά τις πολιτισμικές διαφορές της κάθε κοινωνίας (Rescorla et al, 2007).

Τα παραπάνω ευρήματα μας κάνουν να συνειδητοποιήσουμε ότι τα κοινά προβλήματα των παιδιών και των εφήβων ανά τον κόσμο δίνουν θέση και σε κοινές ανάγκες. Επομένως, η αναγκαιότητα για πρόληψη της ψυχικής νόσου και έγκαιρη ανίχνευση των διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος στα παιδιά και στους εφήβους είναι ξεκάθαρη. Αναγκαία είναι η επιμόρφωση γονέων, εκπαιδευτικών, ιατρών και επαγγελματιών υγείας. Άλλωστε, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Φροντίδας (NICE) συστήνουν ότι οι Υπηρεσίες Ψυχικής

Υγείας των Παιδιών και των Εφήβων θα ωφελούσε να συνεργαστούν με την ΠΦΥ για την ανάπτυξη συστημάτων ανίχνευσης, αξιολόγησης, υποστήριξης και καταγραφής παιδιών και νέων που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές (Kramer et al, 2015).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστόπουλος Δ., Λαζαράτου Ε., Γιαννακόπουλος Γ., 2016, *«Η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων στην ΠΦΥ»*, Αθήνα, Κλινικά Φροντιστήρια, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών

Αναστασόπουλος Δ., 2000, *«Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη στην εφηβεία»*, Ι. Τσιάντης (Επιμελητής έκδοσης), Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία, τόμος Β' (τεύχος Α'), Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη

Γάκη Ανδρονίκη, Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος, 2016, *«Πότε τα χαρισματικά παιδιά παρουσιάζουν χαμηλή επίδοση»*, Αθήνα, Κέντρο Μελέτης Ψυχοφυσιολογίας και Εκπαίδευσης

Γκάτσα Τ., Μαγκλάρα Κ., Μπέλλος Σ., Δαμίγος Δ., Μαυρέας Β., Σκαπινάκης Π., 2015, *«Κοινωνικο-δημογραφικές συσχετίσεις της σχολικής επιθετικότητας και επιδράσεις στην ψυχοσωματική υγεία εφήβων μαθητών»*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(2):182-193

Δρογίδης Δ. & Λυκοστράτης Θ., 2010, *«Τα παιδιά της Ατλαντίδας»*, Αθήνα, εκδόσεις Φυλάτος

Durand, B. (μετάφρ. Μπαρμπάτση Μ.), 2001, *«Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση»*, Β' Τόμος. Αθήνα: Έλλην

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2014, *«Ετήσια έκθεση 2014: Η κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα»*, ΕΚΤΕΠΙΝ

Ζήση Α., Στυλιανίδης Σ., 2004, *«Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις & προοπτικές»*, Εγκέφαλος

Καβανόζη Μ., 2014, «*Η Κατάθλιψη στην εφηβεία*», Διπλωματική εργασία ΤΕΙ Μακεδονίας και Θράκης τμήμα Νοσηλευτικής Διδυμότειχο, σελ.27-32

Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2005, «*Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*», Αθήνα, (3η έκδοση) Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός

Καρτέρης Βασίλειος, Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος, 2018, «*Αγχώδεις διαταραχές σε μαθητές Δημοτικού: Συγκριτική μελέτη μεταξύ αγοριών και κοριτσιών*», Παιδαγωγική επιθεώρηση, ανακτήθηκε από ojs.lib.uom.gr

Karlan & Sadock's, 2010, «*Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας Ελλάδος, kmpsyelladas.wordpress.com

Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Σταύρου Μ., Καναβού Ε., 2010, «*Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων*», Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Σταύρου Μ., Καναβού Ε., 2016, «*Οι έφηβοι στην Ελλάδα και στις 42 χώρες του προγράμματος HBSC/WHO: ομοιότητες και διαφορές*», Αθήνα, Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία, ΕΠΠΨΥ

Κολαΐτης Γ. , 2012, «*Οι διαταραχές συναισθηματικής διάθεσης στην παιδική και εφηβική ηλικία: συνέχεια και ασυνέχεια στην ενήλικη ζωή*», Ψυχιατρική 23, Παράρτημα Ι

Κολαΐτης Γ, Λιακοπούλου Μ, «*Συναισθήματα, εικόνα εαυτού και συμπεριφορά εφήβων σε σχέση με τη λειτουργικότητα της οικογένειας*», Ψυχιατρική, 16(4), 351-362, 2005

Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., 2001, «*Εφηβεία και κατάθλιψη*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(5): 466-474

- Λεόν Κρεσλέρ, Αθανάσιος Αλεξανδρίδης - (επιμέλεια έκδοσης), 2001, «*Η σύγχρονη ψυχοσωματική του βρέφους και του παιδιού*», Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη
- Μάγου, Ζ., 2010, «*Παιδί και θυμός*», ανακτήθηκε από <http://www.sigmalive.com/lifestyle/subjects/315924>
- Μόττη-Στεφανίδη, Φ., Παπαθανασίου, Α. & Λαρδούτσου, Σ., 2004, «*Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*», Αθήνα, σελ. 259-271, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Μπίμπου-Νάκου, Ι., Κιοσέογλου, Γ., & Στογιαννίδου, Α., 2001, «*Δυνατότητες και δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο*», *Ψυχολογία*, 2001 8(4) σ.506-525
- Σκανδάμη Π, Βετούλη Μ, Κερασιώτη Ε, Καφετζόπουλος Ε, Μαλλιώρα Μ, 2016, «*Εγκαιρη παρέμβαση σε νεαρούς χρήστες παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών με παραβατική συμπεριφορά*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
- Σόντρα Μ., Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία «*Κοινωνική Συμπεριφορά και η Κατανόηση των Συναισθημάτων στην Προσχολική Ηλικία*», Θεσσαλονίκη 2016
- Sutton C, 2003, «*Προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών και εφήβων. Μια διεπιστημονική προσέγγιση αξιολόγησης και παρέμβασης*», Μετάφραση: Ψαράκη Π, Επιμέλεια: Παυλίδου Μ., Εκδόσεις Σαββάλας
- Τσιάντης Γ., 2001, «*Εισαγωγή στην παιδοψυχιατρική*», Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη
- Τσιάντης Γ.– Α.Ξυπολητά-Ζαχαριάδη, 2001, «*Ψυχοσωματικά Προβλήματα των παιδιών*», Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη
- Φωτιάδου Α., Πρίφτης Φ., Κυπριανός Σ., 2003, «*Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή*», *Εγκέφαλος*

Χατζηχρήστου, Χ., 2012, «Προαγωγή της ψυχικής υγείας και ευεξίας σε επίπεδο συστήματος: το σχολείο ως κοινότητα που νοιάζεται και φροντίζει», «Θέματα ανάπτυξης και προσαρμογής των παιδιών στην οικογένεια και στο σχολείο», σ.325-354, Αθήνα, εκδόσεις Πεδίο

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Allen, J. L., Lavalley, K. L., Herren, C., Ruhe, K., & Schneider S., 2010, «*DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: Informant, age, and sex differences.*», *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 946–952

Alisic, E., 2014, «*Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis*», *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335–340

Alfons A.M. Crijnen , M.D., Thomas M. Achenbach , Ph.D, Frank C. Verhulst, M.D., «*Problems Reported by Parents of Children in Multiple Cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs*», *The American Journal of Psychiatry*, Apr 1999

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice, (AACAP), 2012, «*Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder*», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98–113

American Psychiatric Association Arlington VA, 2013, «*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*», DSM-5, Washington D.C., United States, (<https://www.psychiatry.org>)

Angold A., Erkanli A., Farmer EM., «*Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth*», *Arch Gen Psychiatry*, 2002;59:893–901

Antje Bittner , Helen L. Egger, Alaattin Erkanli, E. Jane Costello, Debra L. Foley, Adrian Angold, 12/12/2007, «*What do childhood anxiety disorders predict?*», , The Journal of Child Psychology and Psychiatry, <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x>

Avenevoli S, Swendsen J, He J, Burstein M, Merikangas KR., 2015 Jan, «*Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment*», J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;54(1):37-44.e2

Beena Johnson, mar. 2017, «*Somatic Symptom Disorders in Children*», BMH Medical Journal - ISSN 2348–392X, , p. 55-61

Bellis MA^{1,2}, Hughes K^{3,4}, Ford K³, Hardcastle KA⁴, Sharp CA³, Wood S⁴, Homolova L⁵, Davies A⁵, 2018 Jun, «*Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. BMC Public Health*», 26;18(1):792. doi: 10.1186/s12889-018-5699-8,

Breinholst, S., Esbjorn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard P., 2012, «*CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes*», Journal of Anxiety Disorders, 26, 416-424

Carole Sutton, 2006, «*Helping families with troubled children-A preventive approach*», second edition

Cathryn O’Sullivan, Michael G Baker, 2012, «*Skin infections in children in a New Zealand primary care setting: exploring beneath the tip of the iceberg*», Journal of the New Zealand Medical Association, Vol 125 No 1351; ISSN 1175 8716 Page 70, <http://journal.nzma.org.nz/journal/125-1351/5106/>

Costello E., Mustillo S., Erkanli A., Keeler G., Angold A., «Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence», *Arch Gen Psychiatry*, 2003;60:837–844

Daniolos PT, 2018 Jul, «*Identity, Conformity, and Nonconformity: A Closer Look*», *Acad Child Adolesc Psychiatry*;57(7):460-461, doi: 10.1016/j.jaac.2018.05.001

De la Barra, F., 2014, «*Separation anxiety, social phobia and generalized anxiety disorders in the chilean epidemiological study of children and adolescents*», *Child & Adolescent Behavior*, 2(3), 2-7

Döpfner M^{1,2}, Schürmann S¹, Bruß M², Müller S², Rademacher C¹, Breuer D¹, 2018, «*Family relations and behavioral-emotional problems in adolescents - an analysis with the adolescent version of the Family Relations Test for Children and Adolescents.*», *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.*;46(4):316-324. doi: 10.1024/1422-4917/a000593

Di Giunta L¹, Iselin AR², Lansford JE³, Eisenberg N⁴, Lunetti C⁵, Thartori E⁵, Basili E⁵, Pastorelli C⁵, Bacchini D⁶, Uribe Tirado LM⁷, Gerbino M⁵., Mar 2018, «*Parents' and early adolescents' self-efficacy about anger regulation and early adolescents' internalizing and externalizing problems: A longitudinal study in three countries.*», *J Adolesc* 64:124-135 doi: 10.1016/j.adolescence.2018.01.009

Dray J¹, Bowman J², Campbell E³, Freund M⁴, Wolfenden L³, Hodder RK³, McElwaine K⁵, Tremain D³, Bartlem K⁶, Bailey J², Small T³, Palazzi K⁷, Oldmeadow C⁴, Wiggers J³, Oct 2017, «*Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting*», *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.;56(10):813-824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.780

Downs M., 2018, «*Depression: Is Your Child Depressed? Depression in children can have dire lifelong consequences. Do you know the signs?*», www.webmd.com

Dryden-Edwards, R., 2017, «*Alcohol and Teens*», https://www.medicinenet.com/alcohol_and_teens/article.htm

Durlak J.A. Wells A.M., 1997, «*Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review.*» *Journal of Com Psycho*

Esquivel, G. B., Doll, B., & Oades-Sese, G. V., 2011, «*Introduction to the special issue: Resilience in schools*», *Psychology in the Schools*, 48(7), 649-651
www.euro.who.int, 2005

Fatori D1, Brentani A2, Grisi SJFE2, Miguel EC1, Graeff-Martins AS3, 2018, «*Childhood Mental Health Problems in Primary Care*», *Cien Saude Colet*, (9):3013-3020. doi:10.1590/1413-81232018239.25332016

Franziska Reiss, 2013, «*Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review*», doi.org/10.1016/j.socscimed

Frizerio A, Cattaneo C, Cataldo M, Schiatti A, Molteni M, Battaglia M, «*Behavioral and Emotional Problems Among Italian Children and Adolescents Aged 4 to 18 Years as Reported by Parents and Teachers*», *European Journal of Psychological Assessment*, pp 124-133, doi.org/10.1027/1015-5759.20.2.124, 2004

Fonzo GA, Ramsawh HJ, Flagan TM, Simmons AN, Sullivan SG, Allard CB, Paulus MP, Stein MB, 2010, «*Early life stress and the anxious brain: evidence for a neural mechanism linking childhood emotional maltreatment to anxiety in adulthood*», *Psychol Med*

Garralda ME., 2010, «*Unexplained physical complaints*», Child Adolescent Psychiatric Clinic, 199-209

Garralda M.Elena, Charlotte Ulrikka Rask, 14 July 2015, «*Somatoform and related disorders*», Rutter's Child & Adolescent Psychiatry, doi.org/10.1002/9781118381953.ch72

Garralda M. E, Bowman F. M , Mandalia S., April 1999, «*Children with psychiatric disorders who are frequent attenders to primary care*», European Child & Adolescent Psychiatry, Volume 8, Issue 1, pp 34–44

Haller H¹, Cramer H, Lauche R, Dobos G, 2015 Apr, «*Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care*», Dtsch Arztebl Int. 17;112(16):279-87. doi: 10.3238/arztebl.2015.0279

Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kökönyei G, Hetland J, de Looze M, Richter M, Due P, et al: «*Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries*», Int J Public Health 2009, 54:260–270

International Classification of Diseases, Tenth Revision, 2011, Clinical Modification (ICD-10-CM)

Kaczor M¹, Skalski M., 2016, «*Treatment of behavioral sleep problems in children and adolescents - literature review*», Psychiatr Pol.50(3):571-84, doi: 10.12740/PP/41294

Karametsos Charilaos 1, Constantinos Kouskoukis, George Giannakopoulos, Eirini Agapidaki, Constantinos Mihas, Alexandra Katsarou, Constantinos Miridakis, Argiro Vatakis and Gerasimos Kolaitis, 2013, «*A Comparison of Mental Health Problems among Children with Alopecia Areata or Atopic Dermatitis and Their*

Parents», British Journal of Medicine & Medical Research 3(1): 162-172 Keeley, M.

L., & Storch, E. A., «Anxiety disorders in youth», Journal of Pediatric Nursing, 24(1), 26-40

Kroner-Herwig B, Gassmann J, van Gessel H, Vath N: «*Multiple pains in children and adolescents: a risk factor analysis in a longitudinal study*», J Pediatr Psychol 2011, 36(4):420–432.

Larsson B, Sund A: «*Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics*», Eur J Pain 2007, 11:57–65

Laura A. Schieve, Catherine Rice, Marshalyn Yeargin-Allsopp, Coleen A. Boyle, Michael D. Kogan, Carolyn Drews, Owen Devine, April 2012, «*Parent-Reported Prevalence of Autism Spectrum Disorders in US-Born Children: An Assessment of Changes within Birth Cohorts from the 2003 to the 2007 National Survey of Children's Health*», Maternal and Child Health Journal, Volume 16, Supplement 1, pp 151–157

Layne, A.E., Bernat, D.H., Victor, A.M., & Berstein, G.A., 2009, «*Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment*», Journal of Anxiety Disorders, 23, 283–289

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., & Utens, E. M, 2010, «*Cognitive coping and childhood anxiety disorders*», European Child & Adolescent Psychiatry, 19, 143–150

Lewis, Donald W, 2002, «*Headaches in Children and Adolescents*», American Family Physician, Vol. 65 Issue 4, p625

Lubov Kolesnikova, Elena Dzyatkovskaya, Lubov Rychkova, Vladimir Polyakov, 2015, «*New Approaches to Identifying Children of Psychosomatic Disorders Risk Group*», *Procedia - Social&Behavioral Sciences* 214, 882–889, Russia

Lindstedt K., Kiellin L., Gustafsson S, 2017, «*Adolescents with full or subthreshold anorexia nervosa in a naturalistic sample - characteristics and treatment outcome*», *Journal of eating disorders*

Logan DE, King CA, 2002, «*Parental identification of depression and mental health service use among depressed adolescents*», *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;41(3):296-304

Magai DN, Malik JA, Koot HM, 2018, «*Emotional and Behavioral Problems in Children and Adolescents in Central Kenya*», *Child psychiatry*

Masten, A. S. & Curtis, W. J, «*Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development*», *Development and Psychopathology*, 12, 529-550

Masten, A. S., 2000, «*Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy*», *Development and Psychopathology*, 23,141-154

Masten, A. S., & Obradović, J, 2006, «*Competence and resilience in development. Annals of the New York Academy of Sciences*», 1094, 13-27

Masten, A. S. & Reed, M-G. J., 2002, «*Resilience in development*», C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds) (pp. 74-88), *Handbook of positive psychology*, New York: NY. Oxford University Press

May, A.C., Rudy, B.M., Davis, T.E., & Matson J.L., 2013, «*Evidence-based behavioral treatment of dog phobia with young children: Two case examples*», Behavior Modification, 37(1), 143–160

McCaffrey ESN¹, Chang S², Farrelly G³, Rahman A^{2,3}, Cawthorpe D² 2017,«*Mental health literacy in primary care: Canadian Research and Education for the Advancement of Child Health (CanREACH)*», Evid Based Med, (4):123-131. doi: 10.1136/ebmed-2017-110714

McElroy E¹, Fearon P², Belsky J³, Fonagy P², Patalay P⁴, 2018 Dec, «*Networks of Depression and Anxiety Symptoms Across Development*», J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry. ;57(12):964-73.doi:10.1016/j.jaac.2018.05.027

Melanie A.Dirks^aRyanPersram^bHolly E.Recchia^bNinaHowe^b, Dec 2015, «*Sibling relationships as sources of risk and resilience in the development and maintenance of internalizing and externalizing problems during childhood and adolescence*», doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.003 Volume 42,p. 145-155

Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC, 2009, «Epidemiology of mental disorders in children and adolescents», Dialogues Clin Neurosci. 11(1):7-20, PMID:19432384

Miguel Saps, Roopa Seshadri, Marcelo Sztainberg, Gilda Schaffer, Beth marashall, arto Di Lorenzo, 2009, «*A Prospective School-based Study of Abdominal Pain and Other Common Somatic Complaints in Children*», The Journal of Pediatrics, p.322-326

Mohsenzadeh A¹, Ahmadipour S¹, Farhadi A², Shahkarami K³, 2017, «*Study of behavioural disorders in children with primary enuresis*», Nord J Psychiatry, p.238-244

Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D., 2011, «*Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome*», Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(12), 1261–1268

Newton AS¹, Rosychuk RJ, Niu X, Radomski AD, McGrath PJ, 2016 Oct, «*Emergency Department Use and Postvisit Care for Anxiety and Stress Disorders Among Children: A Population-Based Cohort Study in Alberta, Canada*», Pediatr Emerg Care, 32(10):658-663

Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R.C., 2007, «*Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the national comorbidity survey replication*», Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48,703-713

Notara Venetia, Sakellari Evanthia, 2013, «*Health Promotion and School Health: the Health Visiting Role in Greece*», International Journal of Caring Sciences

<https://stats.oecd.org>

Petanidou D., Giannakopoulos G., Tzavara Ch., Dimitrakaki Ch., Kolaitis G., Tountas Y., 2014, «*Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints : investigating associations with emotional/behavioural difficulties in a cross-sectional, school-based study*» Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-3>

Philipp J¹, Zeiler M¹, Waldherr K², Truttmann S¹, Dür W³, Karwautz AFK⁴, Wagner G , 2018 Aug, «*Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention*», Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 29,doi: 10.1007/s00127-018-1586-y

Peveler R¹, Kilkenny L, Kinmonth AL, 1997 Mar, «*Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion*», J Psychosom Res. ;42(3):245-52

Pine D, Helfinstein, S, Bar-Haim Y., Nelson E, Fox N., 2009, «*Challenges in developing novel treatments for childhood disorders*», Lessons from 68 Research on Anxiety, Neuropsychopharmacology, 34(1) p.213- 228

Poton WL¹, Soares ALG², Gonçalves H³, 2018, «*Internalizing and externalizing behavior problems and substance use in adolescence*», Cad Saude Publica. 6;34(9):e00205917, doi: 10.1590/0102-311X00205917

Pritts D. Sarah and Susman Jeffrey, MD, 2003, «*Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care*», American Family Physician

Reyes, J. A., Elias, M. J., 2011, «*Fostering social-emotional resilience among Latino youth*», Psychology in the Schools, 48(7), 723-737

Rescorla L, Achenbach T, Ivanova M, «*Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies*», 2007

Rocha, Thiago Botter-Maio, Graeff-Martins, Ana Soledade, Kieling, Christian, Rohde, Luis Augusto, 2015, «*Provision of mental healthcare for children and adolescents:a worldwide view*», Current Opinion in Psychiatry

Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C., & Ryan, S., 2010, «*Anxiety disorders in children and adolescents*», Current Problems Pediatric and Adolescent Health Care, 40, 66-99

Roussos A., Karantanos G, Richardson C, Hartman C, Karajiannis D, Kyprianos S, Lazaratou H, Mahaira O, Tassi M, Zoubou V, «*Achenbach's Child Behaviour Checklist and Teacher's Report Form in an normative sample of Greek children 6-12 years old*», 1999, European Child & Adolescent Psychiatry 8: 165-178

Rutter M, 2006, «*Implications of resilience concepts for scientific understanding*», Annals of the New York Academy of Science, 1094, 1–12
SanjaFranićM.Sc.^a, Christel M.MiddeldorpM.D. Ph.D.^{ab}, Conor , V.DolanPh.D.^c,
LannieLigthartM.Sc.^a, Dorret I.BoomsmaPh.D.^a, August 2010, «*Childhood and Adolescent Anxiety and Depression: Beyond Heritability*», Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 49, Issue 8, Pages 820-829

Scharfstein, L., Alfano, C., Beidel, D., & Wong, N., 2011, «*Children with generalized anxiety disorder do not have peer problems, just fewer friends*», Child Psychiatry and Human Development, 42, 712-723

Satyakam Mohapatra, Sardar J.K.Deo, Ashirbad Satapathy and Neelmadhav Rath, 2014, «*Somatoform Disorders in Children and Adolescents*» , Cuttack, Odisha, India, Mental health institute, Medical College

SeijaSandberg,JamesYPaton,MD^cSaraAhola,MSc^bDonna,CMcCann,PhD^eDavid, McGuinness, MSC^dClive , RHillary, PhD^dHannuOjaPhD^b, 2000, «*The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children*», The Lancet,p.982-987

Tami Kramer, Lorraine Als, M Elena Garralda, 14 May 2015, «*Challenges to primary care in diagnosing and managing depression in children and young people*», BMJ 2015; 350 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h2512>

Teresa Ward, Thornton B.A., 2002, «*Sleep disorders in children*», The Nursing Clinics of North America, p.693-706

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., Langley K., 2013, «*What have we learnt about the causes of ADHD?*», Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54: 3–16

Thomas M.Achenbach PhD^a, Masha Y. IvanovaPhD^a, Leslie A.RescorlaPhD^b, Lori V.TurnerMA^a, Robert R.AlthoffMD, PhD^a, August 2016, «*Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical*

and Research Applications», Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012, Pages 647-656

Thomas M. Achenbach and Thomas M. Ruffle, 2000, «The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies», *Pediatrics in Review*; 21; 265, doi: 10.1542/pir.21-8-265

Yannis Tountas^a, Panagiota Karnaki^b, Elpida Pavi^c, October 2002, «*Reforming the reform: the greek national health system in transition*», ScienceDirect - Health Policy, [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00217-2](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00217-2), Volume 62, Issue 1, p.15-29

Trickey, D., Siddaway, A. P., Stedman, R. M., Serpell, L., & Field, A. P., 2012, «*A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents*», *Clinical Psychology Review* Volume, 32(2), 122–138

Uchida Mai^{ab}, Stephen V. Faraone^c, MaryKate Martelon^a, Tara Kenworthy^a K., Yvonne Woodworth^a, Thomas J. Spencer^{ab}, Janet R. Wozniak^{ab}, Joseph Biederman^a, August 2014, «*Further evidence that severe scores in the aggression/anxiety-depression/attention subscales of child behavior checklist (severe dysregulation profile) can screen for bipolar disorder symptomatology: a conditional probability analysis*», *Journal of Affective Disorders*, Pages 81-86

Vallance, A., & Garralda, E., 2008, «*Anxiety disorders in children and adolescents*», *Clinical Syndromes*, 7(8), 325-330

Valance Ak, Kramer T, Churchill D, Garralda ME, 2011 Oct, «*Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice*», *Prim Health Care*, doi:10.1017/S1463423611000338

Vila M, Kramer T, Obiols JE, Garralda ME, February 2012, «*Adolescents who are frequent attenders to primary care: contribution of psychosocial factors*», *Soc Psychiatry Psychiatri Epidemiology*, 47(2):323-9, doi:10.1007/s00127-010-0326-8

WHO, 2015, «*Global report on trends in prevalence of tobacco smoking*», WorldHealthOrganization,http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf

WHO, 2018, «*Tobacco*», World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en>

William Bor, Angela J Dean, Jacob Najman, Reza Hayatbakhsh, 2014, «*Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century?*», A systematic review First Published May 14, doi.org/10.1177/0004867414533834

Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC, 2004, «*Apr Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder*», *Health Serv* ;39(2):393-415

S. Winter¹, C. Quinn¹, K. Lenz², E. Pfeiffer¹, U. Lehmkuh ¹, 2014, «*Screening for Somatoform Disorders in Children and Adolescents*» doi.org/10.4236/psych.2014.514173, *Psychology*, 5, 1629-1637

https://www.who.int/mental_health/maternal-child/en

Yamasaki Katsiyuki, Nishida Noriko, 2009, «*The relationship between three types of aggression in elementary school children*», *Journal of Psychology*, p. 179-186, <https://doi.org/10.1080/00207590701656770>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο ενημερωμένης συμμετοχής/συγκατάθεσης

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα, ονομάζομαι Ιωάννα Κουκά, είμαι φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων», της Ιατρικής Σχολής στο Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, και θα ήθελα να σας προσκαλέσω να συμμετέχετε στην έρευνα μου με θέμα: «Προβλήματα συναισθήματος και συμπεριφοράς σε παιδιά κι εφήβους που προσέρχονται σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», η οποία διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας.

Σκοπός της μελέτης είναι να μάθουμε περισσότερα σχετικά με το ποσοστό των παιδιών με διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς. Στόχος είναι η έγκαιρη παρέμβαση στο παιδί και στην οικογένειά του και ένα πρόγραμμα πρόληψης στην περιοχή βασισμένο στις ανάγκες του πληθυσμού σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή προϋποθέτει την συμπλήρωση από εσάς ενός (1)ερωτηματολογίου και στην περίπτωση των εφήβων (11-18 χρόνων) συμπληρώνεται άλλο ένα (1) ερωτηματολόγιο από τους ίδιους με τη σύμφωνη γνώμη σας. Οι πληροφορίες που θα δώσετε θα διατηρηθούν ανώνυμες και απόρρητες, και πρόσβαση στα ερωτηματολόγια θα έχω εγώ και ο επιβλέπων καθηγητής μου κος Γ.Κολαίτης, καθηγητής παιδοψυχιατρικής στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία».

Η συμμετοχή σας θα αποτελέσει σημαντική συνεισφορά στην προσπάθεια όλων να βοηθήσουμε ουσιαστικά τα παιδιά μας. Σε περίπτωση που χρειάζεστε περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο email: ikouka@med.uoa.gr

Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας.

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

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Η παρούσα συμμετοχή έχει εγκριθεί και από την επιστημονική επιτροπή της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, Ζαχάρωφ 3, Αθήνα.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. **Ημερομηνία:**/...../201....
2. **Περιοχή κατοικίας:**
3. **Φύλο:** -Άνδρας -Γυναίκα
4. **Ηλικία:** ετών
5. **Επίπεδο εκπαίδευσης:**
-Δημοτικό - Πανεπιστήμιο
-Γυμνάσιο -Μεταπτυχιακές σπουδές
-Λύκειο -Διδακτορική διατριβή
6. **Ιθαγένεια/Υπηκοότητα:**
-Ελληνική -Παρακαλώ σημειώστε
-Άλλη από Ελληνική
7. **Οικογενειακή κατάσταση:**
-Έγγαμος -Διαζευγμένος
-Άγαμος -Χήρος
8. **Αριθμός παιδιών στην οικογένεια:**.....
9. **Σειρά γέννησης παιδιού:** 1° 2° 3° 4° 5°
10. **Οικονομική κατάσταση:**
-Αρκετά καλή -Καλή -Μέτρια -Κακή
11. **Είστε ασφαλισμένος;**
-Ναι -Όχι
12. **Αιτία προσέλευσης:**
-Στα τακτικά ραντεβού - Στα επείγοντα
13. **Λόγος προσέλευσης** (αναφέρετε συμπτώματα ή τυπικός έλεγχος ανάπτυξης ή εμβολιασμός) :
.....
14. **Πόσες φορές έχετε προσέλθει για τον ίδιο λόγο στο Κέντρο Υγείας;**
-Καμία -Μία - Δύο -Τρεις -Πάνω από τρεις
15. **Έχετε ποτέ απευθυνθεί σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας / Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο;** -
Ναι -Όχι
16. **Υπάρχουν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια;**
- Στη μητέρα: -Ναι -Όχι
- Στον πατέρα: -Ναι -Όχι
- Σε άλλα παιδιά της οικογένειας: -Ναι -Όχι