



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Γ΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΣΤΙΣ ΜΕΓΑΛΕΣ ΠΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ

ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΞΕΚΑΛΑΚΗ

Παιδίατρος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΑΘΗΝΑ 2020

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) **Νικολαΐδου-Καρπαθίου Πολυξένη**, Ομότιμη Καθηγήτρια Παιδιατρικής ΕΚΠΑ (επιβλέπουσα)
- 2) **Παναγιωτόπουλος Παναγιώτης**, Ομότιμος Καθηγητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας
- 3) **Παπαδημητρίου Αναστάσιος**, Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής-Ενδοκρινολογίας ΕΚΠΑ

Λόγω αφυπηρέτησης, η κα Νικολαΐδου - Καρπαθίου Πολυξένη, αντικαταστάθηκε από την Κα **Παπαευαγγέλου Βασιλική**, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Λοιμωξιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) **Παπαευαγγέλου Βασιλική**, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Λοιμωξιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
- 2) **Παναγιωτόπουλος Παναγιώτης**, Ομότιμος Καθηγητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας
- 3) **Παπαδημητρίου Αναστάσιος**, Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής-Ενδοκρινολογίας ΕΚΠΑ
- 4) **Αττιλάκος Αχιλλέας**, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής ΕΚΠΑ
- 5) **Αναγνωστόπουλος Δημήτρης**, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ
- 6) **Ντινόπουλος Αργύρης**, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής και Παιδονευρολογίας ΕΚΠΑ
- 7) **Τσίτσικα Άρτεμις**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Εφηβικής Ιατρικής ΕΚΠΑ

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν αποτελεί υποδηλοί αποδοχή των γνωμών του συγγραφέως»

(Νόμος 5343/32, άρθρο 202 §2 και ν. 1268/82, άρθρο 50 §8)

Στον Ηλία μου, την Κέλλυ μου και
τον Μανώλη μου

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή	8
2. Εφηβεία	10
2.1 Πληθυσμός των εφήβων	11
2.2 Αλλαγές στην εφηβεία	12
2.2.1 Βιολογικές αλλαγές	14
2.2.1.1 Ήβη	14
2.2.1.2 Εγκέφαλος	19
2.2.1.3 Ύπνος	24
2.2.2 Κοινωνικές αλλαγές	28
3. Η υγεία των εφήβων	34
3.1 Παχυσαρκία	38
3.2 Ακούσιοι τραυματισμοί	44
3.3 Κάπνισμα	48
3.4 Αλκοόλ	50
3.5 Οδήγηση	56
3.6 Ναρκωτικά	60
3.7 Ψυχική υγεία	64
3.8 Σεξουαλική υγεία	69
4. Οι έφηβοι στις υπηρεσίες υγείας	80
4.1 Υπηρεσίες υγείας φιλικές προς τους εφήβους	84
4.2 Βασικά χαρακτηριστικά λειτουργίας υπηρεσιών φιλικών προς τους εφήβους	88

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία μελέτης	94
1.1 Πληθυσμός μελέτης	94
1.2 Δειγματοληπτικός σχεδιασμός και υπολογισμός μεγέθους δείγματος	94
1.3 Περιγραφή ερωτηματολόγιου	96
1.4 Διαδικασία συλλογής στοιχείων: Ποιοτικές εκτιμήσεις	98
1.5 Στατιστική ανάλυση	99
2. Αποτελέσματα μελέτης	
2.1 Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος μελέτης-Απόκριση	100
2.2 Περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με την τελευταία επίσκεψη του/της εφήβου σε γιατρό	102
2.3 Περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με τις συνήθειες επισκέψεις του/της εφήβου σε γιατρό	106
2.3.1 Συνθήκες επίσκεψης	106
2.3.2 Διερεύνηση προβλημάτων επικοινωνίας με τον/την γιατρό	110
2.3.3 Διερεύνηση απόψεων για βελτίωση των συνθηκών επίσκεψης	112
2.3.4 Διερεύνηση αναγκών για συζήτηση θεμάτων σχετικών με την υγεία	113
2.3.4.1 Αλλαγές στο σώμα	113
2.3.4.2 Συμπεριφορές υγείας	113
2.3.4.3 Συναισθηματικές ανάγκες	114
2.3.4.4 Σχέσεις	115
2.4 Περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με θέματα και συμπεριφορές υγείας του/της εφήβου	116
2.4.1 Εκτίμηση υγείας	116

2.4.2	Σωματομετρική εκτίμηση	116
2.4.3	Διατροφή	117
2.4.4	Κάπνισμα	120
2.4.5	Αλκοόλ	120
2.4.6	Ναρκωτικά	122
2.4.7	Οδήγηση	122
2.4.8	Συναισθηματική κατάσταση	124
2.4.9	Σεξουαλικές σχέσεις	125
2.5	Πολυπαραγοντική ανάλυση: Αποτελέσματα ανάλυσης λογαριθμιστικής εξάρτησης (τελικά μοντέλα)	
2.5.1	Παράγοντες που συσχετίζονται με προβληματική επικοινωνία με τον/την γιατρό (επισκέψεις γενικά)	126
2.5.2	Παράγοντες που συσχετίζονται με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα (επισκέψεις γενικά)	126
2.5.3	Παράγοντες που συσχετίζονται με την ύπαρξη προβλήματος υγείας που απασχολεί τον/την έφηβο	128
2.5.4	Παράγοντες που συσχετίζονται με τραυματισμό ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας	128
2.5.5	Παράγοντες που συσχετίζονται με αυτο-αναφερόμενο Δείκτη Μάζας Σώματος (υπέρβαρος/η ή παχύσαρκος/η)	129
2.5.6	Παράγοντες που συσχετίζονται με σοβαρές και ήπιες ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς	130
2.5.7	Παράγοντες που συσχετίζονται με κάπνισμα εφήβου	130
2.5.8	Παράγοντες που συσχετίζονται με συστηματική κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους	131
3.	Συζήτηση-Συμπεράσματα	132
3.1	Ισχυρά σημεία και περιορισμοί της μελέτης	132
3.2	Αναφερόμενα προβλήματα υγείας	133
3.3	Υπηρεσίες υγείας	146
3.4	Συμπεράσματα	148
4.	Βιβλιογραφικές παραπομπές	150
Γ.	ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT	183
Δ.	ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	186
Ε.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
1.	Ερωτηματολόγιο	188
2.	Επιστολή για τους γονείς	203
3.	Πίνακες Παραρτήματος	
	Πίνακας Π1: Ερωτήσεις σχετικά με την τελευταία επίσκεψη του/της εφήβου σε γιατρό κατά φύλο	205
	Πίνακας Π2: Ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες επισκέψεις του/της εφήβου σε γιατρό κατά φύλο	209
	Πίνακας Π3: Ερωτήσεις σχετικά με τον/την έφηβο, το σπίτι και την οικογένειά του/της κατά φύλο	216
	Πίνακας Π4: Ερωτήσεις σχετικά με θέματα υγείας του/της εφήβου κατά φύλο	218
	Πίνακας Π5: Ερωτήσεις σχετικά με την τελευταία επίσκεψη του/της εφήβου σε γιατρό κατά κατηγορία πόλης	223
	Πίνακας Π6: Ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες επισκέψεις του/της	

εφήβου σε γιατρό κατά κατηγορία πόλης	225
Πίνακας Π7: Ερωτήσεις σχετικά με τον/την έφηβο/η, το σπίτι και την οικογένειά του/της κατά κατηγορία πόλης	228
Πίνακας Π8: Ερωτήσεις σχετικά με θέματα υγείας του/της εφήβου κατά κατηγορία πόλης	230

“I would there were no age between ten and three and twenty, or that youth would sleep out the rest; for there is nothing in the between but getting wenches with child, wronging the ancientry, stealing, fighting.”

William Shakespeare, c1611 . The Winter's Tale, act III, scene iii.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι ένα αναπτυξιακό πέρασμα κατά το οποίο συμβαίνουν εξαιρετικές αλλαγές όχι μόνο σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο κοινωνικών αντιλήψεων και προσδοκιών. Ένα πέρασμα κατά το οποίο ο έφηβος δεν είναι πια παιδί, αλλά ούτε ενήλικας (1).

Ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας που κάθε έφηβος ζει, η περίοδος αυτή αποτελεί ένα ταξίδι κατά τη διάρκεια του οποίου οι έφηβοι υιοθετούν αξίες, συμπεριφορές και στάσεις ζωής που σε μεγάλο βαθμό θα διατηρηθούν και στην ενήλικη ζωή τους.

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας διαμορφώνονται συμπεριφορές που προάγουν την υγεία ή συμπεριφορές ρίσκου που επιδρούν σημαντικά στην κατάσταση της υγείας στην ενήλικη ζωή, επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης οξέων και χρόνιων ασθενειών και το προσδόκιμο επιβίωσης. Αρκετοί από τους εφήβους εκτίθενται σε καταστάσεις βίας μέσα ή έξω από την οικογένεια, στη φτώχεια, στην αδυναμία να παρακολουθήσουν σωστά το σχολείο. Κάποιοι τολμούν να «ρискάρουν» με το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα ή τον κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ενώ συχνά δεν έχουν επαρκή και κατάλληλη σχετική πληροφόρηση και υποστήριξη (2).

Τα ποικίλης φύσεως θέματα των εφήβων είναι βέβαιο ότι απαιτούν πολυδιάστατη αντιμετώπιση. Το κατάλληλο νομικό πλαίσιο, η στοχευμένη κοινωνική πολιτική, η αντιμετώπιση της φτώχειας, η ασφάλεια των κοινωνιών, η δυνατότητα για μόρφωση και ψυχαγωγία είναι μόνο κάποιες από τις απαραίτητες προϋποθέσεις, ώστε να υπάρχει θετική προοπτική της εξέλιξης των εφήβων (1,2). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει με έμφαση τονίσει ότι η υγιής εξέλιξη των ατόμων που βρίσκονται στη δεύτερη δεκαετία της ζωής οφείλει να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους κάθε κοινωνίας. Σε αντίθετη έκβαση οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις θα είναι τεράστιες (2).

Οι επαγγελματίες υγείας και οι υπηρεσίες υγείας μπορούν, με κατάλληλη εκπαίδευση και δομές φιλικές προς τους εφήβους -ώστε να προσεγγίζουν τις ιδιαίτερες ανάγκες τους- να αποτελέσουν ένα σημαντικό μέρος του ιστού φροντίδας των εφήβων. Συνεπώς να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά και με ευαισθησία όλα τα εφηβικά προβλήματα, αλλά και όλους τους εφήβους. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των άμεσων συνεπειών των συμπεριφορών υψηλού

κινδύνου, παρέχει την ευκαιρία για συμβουλευτική και αγωγή υγείας σχετική με τη σημασία που έχει για την υγεία η επιλογή υγιών πρακτικών.

Το σύστημα υγείας μιας χώρας -οι υπηρεσίες υγείας, οι χώροι μέσα στους οποίους αυτές οι υπηρεσίες παρέχονται, με ποιον τρόπο παρέχονται και από ποιον- είναι σημαντικό για την προαγωγή υγιών συμπεριφορών, την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και την πρόληψη ασθενειών κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Όμως οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα δεν είναι σχεδιασμένες με τρόπο που να μπορούν να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων και οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι στα θέματα/προβλήματα της εφηβείας, με αποτέλεσμα οι έφηβοι να στερούνται υπηρεσιών προαγωγής της υγείας και πρόληψης.

Οι έφηβοι εξυπηρετούνται στους ίδιους χώρους πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που δέχονται παιδιά ή/και ενήλικες, χωρίς να υπάρχει προσαρμογή στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Ποια είναι η γνώμη και η εμπειρία των εφήβων στην Ελλάδα για τις υπηρεσίες υγείας; Σε ποιο βαθμό νοιώθουν ότι καλύπτουν τις ανάγκες τους; Ποιες είναι οι ανάγκες τους και ποιες αλλαγές θα επιθυμούσαν να υπάρξουν ώστε να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι;

2. Εφηβεία

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τοποθετεί την εφηβεία στη δεύτερη δεκαετία της ζωής, στη χρονική περίοδο μεταξύ 10 και 19 ετών (3). Τα ίδια ηλικιακά όρια υιοθετεί και η Καναδική Παιδιατρική Εταιρεία (4) ενώ η Αμερικάνικη Παιδιατρική Εταιρεία τοποθετεί την εφηβεία μεταξύ 11 και 21 ετών (5).

Οι έφηβοι σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρονται ως «παιδιά», όπως για παράδειγμα στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού των Ηνωμένων Εθνών (1989), που αφορά όλα τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών. Συχνά στις επιδημιολογικές μελέτες και στατιστικές χρησιμοποιείται και ο όρος «νεότητα»(youth). Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών ορίζει ως νέους τα άτομα που έχουν ηλικία 15-24 ετών, με στόχο οι στατιστικές μελέτες σε θέματα δημογραφικά, εκπαίδευσης, εργασιακής απασχόλησης και υγείας να έχουν συγκρισιμότητα μεταξύ χωρών και περιφερειών. Ο όρος αναφέρεται στην περίοδο μετάβασης (κυρίως σε ότι αφορά την εργασία και την εκπαίδευση) από την πλήρη εξάρτηση της παιδικής ηλικίας στην ανεξαρτησία τύπου ενήλικα και στη συνειδητοποίηση της αλληλεξάρτησης των μελών μιας κοινότητας. Νέος/νέα είναι το άτομο που έχει ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση και μπορεί να αναζητήσει την πρώτη του δουλειά. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι τα αυξημένα ποσοστά ανεργίας και το κόστος δημιουργίας ανεξάρτητου νοικοκυριού μετακινούν συνεχώς προς τα πάνω την ηλικία έναρξης της εργασίας, με αποτέλεσμα να παρατείνεται η περίοδος εξάρτησης (6).

Τον τελευταίο αιώνα παρατηρούνται διαφοροποιήσεις σε ότι αφορά τις βιολογικές και κοινωνικές αλλαγές στην εφηβεία. Η ηλικία έναρξης της ήβης - βιολογικό ορόσημο της αρχής της εφηβείας- είναι μικρότερη σχεδόν σε όλους τους πληθυσμούς, ενώ η παρατηρούμενη συνεχιζόμενη ανάπτυξη έχει τοποθετήσει το τέλος της αρκετά μετά το 20^ο έτος της ηλικίας. Παράλληλα έχει παραταθεί ο χρόνος σπουδών, οι νέοι γίνονται οικονομικά ανεξάρτητοι, παντρεύονται και τεκνοποιούν αργότερα, με αποτέλεσμα συνεχώς να μετακινείται η ηλικία της ενηλικίωσης. Με δεδομένο ότι η περίοδος της μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση - υπό την έννοια της πλήρους ανεξαρτητοποίησης από τη φροντίδα άλλου ενήλικα- έχει ουσιαστικά παραταθεί, είναι απαραίτητο ο ορισμός της εφηβείας να είναι ευρύτερος και περιεκτικότερος. Οι Sawyer et al. (2018) (7) προτείνουν η εφηβεία να τοποθετείται μεταξύ των ηλικιών 10-24, καθώς αυτές οι ηλικίες ανταποκρίνονται

ακριβέστερα στην ανάπτυξη των εφήβων και στα κοινωνικά δεδομένα. Επιπρόσθετα ένας ευρύτερος ορισμός θα έχει αντίκτυπο και στις σχετικές νομοθεσίες, κοινωνικές πολιτικές και παροχές υπηρεσιών.

2.1 Πληθυσμός εφήβων

Σήμερα ο αριθμός των νέων ατόμων ηλικίας 12-24 ετών παγκοσμίως είναι υψηλότερος από κάθε άλλη χρονική στιγμή. Το 2012 ο πλανήτης είχε 1.6 δισεκ. άτομα ηλικίας 12-24 ετών από τους οποίους 721 εκ. έφηβοι ηλικίας 12-17 ετών. Ο πληθυσμός τους δεν αναμένεται να αλλάξει σημαντικά μέσα στις επόμενες δεκαετίες εξαιτίας της μείωσης της γονιμότητας σε παγκόσμια κλίμακα και της μείωσης της θνησιμότητας. Έτσι οι έφηβοι αναμένεται να έχουν μέγιστη αύξηση στα 762 εκ. το 2030, ενώ το 2040 εκτιμάται ότι θα είναι περίπου 755 εκ. (8).

Η κατανομή τους όμως στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές παρουσιάζει διαφορές. Έτσι ενώ στις περισσότερες περιοχές ο αριθμός των εφήβων αναμένεται να μειωθεί ή να μείνει σταθερός, στην Αφρική αναμένεται σημαντική αύξηση. Κατά συνέπεια το ποσοστό των εφήβων στην Αφρική, σε σχέση με το σύνολο των εφήβων, από 18% το 2012 θα αυξηθεί σε 28% το 2040. Στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό των νέων ηλικίας 12-24 μειώνεται με ρυθμό 1,4% ετησίως (8). Η σημαντική αύξηση των νέων στην Αφρική μπορεί να έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις, επειδή συμβαίνει σε μια περιοχή του πλανήτη που το ποσοστό της ανεργίας των νέων και το ποσοστό των εργαζόμενων νέων που είναι φτωχοί, είναι υψηλότερο σε σχέση με τους ενήλικες (8).

Σήμερα ο πληθυσμός του πλανήτη είναι 7,3 δισεκ. άνθρωποι από τους οποίους 1.8 δισεκ. είναι ηλικίας 10-24 ετών. Υπολογίζεται πως 9 στα 10 άτομα ηλικίας 10-24 ετών ζουν σε λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες (9,10).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής πληθυσμού του 2011 (11), σε μόνιμο πληθυσμό Ελλάδας 10.816.286 ατόμων, οι έφηβοι ηλικίας 10-19 ετών είναι 1.072.705 και αποτελούν το 10% του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 2001 οι έφηβοι ηλικίας 10-19 ετών και αποτελούσαν το 12% του πληθυσμού (12).

Οι έφηβοι μεγαλώνουν μέσα στο κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο της εποχής τους και επομένως η εμπειρία της εφηβείας διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τον τόπο, τον χρόνο, τις συνθήκες. Οι έφηβοι των αγροτικών ή των πολύ φτωχών κοινωνιών δεν είναι ίδιοι με τους εφήβους των εύρωστων οικονομικά

δυτικών κοινωνιών και αναλόγως οι έφηβοι των δεκαετιών του 1960 και του 1970 δεν είναι ίδιοι με τους εφήβους της αρχής του 21^{ου} αιώνα (13).

2.2 Αλλαγές στην εφηβεία

Η εφηβεία διακρίνεται σε πρώιμη (11-14 ετών), μέση (15-17 ετών) και όψιμη (>18 ετών) (5). Κάθε μία από αυτές τις ηλικιακές περιόδους χαρακτηρίζεται αδρά από βιολογικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές μεταβολές του ατόμου, από κοινωνικές αλλαγές και από αλλαγές στη συμπεριφορά του (Πίνακας 1).

Οι μεγάλες αλλαγές και ο σημαντικός ρυθμός αύξησης που συμβαίνουν σε αυτήν την περίοδο, μπορούν να συγκριθούν μόνο με τις αντίστοιχες στον πρώτο χρόνο ζωής. Η βιολογική εξέλιξη της εφηβείας και οι παράγοντες που την καθορίζουν είναι ίδιοι σε όλους τους εφήβους του πλανήτη. Όμως η διάρκεια και τα χαρακτηριστικά της περιόδου αυτής αποτελούν δυναμικές παραμέτρους και διαφέρουν ανάλογα με τη χρονική περίοδο, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, με αποτέλεσμα τόσο τα όρια της εφηβείας όσο και τα χαρακτηριστικά των σταδίων της να μην είναι πάντα χρονικά σαφή και να διαφοροποιούνται (3,13). Ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε κοινωνικού πλαισίου, η μετάβαση στην ενηλικίωση μπορεί να είναι γρήγορη και η εφηβεία ως ιδιαίτερη περίοδος να μην είναι διακριτή, όπως π.χ. στις κοινωνίες όπου τα κορίτσια παντρεύονται γρήγορα και δεν πηγαίνουν στο σχολείο. Ή αντίθετα, η μετάβαση να διαρκεί αρκετά χρόνια επειδή οι νέοι άνθρωποι συνεχίζουν τις σπουδές τους και παντρεύονται σε μεγαλύτερη ηλικία, όπως παρατηρείται στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στα αστικά κέντρα των αναπτυσσόμενων χωρών. Ακόμη και αν ο τόπος και η ηλικία είναι όμοια, οι έφηβοι δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα, σε σχέση με την ανάπτυξη, τον τρόπο ζωής και την ωριμότητα, επειδή υπάρχουν σημαντικές ατομικές και περιβαλλοντικές διαφορές (14).

Πίνακας 1: Βασικές αναπτυξιακές αλλαγές στην εφηβεία*

	Πρώιμη εφηβεία (11-14 ετών)	Μέση εφηβεία (15-17 ετών)	Όψιμη εφηβεία (>18 ετών)
Βιολογικές αλλαγές	Έναρξη ήβης, growth spurt, εμμηναρχή (κορίτσια)	Ωορρηξία, growth spurt (αγόρια)	Ολοκλήρωση της αύξησης
Ψυχικές αλλαγές	Ενασχόληση με τις γρήγορες αλλαγές στο σώμα, σεξουαλική ταυτότητα, διαπραγμάτευση ανεξαρτησίας, συγκεκριμένη σκέψη, παραμένει ισχυρός ο γονεϊκός έλεγχος.	Ικανότητα αφηρημένης σκέψης και μελλοντικού σχεδιασμού, ιδεαλισμός, αίσθημα ότι είναι ανίκανος, ναρκισσισμός, σεξουαλική ταυτότητα, εξέλιξη αντιληπτικής ικανότητας	Προγραμματισμός για το μέλλον, συναισθηματική ανεξαρτησία, εκδήλωση λανθάνοντων ψυχιατρικών διαταραχών, ικανότητα για ενσυναίσθηση, οικειότητα και αμοιβαιότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις, ταυτότητα εαυτού. Νομικά ικανός για συγκατάθεση και εκλογική ψήφο.
Κοινωνικές αλλαγές	Καλές γονεϊκές σχέσεις, φίλοι κυρίως ομόφυλοι, επιλογή άλλων ενηλίκων ως πρότυπα, μετάβαση στο γυμνάσιο, ενασχόληση με εξωσχολικές δραστηριότητες, ευαισθησία στη διαφορά στάσης και κουλτούρας μεταξύ οικογένειας και των άλλων.	Έναρξη συναισθηματικής χειραφέτησης, αυξημένη σημασία η ομάδα των συνομηλίκων, συγκρούσεις για τον βαθμό του γονεϊκού ελέγχου, ενδιαφέρον για τις σεξουαλικές σχέσεις, οδήγηση, συμπεριφορές ρίσκου, έναρξη λυκείου, μείωση ενασχόλησης με εξωσχολικές δραστηριότητες, πιθανή εσωτερική σύγκρουση εξαιτίας της διαφοράς στάσης και κουλτούρας μεταξύ οικογένειας, συνομηλίκων και ευρύτερου περιβάλλοντος	Οι διαπροσωπικές σχέσεις σημαντικότερες από τις σχέσεις με την παρέα, μετακίνηση στη σχέση παιδιού –γονέα, μετακίνηση εκτός οικογενειακής εστίας, προετοιμασία για περαιτέρω εκπαίδευση, καριέρα, γάμο και γονεϊκότητα.
Δυνητικά προβλήματα (σωματική και ψυχοσυναισθηματική υγεία, συμπεριφορές ρίσκου)	Καθυστέρηση ήβης, ορθοπεδικά προβλήματα, ακμή, προβλήματα με το σχολείο, ψυχοσωματικές αγωνίες, κατάθλιψη, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, έναρξη καπνού, αλκοόλ, ναρκωτικών.	Πειραματισμός με συμπεριφορές ρίσκου (π.χ. σεξ, αλκοόλ, ναρκωτικά, κάπνισμα), τροχαία, διαταραχές εμμήνου ρύσεως, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ακμή, χαμηλό ανάστημα(αγόρια), συγκρούσεις με γονείς, παχυσαρκία, μείωση φυσικής δραστηριότητας, κακή διατροφή, διαταραχές διατροφής(π.χ. νευρογενής ανορεξία κλπ)	Διαταραχές διατροφής, κατάθλιψη, αυτοκτονίες, τροχαία, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ακμή, εξάρτηση από τον καπνό, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά.

*Ακριβής μετάφραση από το Bright Futures. Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. 3d ed. AAP,

2008

2.2.1 Βιολογικές αλλαγές

2.2.1.1 Ήβη

Η ήβη εμφανίζεται στο τέλος της παιδικής ηλικίας με αφορμή σημαντικές ενδοκρινικές αλλαγές, που έχουν ως αποτέλεσμα τη σεξουαλική ωρίμανση και την αναπαραγωγική ικανότητα. Η ήβη στον άνθρωπο συνοδεύεται από μεγάλη αύξηση του σώματος και σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου.

Η έναρξη της ήβης οφείλεται στην ενεργοποίηση ενός σύνθετου νευροενδοκρινικού δικτύου, το οποίο είναι σε λανθάνουσα κατάσταση από τη νεογνική ηλικία. Η σεξουαλική ωρίμανση (γοναδαρχή) ξεκινά με τη νυκτερινή κατά ώσεις απελευθέρωση της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών (*GnRH*) από ένα μικρό αριθμό εξειδικευμένων υποθαλαμικών νευρώνων, γεγονός που στη συνέχεια οδηγεί στην έκκριση από την υπόφυση της θυλακιοτρόπου (*FSH*) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (*LH*). Οι *FSH* και *LH* επιδρούν στην ανάπτυξη των γονάδων και στην έκκριση των στεροειδών του φύλου (ορμόνες που εκκρίνονται από τις γονάδες, δηλαδή τους όρχεις και τις ωοθήκες) που είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου. Ανεξάρτητη από την ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες είναι η παραγωγή των επινεφριδιακών ανδρογόνων (αδρεναρχή), που αρχίζει να αυξάνεται από την ηλικία των 6-8 ετών. Τα ανδρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη τρίχωσης στη μασχαλιαία κοιλότητα και στην περιγεννητική περιοχή και συμβάλλουν στην εμφάνιση της ακμής. Εκτός από τη γοναδαρχή και αδρεναρχή, παρατηρείται και ωρίμανση του ινσουλινοειδή αυξητικού παράγοντα (*IGF-1*) (growth hormone-insulin like growth factor) και του θυρεοειδικού άξονα, που επιδρούν στην έντονη αύξηση του σώματος («ξεπέταγμα», *sprint*), που παρατηρείται στην ήβη και στην απόκτηση του τελικού ενήλικου ύψους, στην ωρίμανση των οργανικών συστημάτων, στις αλλαγές των λιπιδίων του αίματος, των αιματολογικών δεικτών και των ενζυμικών συστημάτων, περιλαμβανομένου του ηπατικού κυτοχρώματος P-450.

Κατά τη διάρκεια της έντονης αύξησης του σώματος («ξεπέταγμα», *sprint*) τα αγόρια μπορεί να ψηλώσουν 30 εκ. και τα κορίτσια 25-27 εκ., γεγονός που οφείλεται στη συνέργεια των στεροειδών του φύλου και της αυξητικής ορμόνης. Στα κορίτσια το *sprint* παρατηρείται νωρίτερα, συνήθως την περίοδο που ξεκινά η ανάπτυξη του στήθους. Στα αγόρια συμβαίνει αργότερα. Στα κορίτσια συνήθως σταματά η αύξηση με το τέλος της ήβης, και μόνο 2,5 εκ. προστίθενται στο ύψος

μετά την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. Τα αγόρια συνεχίζουν να ψηλώνουν και μετά το τέλος της ήβης, και φτάνουν στο τελικό ύψος στην ηλικία των 18 ετών (1,2,3).

Το μυοσκελετικό, ανοσοποιητικό, ουροποιητικό και καρδιαγγειακό σύστημα επίσης αναπτύσσονται. Επιταχύνεται η εναπόθεση μεταλλικών στοιχείων στα οστά, λόγω της επίδρασης των στεροειδών των γονάδων. Στην ηλικία των 20 χρονών έχει επιτευχθεί η μέγιστη οστική μάζα.

Η ανάπτυξη του ουροποιητικού και καρδιαγγειακού συστήματος σε συνδυασμό με την παράλληλη αύξηση του ύψους και της μάζας σώματος, έχει ως αποτέλεσμα οι τιμές της αρτηριακής πίεσης και ο καρδιακός ρυθμός να μετακινούνται στις τιμές των ενηλίκων.

Οι πρώτες ορατές εξωτερικές αλλαγές είναι η διόγκωση των θηλών των μαστών στα κορίτσια και η διόγκωση των όρχεων (περισσότερο από 4 ml) στα αγόρια. Η μέση ηλικία που αυτό συμβαίνει φαίνεται ότι είναι τα 11 χρόνια και τα 11,1 χρόνια αντίστοιχα (1,2). Η έναρξη της εμμήνου ρύσεως εμφανίζεται περίπου 2-2.5 χρόνια μετά την διόγκωση των θηλών. Αν και η εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως σηματοδοτεί την αναπαραγωγική ωριμότητα στα κορίτσια, βιολογικά σηματοδοτεί κυρίως την ωριμότητα της μήτρας, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι οι πρώτοι κύκλοι δεν έχουν περιοδικότητα και σπάνια τα κορίτσια είναι γόνιμα αμέσως μετά την εμμηναρχή (3).

Στα αγόρια επεισόδια σπερματοουρίας και η πρώτη εκσπερμάτωση συμβαίνουν περίπου στην ηλικία των 13-14 ετών. Η ήβη ολοκληρώνεται περίπου 2-4 χρόνια μετά την γοναδαρχή, αν και άλλες αλλαγές που επάγονται από τα στεροειδή του φύλου (π.χ. την διαφοροποιημένη στο κάθε φύλο ανάπτυξη του μυϊκού ιστού και του λίπους) συνεχίζουν σε όλη τη διάρκεια της εφηβείας. Επιπλέον στα αγόρια αλλαγές που επάγονται στην ήβη, όπως η λειτουργία της αύξησης και της απώλειας μαλλιών συνεχίζουν και στην ενήλικη ζωή (1,2,4). Η απώλεια μαλλιών οφείλεται στην επίδραση της τεστοστερόνης επί των τριχοθυλακίων σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Στον θύλακο της τρίχας η τεστοστερόνη με την επίδραση του ενζύμου 5^α-αναγωγάση (στα άτομα που έχουν κληρονομήσει το ένζυμο) μετατρέπεται σε διϋδροτεστοστερόνη που είναι υπεύθυνη για την ανδρογενή αλωπεκία.

Η ήβη φαίνεται ότι ξεκινά νωρίς στην ηλικία των 6-8 ετών με τα πρώτα κλινικά σημεία της αδρεναρχής. Τα επινεφριδιακά ανδρογόνα έχουν συσχετισθεί με τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου και τις συσχετιζόμενες συμπεριφορές στην εφηβεία, αλλά και με τον δείκτη μάζας σώματος (τα παιδιά με

πρώιμη αδρεναρχή φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης και αντίσταση στην ινσουλίνη και αυξημένη προδιάθεση για υψηλότερο ΔΜΣ). Η ηλικία έναρξης της αδρεναρχής συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας και καρδιομεταβολικά προβλήματα (2).

Η ηλικία έναρξης της ήβης καθορίζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι διαφορές που παρατηρούνται στην ηλικία έναρξης της ήβης σε υγιείς πληθυσμούς, παρατηρούνται ακόμη και όταν οι πληθυσμοί ζουν κάτω από παρόμοιες συνθήκες. Οφείλονται στους γενετικούς παράγοντες, ενώ σημαντικό ρόλο έχουν το ενδομήτριο περιβάλλον, η διατροφή, οι συνθήκες της οικογένειας, η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση, το άγχος και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Έτσι η αλληλουχία των σημείων της ήβης είναι κοινή σε όλες τις χώρες και τα έθνη, η ηλικία όμως έναρξης διαφοροποιείται (2,5).

Πληροφορίες που προέρχονται από παλαιολιθικά ευρήματα σκελετών γυναικών (6), υποδεικνύουν ότι η εμμηναρχή συνέβαινε μεταξύ των 7 και 13 ετών. Στους κλασσικούς χρόνους και τον Μεσαίωνα η ηλικία εμμηναρχής ήταν περίπου στα 14 χρόνια, με ένα εύρος εμφάνισης από τα 12 έως τα 15 χρόνια. Αμέσως μετά τη βιομηχανική επανάσταση παρατηρείται μια σημαντική καθυστέρηση στην εμφάνιση της εμμηναρχής στα 15-16 χρόνια, γεγονός που αποδίδεται στις κακές συνθήκες διαβίωσης. Στον 20^ο αιώνα, ιδιαίτερα στο δεύτερο μισό του, παρατηρείται ότι στις βιομηχανοποιημένες χώρες, η ηλικία εμμηναρχής μειώνεται σημαντικά στα 12-13 χρόνια, σαν αποτέλεσμα των καλύτερων συνθηκών διαβίωσης. Σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες αυτή η τάση επιβραδύνεται ή σταθεροποιείται.

Η ελάττωση στη μέση ηλικία έναρξης της ήβης μεταξύ από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα υποδηλώνει μια συσχέτιση της διατροφής και των περιβαλλοντικών παραγόντων με την αναπαραγωγή, η οποία τεκμηριώθηκε με την εξακρίβωση του ρόλου της λεπτίνης, και τη διαπίστωση της δράσης των μεταβολικών ορμονών, ινσουλίνης και γκρελίνης στον αναπαραγωγικό άξονα (5,7).

Σήμερα η μέση ηλικία εμμηναρχής σε χώρες με αυξημένο εισόδημα είναι περίπου 12-13 ετών, ενώ συνήθως εμφανίζεται αργότερα σε χώρες με χαμηλό εισόδημα (2). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η μέση ηλικία εμμηναρχής σταμάτησε να μικραίνει μετά τη δεκαετία του 1960 σε χώρες με αυξημένο εισόδημα, αλλά συνεχίζει να μειώνεται στις χώρες με χαμηλό εισόδημα. Δεδομένα όμως από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη δείχνουν ότι ενώ τα πρώιμα σημεία της ήβης

παρατηρούνται σε μικρότερες ηλικίες, δεν συμβαίνει το ίδιο με τα όψιμα. Δεν είναι σαφής η αιτία που συμβαίνει αυτή η διεύρυνση της χρονικής διάρκειας της ήβης, αν και πιθανά συσχετίζεται με τους ενδοκρινικούς διαταράχτες, το ψυχολογικό/κοινωνικό άγχος ή και με αλλαγές στις περιβαλλοντικές συνθήκες. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες είναι πιθανό η έναρξη της ήβης σε μικρότερη ηλικία να είναι συνέπεια των αλλαγών των περιβαλλοντικών συνθηκών, ενώ αντίθετα η ηλικία της αδρεναρχής φαίνεται να είναι σταθερή στους διάφορους πληθυσμούς (2,5).

Σύμφωνα με τους Παπαδημητρίου et al. (2002), στην Ελλάδα (8) η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, είχε ως αποτέλεσμα μια διαχρονική τάση για τη απόκτηση αυξημένου τελικού ύψους και την εμφάνιση σεξουαλικής ωριμότητας σε μικρότερη ηλικία. Η ελληνική κοινωνία άλλαξε σημαντικά και από μια κατά κύριο λόγο αγροτική κοινωνία στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, εξελίχτηκε σε μια κυρίως αστική κοινωνία στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να αποτελεί μια από τις αναπτυγμένες χώρες. Έτσι σε διάφορες μελέτες διαπιστώθηκε μια τάση σταδιακής αύξησης του ύψους και η διαφορά στο μέσο ύψος μεταξύ του 2001 και του 1928, βρέθηκε στα 11,8εκ. και στα 7,3εκ. στα 17χρονα αγόρια και κορίτσια αντίστοιχα που ζούσαν στην Αθήνα. Διαφορά στο μέσο ύψος διαπιστώθηκε σε όλες τις ηλικίες. Τα κορίτσια στην ηλικία των 10 ετών και τα αγόρια στην ηλικία των 11 ετών ήταν περίπου 8εκ. ψηλότερα το 2001 από το 1928. Σύμφωνα με τους συγγραφείς η τάση για εμφάνιση σεξουαλικής ωριμότητας σε μικρότερη ηλικία μπορεί να επιβεβαιωθεί μόνο για τα κορίτσια, στα οποία παρατηρείται μικρότερη ηλικία εμμηναρχής.

Στην Ελλάδα, η ηλικία έναρξης της ήβης στα αγόρια είναι τα 11 χρόνια. Στα κορίτσια η μέση ηλικία εμμηναρχής είναι τα 12 χρόνια και φαίνεται ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει σταθεροποιηθεί. Η ηλικία εμμηναρχής φαίνεται να επηρεάζεται από το βάρος του σώματος και την ηλικία εμμηναρχής της μητέρας (9,10,11,12,13,14,15).

Η ηλικία της εμμηναρχής φαίνεται ότι συσχετίζεται με επιπτώσεις στην υγεία. Η εμμηναρχή σε μικρή ηλικία συσχετίζεται με αυξημένο αριθμό καρδιαγγειακών επεισοδίων και αυξημένη ανεξαρτήτως αιτίας θνησιμότητα, συμπεριλαμβανομένης της θνησιμότητας από καρκίνο και ιδιαίτερα από τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον η εμμηναρχή σε μικρή ηλικία έχει συσχετισθεί με άγχος, κατάθλιψη, ψυχοσωματικά συμπτώματα, χρήση ουσιών, έναρξη σεξουαλικών σχέσεων σε μικρότερη ηλικία και

εμφάνιση αντικοινωνικών συμπεριφορών. Η όψιμη εμμηναρχή έχει συσχετισθεί με οστεοπόρωση και αυξημένη πιθανότητα κατάγματος (1,5).

Η καθυστέρηση της έναρξης της ήβης ή η πρόωγη αύξηση μπορούν να οφείλονται και σε παθολογική αιτία, οπότε χρειάζεται έλεγχος για τη διερεύνηση των αιτίων (1,2,7,16). Ως καθυστερημένη ήβη ορίζεται κλινικά η απουσία ανάπτυξης ή η μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου μέχρι την ηλικία των 13 χρονών στα κορίτσια και μέχρι των 14 ετών στα αγόρια (7). Η καθυστέρηση της ήβης μπορεί να είναι μια παραλλαγή της φυσιολογικής ανάπτυξης και σε αυτή την περίπτωση ονομάζεται ιδιοσυστασιακή καθυστέρηση της αύξησης και της ήβης. Σε αυτή την περίπτωση υγιείς έφηβοι εμφανίζουν την ήβη μετά το ανώτερο ηλικιακό όριο. Η απουσία ανάπτυξης ή η μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου στην ηλικία των 18 ετών και για τα δύο φύλα ορίζεται ως υπογοναδισμός. Η απουσία ενεργοποίησης του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες, λόγω προβλήματος στο ΚΝΣ, ορίζεται ως υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός και αποδίδεται σε ελαττωμένη έκκριση ή δράση ή αμφότερα του GnRH παράγοντα. Γενετική ανωμαλία έχει διαπιστωθεί στο 40% των περιπτώσεων. Σε άλλες περιπτώσεις ο υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός μπορεί να οφείλεται σε οργανικές αιτίες όπως όγκοι, χρήση φαρμάκων, κλπ. Απουσία εμφάνισης ήβης που οφείλεται σε εγγενή βλάβη των γονάδων ορίζεται ως υπεργοναδοτροπικός υπογοναδισμός, και μπορεί να οφείλεται σε γενετικές ή οργανικές διαταραχές (7).

Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον, σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, σε σχέση με την ηλικία έναρξης της ήβης. Το μεγάλο ενδιαφέρον εστιάζεται στο γεγονός ότι υπάρχει αναντιστοιχία μεταξύ βιολογικής και κοινωνικής ωριμότητας, γεγονός που έχει εξαιρετική σημασία για την υγεία και την αναπαραγωγική επιτυχία. Μικρότερα παιδιά μπαίνουν στην ήβη, με αποτέλεσμα να είναι νωρίτερα ώριμα για αναπαραγωγή, όχι όμως και ώριμα ψυχοκοινωνικά. Το κοινωνικό πλαίσιο των σύγχρονων βιομηχανοποιημένων κοινωνιών διαφέρει σημαντικά από αυτό που ίσχυε κατά τη διάρκεια της ιστορίας της εξέλιξης του ανθρώπου. Η εμφάνιση της ήβης νωρίτερα σε σχέση με παλαιότερες εποχές σηματοδοτεί και την επιτάχυνση της εμφάνισης της εφηβείας σχεδόν σε όλους τους πληθυσμούς, ενώ η διαπίστωση της συνεχιζόμενης αύξησης και μετά τα 20 χρόνια ζωής μετακίνησε το ανώτερο ηλικιακό όριο της εφηβείας, γεγονός που σε συνδυασμό με την καθυστερημένη

χρονικά μετάβαση σε ρόλους ενηλίκων (ολοκλήρωση σπουδών, εργασία, γάμος, απόκτηση τέκνων κλπ.), συνεχίζει να μετακινεί την τρέχουσα αντίληψη, για το πότε αρχίζει η «ενηλικίωση». Η καθυστέρηση στη μετάβαση σε κοινωνικούς ρόλους ενηλίκων, όπως ο γάμος και η απόκτηση παιδιών, παρατηρείται σε μια εποχή που έχει αναπτυχθεί μια κυρίαρχη νεανική κουλτούρα, η οποία έχει ισχυρή επίδραση στον τρόπο ζωής των νέων (1,17).

Η παρατεταμένη εφηβεία, που διαμορφώνεται από ισχυρούς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, μπορεί να αποδειχτεί περίοδος αυξημένου κινδύνου, ιδιαίτερα για τους εφήβους που δεν έχουν ισχυρή οικογενειακή υποστήριξη και καλή εκπαίδευση. Οι έφηβοι αυτοί πρώιμα υιοθετούν συμπεριφορές ενηλίκων, ξεκινούν πρώιμα σεξουαλικές σχέσεις, εγκαταλείπουν το σχολείο, ενώ μπορεί να εμφανίσουν ψυχιατρικές διαταραχές και να ξεκινήσουν χρήση ουσιών (1). Η εκπαίδευση, η συναισθηματική και φυσική ασφάλεια, η θετική εικόνα εαυτού, ικανότητας εαυτού και η απόκτηση δεξιοτήτων ζωής και λήψης αποφάσεων είναι στόχοι από την πρώιμη εφηβεία, μέσα σε μια κοινωνία στην οποία παράγοντες όπως η οικονομία, τα ιστορικά γεγονότα, οι εθνικές προτεραιότητες, οι νόμοι, οι πολιτικές, οι τάσεις και οι αξίες, τα εθνικά γεγονότα, καθορίζουν το πλαίσιο που επηρεάζουν την κοινότητα, την οικογένεια, το σχολείο, και τους συνομηλίκους που με τη σειρά τους επηρεάζουν τους έφηβους (18).

Σημαντική παράμετρος στην προαγωγή της υγείας των εφήβων οφείλει να είναι η προσπάθεια των κοινωνιών να διαμορφώσει τις κατάλληλες συνθήκες, ώστε οι νέοι άνθρωποι να υιοθετήσουν ρόλους ενηλίκων πλησιέστερα σε ηλικίες που βιολογικά είναι ικανοί να το πράξουν (1).

2.2.1.2 Εγκέφαλος

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στην κατανόηση των βασικών σταδίων και μηχανισμών της ανάπτυξης του εγκεφάλου των θηλαστικών. Ο σημαντικός όγκος της διαθέσιμης βιβλιογραφίας -σύμφωνα με νευρομορφολογικά, νευροχημικά, νευροφυσιολογικά, νευροσυμπεριφορικά και νευροφαρμακολογικά ερευνητικά δεδομένα- αποτυπώνει το γεγονός ότι η ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι το αποτέλεσμα μια σειράς σύνθετων δυναμικών και προσαρμοστικών λειτουργιών, που πραγματοποιούνται σε ένα περιβάλλον ισχυρά περιορισμένο, γενετικά καθορισμένο, αλλά συνεχώς διαμορφούμενο (1,2,3,4).

Η νευροβιολογία της εγκεφαλικής ανάπτυξης παρέχει τη δυνατότητα μελέτης

και κατανόησης των υπεύθυνων νευρικών οδών και των θεμελιωδών λειτουργιών που διαμορφώνουν τη νοητική και κοινωνική ανάπτυξη. Φαίνεται ότι τις υπεύθυνες για την ανάπτυξη του εγκεφάλου λειτουργίες επηρεάζει η συνεχής αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ο εγκέφαλος δεν αναπτύσσεται ομαλά όταν απουσιάζει ο κρίσιμος γενετικός καθορισμός (critical genetic signaling), ούτε όταν απουσιάζει η επίδραση βασικών περιβαλλοντικών ερεθισμάτων. Τα γονίδια παρέχουν το μοντέλο βάσει του οποίου θα δημιουργηθούν συγκεκριμένες πρωτεΐνες που είναι βασικές για την αναπτυξιακή διαδικασία, ενώ το περιβάλλον διαμορφώνει και επηρεάζει την κατεύθυνση των νευρικών οδών (emerging neural networks). Το γεγονός αυτό φαίνεται ότι ισχύει από την εμβρυική περίοδο ανάπτυξης του εγκεφάλου, κατά τη διάρκεια της οποίας το εξωτερικό περιβάλλον επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου με σαφή τρόπο (1,4).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (2,3,5,6) δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας. Οι περιοχές του φλοιού συνεχίζουν να αυξάνονται, καθώς πολλαπλασιάζονται οι νευρικές συνάψεις. Στον μετωπιαίο φλοιό, η φαιά ουσία αποκτά τον μέγιστο όγκο της, περίπου στην ηλικία των 11 χρονών για τα κορίτσια και των 12 χρονών για τα αγόρια, γεγονός που αντανακλά τη δενδριτική υπερπαραγωγή. Παράλληλα συμβαίνει και ένα επιλεκτικό «κλάδεμα» των συνάψεων εκείνων, που σπάνια χρησιμοποιούνται, με στόχο την περισσότερο αποτελεσματική λειτουργία του εγκεφάλου, ο οποίος αλλάζει τη δομή του σε απάντηση των απαιτήσεων του περιβάλλοντος. Το κλάδεμα έχει επίσης ως αποτέλεσμα την αυξημένη εξειδίκευση των περιοχών του εγκεφάλου. Η απώλεια της φαιάς ουσίας ξεκινά με κατεύθυνση από πίσω προς τα πρόσθια τμήματα του εγκεφάλου με τον μετωπιαίο λοβό να εμφανίζει αργότερα αυτές τις δομικές αλλαγές. Ενώ η φαιά ουσία μειώνεται σε όγκο, ο όγκος της λευκής ουσίας αυξάνεται. Η λευκή ουσία αποτελείται από μυελινοποιημένους νευρικούς άξονες, που μεταφέρουν ταχύτατα την πληροφορία. Ο όγκος της λευκής ουσίας αυξάνεται συνεχώς από την παιδική ηλικία μέχρι τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Η αύξηση του όγκου της λευκής ουσίας οφείλεται στην προοδευτική μυελίνωση των νευρικών αξόνων από τα ολιγοδενδροκύτταρα. Η μυελίνωση προχωρά από τις κατώτερες προς τις ανώτερες περιοχές του εγκεφάλου και από πίσω προς τα εμπρός (5).

Η μυελίνωση λειτουργεί ως «μόνωση» για την ταχεία και αποτελεσματική μετάδοση των πληροφοριών μέσω των συνάψεων και τη διευκόλυνση σύνθετων εγκεφαλικών λειτουργιών. Η ποσότητα της μυελίνης δεν είναι δυνατό να

υπολογιστεί, παρά μόνο έμμεσα μέσω του όγκου της λευκής ουσίας. Σημειώνεται ότι στον προμετωπιαίο λοβό, όπου υπάρχουν υπεύθυνα κέντρα για γνωστικές διαδικασίες και εκτελεστικές λειτουργίες, τα παραπάνω συμβαίνουν μόλις, στην αρχή της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Τα κέντρα στον προμετωπιαίο λοβό είναι υπεύθυνα για δεξιότητες, όπως η στοχοθετημένη συμπεριφορά, το πλάνο αντίδρασης, η λειτουργική μνήμη, η προσοχή και η αναστολή απόκρισης/αντίδρασης. Αυτές οι δεξιότητες επιτρέπουν στο άτομο να μην αντιδράσει πριν εκτιμήσει την κατάσταση, να σκεφτεί ποια είναι η γνώμη του/της, να σχεδιάσει ένα σχέδιο δράσης και τελικά να το εκτελέσει. Αν οι παραπάνω δεξιότητες δεν αναπτύχθούν το άτομο εμφανίζει μειωμένη ικανότητα κριτικής σκέψης και λήψης αποφάσεων.

Η ωρίμανση του εγκεφάλου, μέσω του πολλαπλασιασμού των συνάψεων, του «κλαδέματος» και της μυελίνωσης, έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ικανότητας του εγκεφάλου για μεταφορά πληροφοριών σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, ο συνδυασμός των οποίων διασφαλίζει την ανάπτυξη δεξιοτήτων, όπως ο έλεγχος της παρόρμησης. Ο έλεγχος της παρόρμησης είναι μια ικανότητα που εμφανίζεται ήδη από την παιδική ηλικία, όμως η μεγαλύτερη ηλικία και η ωρίμανση του εγκεφάλου έχει ως αποτέλεσμα τη συστηματική χρήση αυτών των δεξιοτήτων. Πειραματικά δεδομένα σε πειράματα με ζώα έδειξαν ότι οι νευρικές συνδέσεις μεταξύ της αμυγδαλής (περιοχή που είναι υπεύθυνη για την επεξεργασία των συναισθημάτων, και ιδιαιτέρως του φόβου και της επαγρύπνησης) και του φλοιού των μετωπιαίων λοβών πολλαπλασιάζονται στην εφηβεία. Οι συνδέσεις «συσχετίζουν» (integrate) συναισθηματικές και γνωστικές εξεργασίες με στόχο τη «συναισθηματική ωριμότητα», δηλαδή την ικανότητα διαχείρισης και ρύθμισης των συναισθημάτων, μια διαδικασία που συνεχίζει μέχρι τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Μελέτες με λειτουργικές απεικονιστικές μεθόδους (MRI) έδειξαν ότι η γνωστική εξέλιξη συσχετίζεται με την εμφάνιση συμπεριφορών χαρακτηριστικών της εφηβείας, όπως για παράδειγμα η υπερβολική αυτο-συνειδητότητα και η επιδεκτικότητα στην επιρροή των συνομηλίκων (2,4,7,8).

Πολλοί ερευνητές έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι υπάρχει ένα χρονικό κενό/διαφορά, μεταξύ της κοινωνικοσυναισθηματικής ανάπτυξης του εγκεφάλου (που ωριμάζει σε μικρότερη ηλικία, με την έναρξη της ήβης) και της ανάπτυξης του γνωστικού ελέγχου του εγκεφάλου (που συνεχίζει να αναπτύσσεται μέχρι τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης), στην οποία χρονική διαφορά ανάπτυξης οφείλονται οι

παρατηρούμενες συμπεριφορές κινδύνου των εφήβων. Η παράλληλη, αλλά όχι ταυτόχρονη ωρίμανση των γνωστικών και συμπεριφορικών συστημάτων, καθιστά την εφηβεία μια ευαίσθητη ή κρίσιμη περίοδο, κατά την οποία τα ρυθμιστικά συστήματα επαναπροσδιορίζονται (2,3,5,7,9,10,11).

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, με τη χρήση λειτουργικών απεικονιστικών μεθόδων (MRI), έδειξαν ότι το στάδιο της ήβης επηρεάζει την ανάπτυξη του εφηβικού εγκεφάλου, ίσως περισσότερο από τη χρονολογική ηλικία (5,7,12). Η ήβη και τα στεροειδή του φύλου έχουν μεγάλη σημασία στη δομική ωρίμανση του εγκεφάλου κατά την εφηβεία. Έτσι το στάδιο της ήβης οφείλει να λαμβάνεται υπόψη ως βασική παράμετρος, όταν επιχειρείται να ερμηνευθούν διαφορές στην ανάπτυξη του εγκεφάλου σε άτομα διαφορετικού φύλου και ανάπτυξης. Ενώ η χρονολογική ηλικία αποτελεί σημείο αναφοράς για τις συνολικές αναπτυξιακές αλλαγές, το στάδιο της ήβης έχει μοναδικές και αθροιστικές επιδράσεις στα νευροαναπτυξιακά μονοπάτια (13).

Αν και η ήβη έχει παραδοσιακά συνδεθεί με τη ριψοκίνδυνη και παράτολμη συμπεριφορά στην εφηβεία, περαιτέρω έρευνα απαιτείται για να αναδειχτεί η συσχέτιση μεταξύ ήβης, εγκεφαλικής ωρίμανσης, κοινωνικο-συναισθηματικής εξέλιξης και ικανότητας λήψης αποφάσεων, που όμως παρουσιάζει συγκεκριμένες μεθοδολογικές δυσκολίες (7,13). Σύμφωνα με τον Steinberg (2004), η μεγαλύτερη τάση των εφήβων για ριψοκίνδυνη συμπεριφορά δεν οφείλεται τόσο στη διαφορετική, ανά εφηβική ηλικία, αντίληψη ή εκτίμηση του κινδύνου, αλλά στους διαφορετικούς ανά εφηβική ηλικία, κοινωνικοσυναισθηματικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την αυτορρύθμιση. Υποστηρίζει ότι η αυξημένη ευαλωτότητα της εφηβείας στη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά οφείλεται στο ότι η αναζήτηση καινούργιων και διεγερτικών εμπειριών (που είναι εξαιρετικά έντονη στην εφηβεία) δεν αντισταθμίζεται ικανοποιητικά από την ανάπτυξη των αυτορρυθμιστικών συστημάτων (που ολοκληρώνεται τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης) (14).

Είναι γεγονός ότι τα ερευνητικά δεδομένα έχουν προσφέρει μεγάλο όγκο πληροφοριών για τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Επιβάλλεται όμως προσοχή στη συσχέτιση των εργαστηριακών δεδομένων με τη συμπεριφορά του ατόμου σε πραγματικές συνθήκες ζωής, επειδή η συμπεριφορά του ατόμου δεν οφείλεται μόνο στις πολύπλοκες νευρικές λειτουργίες που συσχετίζονται γνώση και συμπεριφορά, αλλά και στη συμμετοχή άλλων βιολογικών συστημάτων και περιβαλλόντων, που διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η συμπεριφορά

στην εφηβεία, αλλά και σε όλη τη ζωή ενός ατόμου, προκύπτει από την αλληλεπίδραση παραγόντων όπως είναι η εμπειρία, το οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, η διατροφή, τα πολιτισμικά στοιχεία, η ψυχοσυναισθηματική ευεξία, το φυσικό και τεχνητό περιβάλλον, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και σχέσεις. Οι συσχετίσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι πολύπλοκες και διαφοροποιούνται με τον χρόνο και το στάδιο ανάπτυξης (2,7,15,16).

Η εκπαιδευτική διαδικασία μπορεί να αξιοποιήσει το δεδομένο της πλαστικότητας του εγκεφάλου, η οποία επηρεάζεται σημαντικά από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, ακριβώς επειδή οι έφηβοι επηρεάζονται πολύ από τα συναισθήματα, αντιδρούν θετικά σε ένα εκπαιδευτικό πλαίσιο που προάγει τη συναισθηματική ευεξία και στοχεύει να εκπαιδεύσει την ρύθμιση των συναισθημάτων. Επιπρόσθετα με δεδομένο ότι η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά στην εφηβεία έχει νευροβιολογική βάση, καθιστά σχεδόν αδύνατη την προσπάθεια πλήρους καταστολής της. Αντίθετα μπορεί να είναι εφικτή η προσπάθεια, οι έφηβοι να αποκτούν συναισθηματικές εμπειρίες σε ασφαλές περιβάλλον και να προάγεται ως κοινωνικά αποδεκτή η μη ριψοκίνδυνη συμπεριφορά με τη χρήση ανάλογων θετικών προτύπων (π.χ. ο δημοφιλής πρωταγωνιστής μιας σειράς που απευθύνεται σε εφήβους να μην απαντήσει θετικά στην πρόσκληση ενός διαγωνισμού για χρήση αλκοόλ) (5,14,17).

Συμπερασματικά, ανάλογα με το στάδιο της εγκεφαλικής ανάπτυξης οι έφηβοι είναι πιθανότερο να ενεργήσουν παρορμητικά, να παρεξηγήσουν ή να παρερμηνεύσουν αισθήματα και κοινωνικές νύξεις, να εμπλακούν σε ποικίλης φύσεως ατυχήματα, να συμμετέχουν σε συμπλοκές και να επιλέξουν συμπεριφορές υψηλού κινδύνου. Οι έφηβοι είναι λιγότερο πιθανό να ενεργήσουν μετά από σκέψη, να σταματήσουν για να σκεφτούν τις συνέπειες των πράξεων τους ή να αλλάξουν τις ανάρμοστες ή επικίνδυνες συμπεριφορές τους. Τα παραπάνω δεν υπονοούν ότι οι έφηβοι δεν μπορούν να αποφασίσουν σωστά ή ότι δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τη διαφορά σωστού λάθους, ούτε ότι δεν θα θεωρηθούν υπεύθυνοι για τις πράξεις τους. Οι διαφορές όμως που υφίστανται μεταξύ της συμπεριφοράς των ενηλίκων και των εφήβων είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους συμβούλους και τους νομοθέτες ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν, προβλέψουν και διαχειριστούν τη συμπεριφορά των εφήβων (18,19,20,21).

2.2.1.3 Ύπνος

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρατηρούνται πολλές αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, κυρίως στις ώρες έναρξης του νυκτερινού ύπνου και της πρωινής αφύπνισης, αλλά και στον συνολικό χρόνο ύπνου, ο οποίος εξαιτίας των υποχρεώσεων των εφήβων λιγοστεύει (1,2,3,4,5,6,7,8,9). Οι έφηβοι τείνουν να μετακινούν αργότερα τη βραδινή ώρα του ύπνου, αλλά και την ώρα αυθόρμητης αφύπνισης το πρωί (1,2,3,5,6).

Ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι αντίστοιχες συνήθειες ύπνου παρουσιάζουν οι έφηβοι σε πολλές χώρες, σε όλες τις ηπείρους, με αποτέλεσμα για δεκαετίες το δεδομένο του λιγότερου ύπνου στην εφηβεία να θεωρείται αναμενόμενο της ανάπτυξης τους. Ωστόσο αυτό το γεγονός δεν σημαίνει ότι οι έφηβοι χρειάζονται λιγότερο ύπνο σε σχέση με την παιδική ηλικία (3,5,6). Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι χρειάζονται 9-10 ώρες ύπνο κάθε βράδυ (5).

Φαίνεται ότι η δεδομένη συμπεριφορά στην εφηβεία οφείλεται σε αλλαγές που παρατηρούνται στα βιορυθμιστικά συστήματα που ελέγχουν τον ύπνο σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (1,3,5,6,10,11,12).

Ο βασικός ρυθμιστικός ενδογενής παράγοντας που ρυθμίζει τον ύπνο είναι μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ του συστήματος ομοιόστασης ύπνου-αφύπνισης και του βιολογικού συστήματος του κικκάδιου ρυθμού (1,5,6,7,13,14). Στην εφηβεία παρατηρούνται αλλαγές τόσο στην ομοιόσταση όσο και σε παραμέτρους του κικκάδιου ρυθμού (π.χ. ρυθμός έκκρισης μελατονίνης, ευαισθησία στο φως κ.ά.) (1,3,5,6,7,13,14).

Στον ανθρώπινο οργανισμό, το σύστημα ομοιόστασης ύπνου-αφύπνισης είναι στην ουσία υπεύθυνο για την όλο και μεγαλύτερη πίεση που βιώνει το άτομο να κοιμηθεί, όσο περισσότερο μένει χωρίς ύπνο (1,3,5). Στην εφηβεία, και καθώς ωριμάζει ο/η έφηβος, φαίνεται ότι η πίεση για ύπνο αυξάνει με όλο αργότερους ρυθμούς, με αποτέλεσμα να νοιώθει την ανάγκη να κοιμηθεί, όλο και αργότερα κατά τις νυκτερινές ώρες (1,3,5,13,14).

Ο κικκάδιος ρυθμός, δηλαδή η προτιμώμενη ώρα για ύπνο και αφύπνιση, αλλά και η προτιμώμενη ώρα για τις καθημερινές δραστηριότητες, μετακινείται αργότερα με την έναρξη της ήβης/εφηβείας (1,11). Η συμπεριφορά των εφήβων κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου, ως προς τον ύπνο, φαίνεται ότι αποτυπώνει αυτή ακριβώς την αλλαγή -κοιμούνται αργότερα και ξυπνούν αργά- και αυτό επειδή η

συμπεριφορά τους ως προς τον ύπνο τις υπόλοιπες μέρες της εβδομάδας καθορίζεται περισσότερο από τις υποχρεώσεις τους, αλλά και από τον γονεϊκό έλεγχο (1,11). Επιπλέον το σαββατοκύριακο οι έφηβοι τείνουν να παραμένουν περισσότερο στο κρεβάτι, ίσως για να αναπληρώσουν τις λιγότερες ώρες ύπνου κατά τη σχολική εβδομάδα (11). Φαίνεται ότι η αλλαγή στις ώρες ύπνου /αφύπνισης και η μεγαλύτερη παραμονή στο κρεβάτι το σαββατοκύριακο, συσχετίζεται με το στάδιο της ήβης. Όσο πιο ώριμος είναι ο έφηβος τόσο παρατείνεται ο χρόνος του ύπνου το σαββατοκύριακο, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση ότι οι έφηβοι χρειάζονται περισσότερο ύπνο -όχι λιγότερο- σε σχέση με την προεφηβεία (3,11).

Επίδραση όμως στις ώρες και στην ποιότητα του ύπνου των εφήβων έχουν και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η ανάγκη για περισσότερη ανεξαρτησία, οι περισσότερες κοινωνικές επαφές, η πίεση από τους συνομήλικους, οι εξωσχολικές δραστηριότητες, αλλά και η χρήση ηλεκτρονικών συσκευών και η χρήση καφεΐνης (1,6,10).

Η χρήση ηλεκτρονικών συσκευών (π.χ. τηλεόραση στο δωμάτιο, υπολογιστής, κινητό τηλέφωνο κλπ.) είναι σημαντικά διαδεδομένη στην εφηβεία. Έχει τεκμηριωθεί ότι η χρήση τους τις βραδινές ώρες επηρεάζει τον ύπνο, με αποτέλεσμα η ώρα ύπνου να μετατίθεται αργότερα, λιγότερο ύπνο, μεγαλύτερη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (1).

Φαίνεται ότι τα ηλεκτρονικά μέσα επιδρούν στον ύπνο κυρίως με τρεις τρόπους. Καταρχήν η ώρα του ύπνου μετακινείται άμεσα επειδή οι έφηβοι διασκεδάζουν με την όποια δραστηριότητα/παιχνίδι έχουν επιλέξει ή επικοινωνούν με φίλους τους μέσω διαδικτυακών παιχνιδιών, μέσων κοινωνικής δικτύωσης ή του κινητού τηλεφώνου με αποτέλεσμα να επιλέγουν να κοιμηθούν αργότερα. Επιπρόσθετα φαίνεται ότι το φως που παράγεται από αυτές τις συσκευές επηρεάζει τον κερκάρδιο ρυθμό και συγκεκριμένα καταστέλλει την έκκριση μελατονίνης με αποτέλεσμα επιθυμία για ύπνο σε αργότερη ώρα. Τέλος η διαταραχή του ύπνου μετά τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων μπορεί να οφείλεται στην επίδραση τους στο νοητικό και ψυχοσυναισθηματικό υπόβαθρο του ατόμου (1).

Η καφεΐνη επηρεάζει τον ύπνο των εφήβων. Ερευνητικά δεδομένα σε εφήβους ηλικίας από 12 χρονών δείχνουν ότι η χρήση καφεΐνης έχει ως αποτέλεσμα επιθυμία για ύπνο αργότερα, μικρότερη διάρκεια ύπνου, μετακίνηση αργότερα της ώρας αφύπνισης και αύξηση της υπνηλίας κατά τη διάρκεια της μέρας (1). Φαίνεται

ότι οι έφηβοι που κάνουν σημαντική χρήση καφεΐνης μπαίνουν σε ένα φαύλο κύκλο κατά τον οποίο για να αντιμετωπίσουν την έλλειψη ύπνου και την υπνηλία λόγω χρήσης καφεΐνης, οδηγούνται στην αυξημένη χρήση καφεΐνης, με συνέπεια κακή ποσότητα και ποιότητα ύπνου (1,15).

Επιπρόσθετα η αυξημένη χρήση καφεΐνης έχει συσχετισθεί με τη χρήση ουσιών, με τη χρήση νικοτίνης, με άλλες συμπεριφορές αυξημένης επικινδυνότητας, αλλά και με άλλες συμπεριφορές που επηρεάζουν τον ύπνο όπως η χρήση των ηλεκτρονικών μέσων (1).

Χρόνια νοσήματα (π.χ. άσθμα), ο χρόνιος πόνος (π.χ. ημικρανίες), ψυχικά νοσήματα (π.χ. άγχος) ή ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν τον ύπνο (1).

Σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας ο επαρκής ύπνος συμβάλλει σημαντικά σε πολλές νοητικές και συναισθηματικές λειτουργίες, αλλά και στην εκτέλεση πολλών δεξιοτήτων (1,2,16,17). Η χρόνια έλλειψη ύπνου έχει σημαντικές συνέπειες στην υγεία, την ασφάλεια και την ακαδημαϊκή επιτυχία των εφήβων (1,5,8,16,17,18,19,20,21).

Έλλειψη ύπνου έχει σαν αποτέλεσμα αίσθημα «υπνηλίας», μειωμένη ετοιμότητα και ικανότητα συγκέντρωσης και συχνά απροσδόκητο ύπνο. Η «υπνηλία» συνδέεται επίσης με μειωμένη βραχυπρόθεσμη μνήμη και μαθησιακή ικανότητα και ετοιμότητα, κακή διάθεση, αστάθεια στην εκτέλεση δεξιοτήτων, μειωμένη παραγωγικότητα και μειωμένη ικανότητα ελέγχου συμπεριφοράς (2,3,4,5,7,8,16,17,18,20,21,22,23,24,25,26).

Σε δείγμα εφήβων ηλικίας 13-16 ετών στις ΗΠΑ υπολογίστηκε ότι ένα ποσοστό 10,7% των εφήβων στο γενικό πληθυσμό υποφέρει από αϋπνία, δηλαδή σύμφωνα με τον ορισμό του DSM-IV, οι έφηβοι αυτοί, για χρονικό διάστημα ενός μηνός ή περισσότερο, παραπονούνται ότι έχουν δυσκολία να αποκοιμηθούν ή να μείνουν κοιμισμένοι ή ότι ο ύπνος τους δεν είναι αναζωογονητικός, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένο άγχος ή μειωμένη λειτουργικότητα. Η μέση ηλικία έναρξης της αϋπνίας ήταν τα 11 χρόνια. Το 53% των ατόμων με αϋπνία παρουσίαζε συννοσηρότητα με κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Η έναρξη της εμμήνου ρύσεως στα κορίτσια τριπλασίαζε την πιθανότητα για εμφάνιση αϋπνίας σε σχέση με τα αγόρια, ενώ πριν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Αντίθετα η αναπτυξιακή ωριμότητα των αγοριών δεν συσχετίστηκε με αυξημένη πιθανότητα αϋπνίας (27). Προβλήματα ύπνου έχουν συσχετισθεί με αυξημένο σχετικό κίνδυνο για την εμφάνιση ή την υποτροπή κατάθλιψης, αλλά και

με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, όπως επίσης και με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυξημένη πιθανότητα για χρήση αλκοόλ και ουσιών (1,4,16,28).

Η παχυσαρκία μπορεί έμμεσα να επηρεάσει τον ύπνο λόγω αποφρακτικής άπνοιας (1,5,19). Αλλά και αντίστροφα, παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία φαίνεται ότι είναι και η μικρή διάρκεια του ύπνου, λόγω αυξημένης κατανάλωσης θερμίδων και λιγότερης άσκησης. Υπάρχει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ διάρκειας ύπνου και BMI. Τα άτομα με μικρή διάρκεια ύπνου έχουν διπλάσιες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα/παχύσαρκα (18,29). Φαίνεται ότι ο αυξημένος κίνδυνος για παχυσαρκία λόγω έλλειψης ύπνου είναι ίσος ή μεγαλύτερος με τον κίνδυνο για παχυσαρκία που σχετίζεται με την παχυσαρκία των γονιών και τη χρήση τηλεόρασης (1,26).

Οι έφηβοι που οδηγούν έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμπλακούν σε ατύχημα αν δεν έχουν κοιμηθεί αρκετά και είναι κουρασμένοι (1,5,16,26).

Παρατηρείται ότι ιδιαίτερα κατά τις μέρες του σχολείου οι έφηβοι κοιμούνται λιγότερο (30,31). Η σημασία της έναρξης του καθημερινού σχολικού προγράμματος έχει μελετηθεί αρκετά ιδιαίτερα τις ΗΠΑ, κυρίως επειδή αλλάζει η ώρα έναρξης του σχολείου. Στις περισσότερες πολιτείες η ώρα έναρξης του σχολείου μετακινείται νωρίτερα στην εφηβεία και έτσι ενώ το Δημοτικό ξεκινά στις 8.45 π.μ., το Γυμνάσιο ξεκινά στις 08.00 π.μ. και το Λύκειο μπορεί να ξεκινά στις 07.00 π.μ. ή 07.30 π.μ. Ο λιγότερος ύπνος που είναι το αποτέλεσμα αυτής της πρακτικής δείχνει τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι στο να συνδυάσουν την ώρα του ύπνου, τις φυσιολογικές τους ανάγκες σε ύπνο, τις συνήθειες τους, και τους συναισθηματικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες που με τη σειρά τους επηρεάζουν τις συνήθειες του ύπνου (1,2,3,5,6,9,32).

Η αλλαγή στις πρωινές ώρες έναρξης του σχολείου έχει προταθεί σε αρκετές χώρες, με στόχο να αποφευχθούν οι δυνητικά αρνητικές συνέπειες της πολύ νωρίς πρωινής αφύπνισης στους εφήβους. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι μια τέτοια πρακτική θα έχει δυνητικά οφέλη στην υγεία των εφήβων (33,34,35).

Η πολυπαραγοντική επίδραση που έχει ο ύπνος (και η έλλειψη του) στην υγεία των εφήβων και στην ακαδημαϊκή τους επιτυχία κάνει απαραίτητη την ανάγκη παρεμβάσεων σε ατομικό επίπεδο ή με παρεμβάσεις αγωγής υγείας στο σχολείο, με στόχο την αύξηση των σχετικών με τα θέματα του ύπνου γνώσεων των εφήβων και την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς (4,5,21,31,32,36).

Με δεδομένο το σημαντικό όφελος, που έχει η αναγνώριση και αντιμετώπιση

των προβλημάτων στον ύπνο, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν συστηματικά να ρωτούν τα δεδομένα του ύπνου, όταν υποδέχονται εφήβους (5,31,32). Φαίνεται όμως ότι η ανίχνευση προβλημάτων στον ύπνο δεν είναι συστηματική στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (31).

2.2.2 Κοινωνικές αλλαγές

Μια αφρικανική παροιμία τονίζει: «είσαι περισσότερο ο γιος της εποχής σου παρά ο γιος του πατέρα σου». Η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζεται από βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν είναι ανεξάρτητη από τα κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά μέσα στα οποία προκύπτει. Ενώ όλοι οι έφηβοι θα βιώσουν τις βιολογικές, γνωστικές και κοινωνικές μεταβάσεις της περιόδου, η ψυχολογική επίδραση αυτών των αλλαγών δεν είναι ίδια για όλα τα άτομα και εξαρτάται από το περιβάλλον στο οποίο αυτές οι αλλαγές πραγματοποιούνται. Σύμφωνα με το οικολογικό μοντέλο της ανάπτυξης του ανθρώπου (ecological perspective on human development) του οποίου κύριος υποστηρικτής ήταν ο Urie Brofenbrenner (1979), δεν μπορούμε να κατανοήσουμε την ανάπτυξη αν δεν εξετάσουμε το πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιείται. Το ιστορικό, γεωγραφικό και πολιτισμικό περιβάλλον, η χρονική περίοδος, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η οικογένεια, οι συνομήλικοι, το σχολείο, οι τρόποι που οι έφηβοι περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους, η γειτονιά ή η κοινότητα επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο βιώνει την εφηβεία (1,2).

Σύμφωνα με την Crockett (1997) (3), βιολογικά δεδομένα ωρίμανσης όπως η εμμηναρχή έχουν ιδιαίτερη σημασία σε κοινωνίες όπου η εφηβεία είναι συνδεδεμένη με τον γάμο και σηματοδοτούνται από εορταστικές τελετές. Ο γάμος μπορεί να έχει κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές διαστάσεις. Δημιουργεί δεσμούς μεταξύ των οικογενειών, συνδέεται με τη γονιμότητα και με τον αριθμό των παιδιών ιδιαίτερα σε αγροτικές κοινωνίες, όπου είναι επιθυμητός μεγάλος αριθμός παιδιών και έτσι αυξάνεται η αξία της έφηβης στις διαπραγματεύσεις για γάμο.

Σε κοινωνίες με απλή τεχνολογία και λιγότερο διαφοροποιημένες οικονομίες, τα παιδιά εκπαιδεύονται σε διάφορα καθήκοντα από πολύ νωρίς και όταν φτάσουν στην εφηβεία έχουν αποκτήσει πολλές από τις δεξιότητες που απαιτούνται για να λειτουργήσουν επιτυχώς ως ενήλικες. Αντίθετα σε βιομηχανοποιημένες κοινωνίες η εφηβεία έχει τελειώσει πολύ πριν οι έφηβοι αποκτήσουν τις σχετικές τεχνικές και

τις γνωστικές δεξιότητες των ενηλίκων. Σε αυτές τις κοινωνίες η είσοδος στην εφηβεία δεν συνοδεύεται από τελετές και αντιμετωπίζεται ως ιδιωτικό γεγονός, ενώ άλλα ορόσημα, όπως για παράδειγμα, το τέλος του σχολείου, η έναρξη της πλήρους εργασιακής απασχόλησης, η οικονομική ανεξαρτησία και η μετακόμιση από το σπίτι των γονιών σηματοδοτούν την ενηλικίωση.

Ποια αναπτυξιακά ορόσημα θα επιλεγούν και σε ποια ηλικία αυτά συμβαίνουν, καθορίζουν τα χρονικά όρια της εφηβείας η οποία μπορεί να διαρκέσει από μερικούς μήνες μέχρι αρκετά χρόνια όπως είναι συνηθισμένο στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η επιλογή του είδους και του χρόνου των αναπτυξιακών ορόσημων εξαρτάται από τις οργανωτικές δομές και το θεσμικό πλαίσιο κάθε κοινωνίας και καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των εφήβων. Έτσι για παράδειγμα, σε βιομηχανοποιημένες κοινωνίες η μετάβαση από το σχολείο στη δουλειά εξαρτάται από το εκπαιδευτικό σύστημα και την αγορά εργασίας.

Ο κοινωνικός επαναπροσδιορισμός του ατόμου παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες και είναι παγκόσμιο φαινόμενο, όμως τα ειδικότερα χαρακτηριστικά διαφέρουν ανάλογα με τον τόπο και τη χρονική περίοδο (1). Ως κοινωνικός επαναπροσδιορισμός (social redefinition) ορίζεται η διαδικασία μέσω της οποίας η θέση του ατόμου επαναπροσδιορίζεται στην κοινωνία. Ειδικότερα αναγνωρίζονται τα ειδικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ατόμου και καθορίζονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του (1). Πρόκειται για μια σειρά γεγονότων που συμβαίνουν σε μια σχετικά μακριά χρονική περίοδο (που σε κάποιες περιπτώσεις ξεπερνάει την ηλικία της εφηβείας) και όχι για μεμονωμένο γεγονός.

Κάθε θεσμικό πλαίσιο (3) (π.χ. σχολείο, εκκλησία, δικαστικό σύστημα) όμως, διαφέρει σημαντικά από το άλλο με αποτέλεσμα να μην είναι ομοιογενείς οι απαιτήσεις προς τους εφήβους, ούτε ο βαθμός συμμετοχικότητας και αυτονομίας τους. Αυτή η αναντιστοιχία οδηγεί σε σύγχυση τους εφήβους, ως προς την κοινωνική τους θέση και τις αναμενόμενες συμπεριφορές, αλλά και σε αυξημένη αγωνία αφού ο επιτρεπόμενος βαθμός αυτονομίας δεν είναι ίδιος σε όλα τα πλαίσια. Αυτή η ασάφεια μπορεί να είναι μια αιτία να οδηγηθούν οι έφηβοι στην υιοθέτηση συμπεριφορών ενηλίκων, π.χ. χρήση αλκοόλ, ώστε να επιβεβαιωθεί η «ενηλικίωση τους».

Η εμπειρία της εφηβείας συσχετίζεται με τη δομή της ενήλικης κοινωνίας, που προσδιορίζει τις δεξιότητες και τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένα άτομο για

να επιτύχει στους ενήλικους ρόλους. Οι δημογραφικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες καθορίζουν τους κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους που το νέο άτομο θα προσπαθήσει να κατακτήσει. Οι εμπειρίες των εφήβων διαφέρουν μεταξύ των διάφορων κοινωνιών και πολιτισμών και στις διάφορες ιστορικές περιόδους (1,3).

Οι οργανωτικές δομές της εκάστοτε κοινωνίας και τα κοινωνικά πρότυπα επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό αυτό, που οι έφηβοι θεωρούν ότι είναι μια κανονική ή ιδανική πορεία ζωής. Για παράδειγμα, την αλληλουχία δημοτικό-γυμνάσιο-λύκειο-πανεπιστήμιο ή την αλληλουχία ρόλων, όπως από φοιτητής σε εργαζόμενο, από σύντροφος σε γονιό. Αλληλουχίες που διαφέρουν σημαντικά μεταξύ αγροτικών και βιομηχανοποιημένων κοινωνιών. Σε αγροτικές κοινωνίες ο έφηβος βοηθά στις δουλειές, έχει οικονομικές ευθύνες και συναναστρέφεται ενηλίκους. Σε βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, οι έφηβοι συναναστρέφονται συνομήλικους, ενισχύεται η διαμόρφωση της ιδιαίτερης κουλτούρας των εφήβων (peer culture) με συγκεκριμένες αξίες και πρακτικές.

Ιστορικά, πριν τη βιομηχανοποιημένη περίοδο, οι νέοι άνθρωποι έπαιζαν σημαντικό οικονομικό ρόλο για την οικογένεια και την κοινότητα. Στις αγροτικές κοινωνίες του 16^{ου} και 17^{ου} αιώνα η εργασία των παιδιών βοηθούσε άμεσα την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και ως εκ τούτου τα πολλά παιδιά ήταν οικονομικό πλεονέκτημα για την οικογένεια. Αρχίζαν να δουλεύουν από μικρές ηλικίες και κατά τη διάρκεια της εφηβείας ήταν περισσότερο ενταγμένοι στην κοινωνία των ενηλίκων από ότι συμβαίνει σήμερα. Μέχρι τις αρχές του 19^{ου} αιώνα η περίοδος ήταν συνδεδεμένη με το "fostering out", δηλαδή την περίοδο κατά την οποία οι γονείς έστελναν τα παιδιά τους, από την ηλικία των 12 ετών, να ζήσουν με άλλες οικογένειες στην κοινότητα και να εργασθούν ως οικιακοί βοηθοί ή μαθητευόμενοι. Με αυτόν τον τρόπο ήταν μακριά από το σπίτι τους, αλλά υπό την επίβλεψη ενηλίκων, με συνέπεια αυτή η περίοδος να περιγράφεται ως «ημι-ανεξάρτητη». Σε αυτήν την περίοδο οι έννοιες του «παιδιού» και του «νέου» ήταν σε χρήση, αλλά με μικρότερη έμφαση στη χρονολογική ηλικία από ότι σε μεταγενέστερες εποχές. Έτσι νέος εθεωρείτο ο δωδεκάχρονος, αλλά και το άτομο των 24 χρόνων.

Στα τέλη του 19^{ου} και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα παρατηρήθηκε μια αλλαγή των τάσεων στις δυτικές κοινωνίες. Υπήρχε μικρότερη ζήτηση για παιδική εργασία, αυξημένη έμφαση στην εκπαίδευση και μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο η

κοινωνία αντιμετώπιζε πλέον την παιδική ηλικία. Η μικρότερη ζήτηση για παιδική-εφηβική εργασία ήταν συνέπεια κυρίως της βιομηχανοποίησης, η οποία αύξησε την ανάγκη για εξειδικευμένους τεχνίτες/εργάτες, ενώ το μεταναστευτικό κίνημα κάλυπτε τις ανάγκες του μη εξειδικευμένου προσωπικού. Η μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση ήταν αποτέλεσμα της καλύτερης οικονομικής κατάστασης των οικογενειών -τόσο των μεσοαστικών όσο και των αγροτικών- και του ότι η εκπαίδευση πλέον θεωρείται κλειδί για επαγγελματική επιτυχία.

Ιστορικά όμως η επίδραση της κοινωνίας στην εμπειρία της εφηβείας δεν ήταν πάντα αποδεκτή.

Ο πρώτος που θεωρείται ότι τοποθέτησε την εφηβεία ως στάδιο ανάπτυξης είναι ο ψυχολόγος Stanley Hall (1844-1924) ο οποίος στην μελέτη του "Adolescence" (1904), περιέγραψε αυτή τη συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο, που τώρα ορίζεται ως εφηβεία. Ο Hall διαμόρφωσε μια ψυχολογία εφηβείας και χρησιμοποίησε επιστημονικές μεθόδους παρατήρησης. Καθόρισε την περίοδο αυτήν να ξεκινά στα 12-13 χρόνια ζωής και να τελειώνει αργά περίπου στα 22-25 χρόνια. Ο Hall περιέγραψε την εφηβεία ως μια περίοδο «θύελλας και άγχους» ("sturm und drang"- "storm and stress"). Στη γερμανική λογοτεχνία η περίοδος του "sturm und drang", περιλαμβάνει έργα του Schiller και του Goethe. Ήταν ένα λογοτεχνικό κίνημα γεμάτο ιδεαλισμό, αφοσίωση στο στόχο, αντίσταση στο «παλιό», έκφραση προσωπικών συναισθημάτων, πάθους και δυστυχίας. Ο Hall διέκρινε μια αναλογία μεταξύ των χαρακτηριστικών αυτών των νέων συγγραφέων του τέλους του 18^{ου} αιώνα και των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των εφήβων (1,2,3).

Ο Hall υποστήριξε, ότι η ατομική εξέλιξη (οντογένεση) εμπεριέχει ή αποτελεί ανακεφαλαίωση της εξέλιξης του ανθρώπινου είδους (φυλογένεση), με το στάδιο της εφηβείας να αντανακλά την ταραχώδη μετάβαση του ανθρώπινου είδους από τη βαρβαρότητα στον πολιτισμό. Η θεωρία του Hall βασίζεται στη βιολογική εξέλιξη, η οποία επηρεάζεται μόνο από βιολογικές παραμέτρους και καθόλου από κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες. Ο έφηβος του Hall είναι μια ψυχή, που αναστατώνει και αναστατώνεται και τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να ανακουφιστεί ο πόνος του ίδιου του έφηβου, αλλά και ο πόνος που προκαλεί στους άλλους (2,3).

Η ψυχαναλυτική θεωρία του Sigmund Freud (1937), λίγο αργότερα υποστήριξε την αναστάτωση στην εφηβεία, την οποία θεωρεί αναπόφευκτη και την αποδίδει στην έξαρση των ενστίκτων, λόγω του βιολογικού δεδομένου της ήβης. Η έξαρση

των ενστίκτων διαταράσσει τη ψυχική ισορροπία της παιδικής ηλικίας, προκαλεί εσωτερική αναταραχή, που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται ευάλωτο (1,2,3). Στην πορεία προς την ανεξαρτησία και τη διαμόρφωση υγιών σεξουαλικών σχέσεων, η συναισθηματική εξάρτηση από τους γονείς πρέπει να διακοπεί με σύγκρουση. Οι διάδοχοι του Freud διαφοροποιήθηκαν ως προς την αιτία, αλλά όχι ως προς το αναπόφευκτο της αναστάτωσης.

Ακόμη και ο Erik Erikson, ο οποίος έλαβε υπόψη και τη σημασία του ιστορικού και πολιτισμικού πλαισίου, αλλά και της υγιούς προσωπικότητας, θεώρησε ότι οι βιολογικές αλλαγές στην ήβη είναι η αιτία της ψυχολογικής κρίσης στην εφηβεία (3).

Οι ανθρωπολόγοι Margaret Mead (1928/1978) και Ruth Benedict (1934) θεώρησαν ότι η αναστάτωση στην εφηβεία είναι ένα πολιτισμικό φαινόμενο και την απέδωσαν στη διαφοροποίηση των ρόλων και των υποχρεώσεων, καθώς το άτομο μετακινείται από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και προς την ενήλικη ζωή. Θεωρούν ότι οι κοινωνίες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους στον τρόπο με τον οποίο τοποθετούνται και αντιμετωπίζουν την εφηβεία. Η εφηβεία αποτελεί κυρίως μια πολιτισμικά εξαρτώμενη εμπειρία, αγχωτική και δύσκολη στις κοινωνίες που την αντιμετωπίζουν με αυτόν τον τρόπο και ήρεμη και γαλήνια στις κοινωνίες που έχουν μια πιο εναλλακτική οπτική (1,3).

Η θεωρία της υποχρεωτικής μεγάλης εσωτερικής αναστάτωσης και σύγκρουσης με τους γονείς άρχισε να υποχωρεί με την εμφάνιση εμπειρικών μελετών τις δεκαετίες 1960 και 1970, που έδειξαν ότι η πλειονότητα των εφήβων δεν συγκρούεται έντονα με τους γονείς και προσαρμόζεται καλά με τις αλλαγές και τις προκλήσεις της ηλικίας (2). Σύμφωνα όμως με τους θεωρητικούς Karl Mannheim (1952) και James Coleman (1961) οι έφηβοι και οι γονείς μεγαλώνουν σε διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες, με αποτέλεσμα να διαμορφώνουν ένα διαφορετικό σύνολο στάσεων, αξιών και πεποιθήσεων. Ως συνέπεια, πάντα υπάρχει μια αναπόφευκτη ένταση μεταξύ των γενεών που ορίζεται ως διαγενεακό χάσμα (1,2).

Η θεωρία του Hall («θύελλα και άγχος») και η ψυχαναλυτική θεωρία (υποχρεωτικά ταραχώδης περίοδος) διαμόρφωσε και συνεχίζει να επηρεάζει εξαιρετικά τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνία αντιμετωπίζει την περίοδο της εφηβείας και τους εφήβους. Όπως για παράδειγμα συμβαίνει, όταν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλουν και επικεντρώνονται σε ακραίες ή

παραπτωματικές (και αναλογικά πολύ λιγότερο σε θετικές) συμπεριφορές λίγων εφήβων, υπονοώντας ότι τέτοιες συμπεριφορές αναμένονται από τους περισσότερους, αν όχι όλους, τους εφήβους (2). Στις σύγχρονες κοινωνίες οι έφηβοι αποτελούν μια από τις πιο στερεοτυπικά και με προκατάληψη αντιμετωπιζόμενες ομάδες με αποτέλεσμα να είναι και μια από τις πιο παρεξηγημένες ομάδες. Το γεγονός έχει επίπτωση στο τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι έφηβοι από δασκάλους, επαγγελματίες υγείας, γονείς (1).

Οι σύγχρονες θεωρίες για την εφηβεία βασίζονται κυρίως στις παραμέτρους που επηρεάζουν την αλληλεπίδραση του ατόμου και του κοινωνικού, οικονομικού, πολιτισμικού και ιστορικού πλαισίου. Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από αλλαγή και είναι πρόκληση για το ενήλικο περιβάλλον, όμως δεν είναι υποχρεωτικά προβληματική και ταραχώδης, εκτός και αν οι κοινωνικές συνθήκες την εξαναγκάσουν διαφορετικά (3).

3. Υγεία των εφήβων

Για δεκαετίες η εφηβική ηλικία θεωρείτο μια περίοδος χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Σήμερα όμως ένας σημαντικός όγκος βιβλιογραφίας δείχνει ότι σημαντικά προβλήματα υγείας εμφανίζονται κατά την εφηβεία, που μπορούν να επηρεάσουν την τρέχουσα υγεία των εφήβων, αλλά και να έχουν συνέπειες στην ενήλικη ζωή τους (1,2,3,4,5). Κατάθλιψη, άγχος και άλλα ψυχικά προβλήματα, τραυματισμοί, λοιμώδη νοσήματα και παράγοντες κινδύνου, όπως το αλκοόλ, οι μη ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις, η έλλειψη σιδήρου, η μη χρήση αντισυλληπτικών μέτρων, η χρήση ουσιών συμβάλουν στη δημιουργία ενός παγκόσμιου φορτίου νοσηρότητας για τους νέους (1,2,3,6,7,8).

Υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης, με χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και πρώιμα σημεία καρδιαγγειακών νοσημάτων, να εμφανίζονται στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες (6).

Μια συστηματική ανάλυση της εξέλιξης της θνησιμότητας των παιδιών και των νέων σε διάστημα 50 χρόνων έδειξε ότι η θνησιμότητα των εφήβων και των νέων, ανεξαρτήτως αιτιολογίας, μειώθηκε σε μικρότερο ποσοστό σε σχέση με τη μείωση της θνησιμότητας των παιδιών (9).

Επιπρόσθετα, η υγεία των εφήβων φαίνεται να συσχετίζεται ισχυρά με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, στο βαθμό που αυτές επηρεάζουν την προσωπική και οικογενειακή ζωή, τη ζωή της κοινότητας και της χώρας. Η πλειονότητα των παραπόνων σε σχέση με την υγεία (ειδικά μεταξύ των κοριτσιών) αλλά και των προβλημάτων υγείας παρουσιάζονται συχνότερα σε εφήβους που ζουν σε λιγότερο ευνοϊκές κοινωνικές συνθήκες. Οι συγκεκριμένοι έφηβοι εμφανίζονται συστηματικά πιθανότερο να αναφέρουν μέτρια ή κακή υγεία (1,10,11,12,13,14).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, Commission on the Social Determinants of Health) έχει ορίσει ως κοινωνικούς προσδιοριστές για την υγεία «τις συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γερνούν». Αυτές οι συνθήκες διαμορφώνονται από τις οικογένειες και τις κοινότητες, από τη διανομή χρημάτων, ισχύος και παροχών σε παγκόσμιο, εθνικό και τοπικό επίπεδο, ενώ επηρεάζονται από τις εκάστοτε πολιτικές επιλογές. Φαίνεται ότι οι ισχυρότεροι προσδιοριστές της υγείας των εφήβων είναι διαρθρωτικοί παράγοντες, όπως ο εθνικός πλούτος, η ανισότητα των εισοδημάτων,

και η πρόσβαση στην εκπαίδευση. Επιπρόσθετα παράγοντες, που επηρεάζουν με κρίσιμο τρόπο την προοπτική των εφήβων και των νέων ανθρώπων να αναπτυχθούν με υγεία και στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους κατά τη μετάβαση στην ενηλικίωση, αποτελούν οι ασφαλείς και υποστηρικτικές οικογένειες, τα ασφαλή και υποστηρικτικά σχολεία και η θετική επιρροή και υποστήριξη των συνομήλικων (14). Εντυπωσιακή είναι η σταθερή συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής ευμάρειας και της ικανοποίησης από τη ζωή. Οι έφηβοι που προέρχονται από εύπορες οικογένειες είναι ισχυρά πιθανότερο να αναφέρουν πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τη ζωή τους (13,15).

Πολλές μελέτες στη βιβλιογραφία έχουν συσχετίσει την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση με προβλήματα υγείας. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση καθορίζεται από τα υλικά αγαθά (μόρφωση, πλούτος, επάγγελμα) και την υποκειμενική αντίληψη της κοινωνικής βαθμίδας. Τα υλικά αγαθά εξασφαλίζουν πρόσβαση σε προϊόντα και υπηρεσίες, ενώ η κοινωνική βαθμίδα διαμορφώνει την πεποίθηση του ατόμου για την κοινωνική του θέση. Φαίνεται ότι η σχετική θέση στην κοινωνική ιεραρχία (subjective status)¹ είναι σημαντικότερη από την πραγματική κοινωνικοοικονομική θέση. Στους ενήλικες είναι διαπιστωμένο ότι η υποκειμενική εκτίμηση της κοινωνικής τους θέσης συσχετίζεται ισχυρότερα με το επίπεδο υγείας σε σχέση με την πραγματική κοινωνικοοικονομική θέση (15). Η διαπίστωση πως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συσχετίζεται με βελτίωση του επιπέδου υγείας μετά από κάθε μικρή βελτίωση της κοινωνικής θέσης, υποδηλώνει ότι η συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και υγείας δεν αφορά μόνο τις βασικές ανάγκες υγείας, αλλά και κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους που σχετίζονται με τη θέση του ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία (15).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των εφήβων, συνήθως προκύπτει από πληροφορίες που συλλέγονται από τους γονείς ή και τους ίδιους τους εφήβους, σε σχέση με το επίπεδο μόρφωσης των γονέων, το επάγγελμα των γονέων, το εισόδημα ή τον πλούτο της οικογένειας. Η χρήση όμως της γονεϊκής ή οικογενειακής κατάστασης, ως δείκτη για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του εφήβου, μπορεί να είναι προβληματική, υπό την έννοια ότι οι έφηβοι αναπτύσσουν μια υποκειμενική αίσθηση κοινωνικής θέσης, κατά τη διάρκεια της μετάβασης τους από την παιδική ηλικία (η κοινωνικοοικονομική θέση καθορίζεται από την

¹ Η σχετική θέση στην κοινωνική ιεραρχία (subjective status) έχει ορισθεί ως η πεποίθηση του ατόμου σχετικά με την θέση του σε ένα δεδομένο σύστημα ιεραρχίας (Davis, 1956, p.154 in Quon, E. C., & McGrath, J. J. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology* 2014; 33(5), 433-447).

οικογένεια), στην ενηλικίωση (η κοινωνικοοικονομική θέση αυτοπροσδιορίζεται).

Φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ υποκειμενικής αντίληψης της κοινωνικής βαθμίδας των εφήβων και του επιπέδου υγείας τους (15).

Η αντικειμενική και υποκειμενική κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζεται με διαφορετικές επιπτώσεις υγείας. Φαίνεται ότι η υποκειμενική αντίληψη της κοινωνικής βαθμίδας συσχετίζεται ισχυρά με ψυχολογικές διεργασίες, την εκτίμηση του επιπέδου υγείας, την κατάθλιψη, το επίπεδο της ψυχολογικής ευεξίας και γενικά συμπτώματα βιολογικής υγείας (15).

Τα δεδομένα από την Global Burden of Disease Study (2004) και την World Health Report (2006), για τις ηλικίες 10-14 ετών, 15-19 ετών και 20-24 ετών σε παγκόσμιο επίπεδο, έδειξαν ότι μόνο το 3% των θανάτων αφορούσε χώρες υψηλού εισοδήματος, αν και το 11% των νέων ατόμων ζούσε σε αυτές. Η θνησιμότητα των νέων ανθρώπων σε χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος ήταν τετραπλάσια σε σχέση με αυτή των χωρών με υψηλό εισόδημα. Στην Ευρώπη η θνησιμότητα των νέων ανδρών (20-24 ετών), στις χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος είναι πενταπλάσια σε σχέση με τη θνησιμότητα των μικρών εφήβων, με αποτέλεσμα μεγάλη διαφορά σε σχέση με τη θνησιμότητα των νέων γυναικών. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στα τροχαία ατυχήματα, στις αυτοκτονίες και τη βία. Οι ερευνητές θεωρούν ότι το γεγονός αυτό υποδηλώνει μεγάλες αποκλίσεις στο επίπεδο υγείας που χρήζει προσοχή σε επίπεδο δημόσιας υγείας (16).

Η Ελλάδα είναι μια χώρα που η συνεχιζόμενη οικονομική κρίση έχει σημαντικά επηρεάσει την ευεξία των ανθρώπων. Παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση της επίπτωσης της σοβαρής κατάθλιψης, ενώ οι αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί κατά 36% μεταξύ των ετών 2009 και 2011 (17,18). Σημειώνεται ότι η Ελλάδα είχε έναν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονιών παγκόσμια μέχρι το 2009 (17).

Όπως είναι αναμενόμενο η οικονομική κατάσταση των οικογενειών έχει επίπτωση στην υγεία και ευεξία των εφήβων. Η έρευνα HBSC στην Ελλάδα συνέκρινε δεδομένα πριν από την οικονομική κρίση (2006), περίπου στην αρχή της κρίσης (2010) και κατά τη διάρκεια του 2014 και απέδειξε ότι υπάρχει μια σαφής μείωση του ποσοστού των μαθητών που αναφέρουν ικανοποίηση από τη ζωή τους και από τις οικογενειακές σχέσεις (19).

Επιπρόσθετα το κάπνισμα μεταξύ των εφήβων δεν έχει σημαντικά βελτιωθεί, ενώ η χρήση του αλκοόλ και της κάνναβης έχει αυξηθεί στους 15χρονους. Το 40% των μαθητών αναφέρουν ότι βρίσκονται κάτω από πίεση, ότι δεν είναι

ικανοποιημένοι από το σχολείο τους ή από την υποστήριξη των εκπαιδευτικών τους, από τις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, ενώ έχουν χαμηλή σχολική επίδοση και αναφέρουν ότι δέχονται παρενοχλήσεις (bullying) από τους συμμαθητές τους (20).

Οι σεξουαλικές σχέσεις έχουν αυξηθεί στους 15χρονους, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Ένας στους πέντε εφήβους είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Δύο στους πέντε εφήβους αναφέρουν ένα σοβαρό τραυματισμό τον προηγούμενο χρόνο (20).

Η βελτίωση της υγείας των εφήβων προϋποθέτει τη βελτίωση του καθημερινού τρόπου ζωής των εφήβων σε σχέση με την οικογένεια, τους φίλους, το σχολείο, τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου στο κοινωνικό περιβάλλον σε πληθυσμιακό επίπεδο, και αντίστοιχα τον προσδιορισμό και των προστατευτικών -σε σχέση με συγκεκριμένα θέματα υγείας- παραγόντων (14).

Η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας στους εφήβους είναι μία από τις βασικές παραμέτρους της προσπάθειας για τη βελτίωση της υγείας των εφήβων (1,2,22). Φαίνεται όμως ότι πολλές χώρες δεν έχουν καταφέρει να αντιμετωπίσουν (στα πλαίσια των εθνικών συστημάτων υγείας) ανάλογα -με έμφαση στις ανάγκες τους- την υγεία των εφήβων. Η Ελλάδα ανήκει σε αυτές τις χώρες (6,21). Επιπρόσθετα, οι εξελισσόμενες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης επηρεάζουν και τη δυνατότητα για προστασία της υγείας των ανθρώπων και της διαχείρισης των συστημάτων υγείας (23,24). Η αυξημένη προσοχή σε επίπεδο δημόσιας υγείας και η δημιουργία φιλικών προς τους εφήβους μοντέλων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα ωφελούσε την υγεία των εφήβων (1,2,3,6,7,22,25).

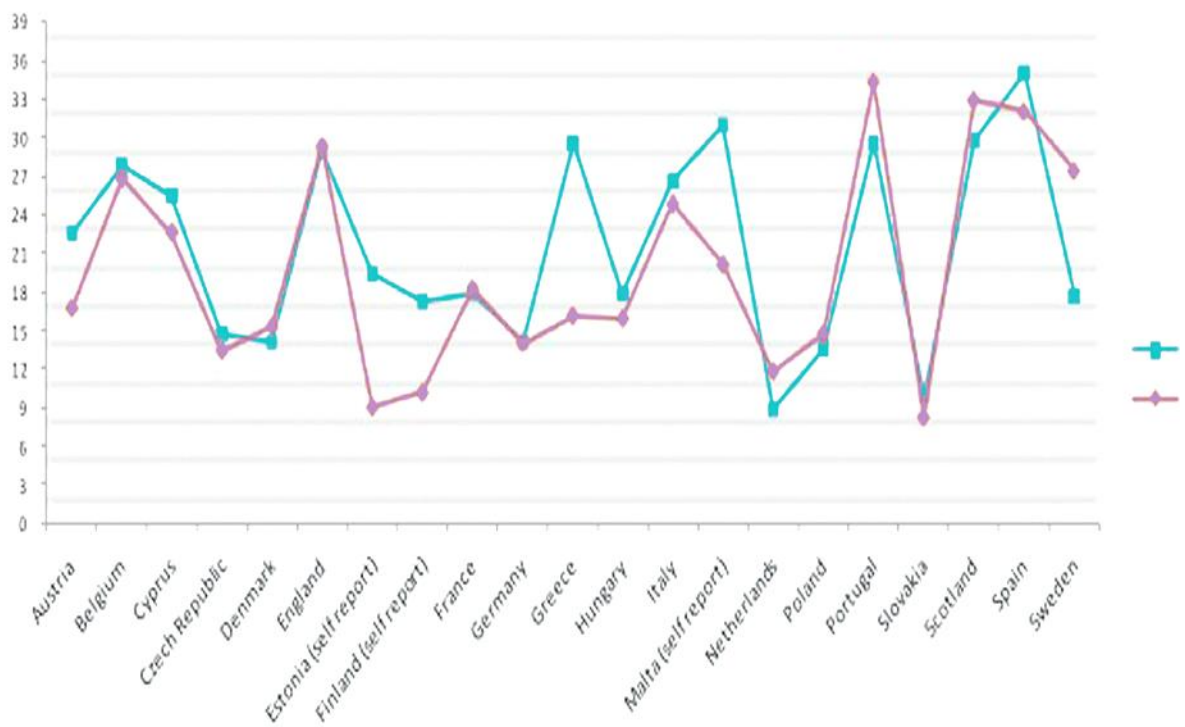
Οι φιλικές προς τους εφήβους δομές υγείας είναι σημαντικές επειδή οι νέοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν εμπόδια, που καθιστούν αδύνατη την πρόσβαση ή τους κάνουν απρόθυμους να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας. Τα εμπόδια συσχετίζονται με την πρόσβαση, τη διαθεσιμότητα, την αποδοχή και την ισότιμη αντιμετώπιση (equity) -συμπεριλαμβανομένων και των διαφορών/ανισοτήτων μεταξύ των δύο φύλων- των υπηρεσιών υγείας. Ενώ συνυπάρχουν και θέματα όπως η συμμετοχή των νέων, η συγκατάθεση και η εμπιστευτικότητα, η ιδιωτικότητα και η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (22,23,26).

Η βελτίωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα επιτρέψει στους νέους ανθρώπους να εμπλακούν στα θέματα της υγείας τους με αποτέλεσμα άμεσα και απώτερα οφέλη για την υγεία τους (1,2,14,22,25,27). Σύμφωνα με τους Kang and al (2006) η βελτίωση της πρόσβασης και της ποιότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας για νέους βασίζεται σε επτά αρχές. Σε αυτές

συμπεριλαμβάνονται η διευκόλυνση της πρόσβασης (access facilitation), η πρακτική που βασίζεται σε ερευνητικά δεδομένα (evidence-based practice), η συμμετοχή των νέων ατόμων (youth participation), η συνεργασία (collaboration), η επαγγελματική εξέλιξη/εκπαίδευση (professional development), η βιωσιμότητα (sustainability) και η αξιολόγηση (evaluation) (28).

3.1 Παχυσαρκία

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η υπερβαρία/παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας για τα παιδιά και τους εφήβους σε όλον σχεδόν τον κόσμο, καθώς το ποσοστό της έχει υπερδιπλασιαστεί τις τελευταίες δεκαετίες. Η αύξηση παρουσιάζει διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, πολιτισμικών συνηθειών και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (1).



(Διάγραμμα 1): Overweight in 5 to 17* yrs children and adolescent in 21 European countries, several years of date collection* Source: International Association for the Study of Obesity, 2007 * Age range and year of data may differ. Not all the figures are based on national representative studies. (2)

Οι νότιες χώρες της Ευρώπης και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν υψηλότερους ρυθμούς αύξησης από αυτές της κεντρικής, βόρειας και ανατολικής Ευρώπης, ενώ οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών παρατηρούνται στην Εσθονία, στη Φινλανδία, στη Μάλτα, στην Ελλάδα και στη

Σουηδία (Διάγραμμα 1).

Οι βιολογικοί παράγοντες (ορμόνες φύλου) και οι κοινωνικές παράμετροι (ισχύοντα πρότυπα για κάθε φύλο) αλληλεπιδρούν και διαφοροποιούν τις συμπεριφορές υγείας των δύο φύλων. Σημειώνεται όμως, ότι ενώ οι βιολογικοί παράγοντες είναι κοινοί στους διάφορους πληθυσμούς, οι κοινωνικοί παράγοντες διαφέρουν, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη στο σχεδιασμό πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης (2).

Σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που αφορούσε 52 μελέτες από 25 διαφορετικές χώρες, που μετρούσαν την επίπτωση της παχυσαρκίας από το 1999 έως 2010, μια τάση σταθεροποίησης της κατάστασης φαίνεται να αναγνωρίζεται στην Αυστραλία, στην Ευρώπη, στην Ιαπωνία και στις ΗΠΑ. Αυτό δεν σημαίνει πως κατά περίπτωση δεν εμφανίζονται και αυξητικές τάσεις ή πως η παχυσαρκία δεν συνεχίζει να αποτελεί μείζον θέμα δημόσιας υγείας (3). Ακόμη και με το δεδομένο της σταθεροποίησης, η επίπτωση της παχυσαρκίας σε πολλές χώρες ιδιαίτερα υψηλού εισοδήματος, παραμένει ιστορικά υψηλή με κίνδυνο να επιβαρύνει μελλοντικά σημαντικά τα εθνικά συστήματα υγείας (4).

Η παχυσαρκία και η αναστολή της αύξησης ως αποτέλεσμα της χρόνιας υποθρεψίας, φαίνεται ότι σε κάποιες περιπτώσεις συνυπάρχουν και μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της παχυσαρκίας σε άτομα με αναστολή της αύξησης, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση του Barker για αυξημένη πιθανότητα χρόνιων νοσημάτων σε άτομα που έχουν υποστεί χρόνια υποθρεψία στα πρώτα χρόνια ζωής. Σε φτωχές αστικές περιοχές της Βραζιλίας για παράδειγμα, βρέθηκε ότι παχυσαρκία συσχετιζόμενη με αναστολή της αύξησης ήταν συχνότερη από την παχυσαρκία χωρίς αναστολή της αύξησης, τόσο στα μικρά παιδιά όσο και στους εφήβους (1).

Η διαπίστωση της συνύπαρξης χαμηλού ύψους και στασιμότητας της αύξησης με την παχυσαρκία/υπερβαρία παρατηρείται σε χώρες χαμηλού, μέσου αλλά και υψηλού εισοδήματος. Στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώνεται μια σταθερή αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας σε παιδιά που ζουν σε συνθήκες στέρησης. Τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν ταυτόχρονη μείωση στο ύψος, με τις χειρότερες συνθήκες στέρησης να συσχετίζονται με μεγαλύτερη μείωση του ύψους (4). Σε τέτοιες περιπτώσεις το σχετικά αυξημένο βάρος, που παρατηρείται λόγω του χαμηλού ύψους δεν αντιστοιχεί σε αυξημένη εναπόθεση λίπους και επιβάλλεται προσεκτική ερμηνεία (1). Οι όποιες σχεδιαζόμενες παρεμβάσεις πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις πραγματικές διαιτητικές συνήθειες και δυνατότητες που

υπάρχουν κατά περίπτωση.

Η υγιεινή διατροφή αποτελεί προϋπόθεση για την εξασφάλιση καλής υγείας και στην εφηβεία η ανάγκη για αυξημένη προσοχή στη διατροφή είναι αυξημένη, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της ηλικίας, όπως είναι οι αυξημένες διατροφικές απαιτήσεις λόγω της γρήγορης αύξησης του σώματος, της υιοθέτησης διατροφικών συνηθειών και προτιμήσεων, της τάσης των εφήβων για πειραματισμούς και της αυξημένης επιδεκτικότητας σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα (1).

Σε όλη τη διάρκεια της βρεφικής παιδικής και εφηβικής ηλικίας, η διατροφή είναι εξαιρετικά σημαντική για την αύξηση και την ανάπτυξη. Οι υψηλότερες όμως θρεπτικές ανάγκες παρατηρούνται στην εφηβεία. Περίπου το 45% της σκελετικής αύξησης και το 15-25% του τελικού ενήλικου ύψους αποκτάται κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Κατά τη διάρκεια της γρήγορης αύξησης (growth spurt), μπορεί να συγκεντρωθεί μέχρι και το 37% της συνολικής οστικής μάζας (1).

Η υιοθέτηση όμως μη υγιεινών διατροφικών συνηθειών, τόσο θερμιδικά όσο και θρεπτικά, μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση παχυσαρκίας που συσχετίζεται με κινδύνους για την υγεία, με νοσήματα, και με αυξημένη πιθανότητα ενήλικης παχυσαρκίας, η οποία έχει συνακόλουθες επιπτώσεις στη θνησιμότητα και τη θνητότητα. Τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να παρουσιάζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αυξημένους παράγοντες κινδύνου για καρδιοαγγειακή νόσο, παθολογικό μεταβολισμό γλυκόζης, προβλήματα από το ήπαρ και το πεπτικό σύστημα, άπνοια ύπνου (παιδιά) και ορθοπεδικά προβλήματα (1,2,4,5,6).

Οι μεταβολικές συνέπειες της παχυσαρκίας είναι σημαντικές. Η παχυσαρκία και το αυξημένο σπλαγχνικό λίπος φαίνεται ότι προκαλούν έλλειψη σιδήρου και σιδηροπενική αναιμία στους εφήβους. Αυτό συσχετίζεται θετικά και με τα δύο φύλα. Αυτό δείχνει μελέτη από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο που αποδίδει την έλλειψη σιδήρου στη χρόνια φλεγμονή που προκαλεί η αυξημένη εναπόθεση λίπους (όπως ενδεχομένως δείχνει και η αύξηση της φερριτίνης που κατέγραψαν, η οποία είναι πρωτεΐνη οξείας φάσης) (7).

Η ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου του Yale, έδειξε ότι η παχυσαρκία επηρεάζει τον μεταβολισμό της γλυκόζης, που εμφανίζεται ως επηρεασμένη ανοχή γλυκόζης (impaired glucose tolerance (IGT)). Η IGT χαρακτηρίζεται από εκσεσημασμένη περιφερική ανοχή στην ινσουλίνη και σχετικά μειωμένη λειτουργία των β-κυττάρων. Η μελέτη έδειξε ότι αυτό εμφανίζεται νωρίς στη ζωή των παχύσαρκων εφήβων. Δισλιπιδαιμίες και υπέρταση συνοδεύουν επίσης τον/την

παχύσαρκο έφηβο, όπως και η χρόνια ήπια φλεγμονή των ιστών. Μακροπρόθεσμη συνέπεια για την ενήλικη ζωή, τα καρδιοαγγειακά νοσήματα και η ηπατοπάθεια (8,9).

Η ισχαιμική καρδιακή νόσος, τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια και ο σακχαρώδης διαβήτης συσχετίζονται με παράγοντες κινδύνου, όπως η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα, με παχυσαρκία και υπερβαρία (2).

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η συσχέτιση μεταξύ αρτηριοσκλήρυνσης και δείκτη μάζας σώματος (BMI) παραμένει σταθερή σε ένα ηλικιακό εύρος από τα 10 έως τα 86 χρόνια ζωής, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (2).

Παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία φαίνεται ότι είναι και η μικρή διάρκεια του ύπνου. Υπάρχει αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ διάρκειας ύπνου και BMI. Τα άτομα με μικρή διάρκεια ύπνου έχουν διπλάσιες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα/παχύσαρκα (10).

Η παχυσαρκία στην εφηβεία είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, η οποία έχει συσχετισθεί με την κατάθλιψη, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης στην εφηβεία και αυξημένου BMI στην ενήλικη ζωή. Οι καταθλιπτικοί έφηβοι έχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση παχυσαρκίας που τείνει να επιμένει και στην ενήλικη ζωή (1,2,11,12). Φαίνεται ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παχυσαρκίας που είναι ισχυρότερη στα έφηβα κορίτσια (2,12,13).

Τα παιδιά με υπερβαρία/παχυσαρκία έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αντιμετωπίζουν σημαντικό βαθμού κοινωνικές διακρίσεις, που με τη σειρά τους συσχετίζονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη, με χαμηλή σχολική επίδοση και παραγωγικότητα (2,4). Επιπρόσθετα φαίνεται ότι η παχυσαρκία/υπερβαρία αυξάνει την πιθανότητα για εμπλοκή σε σχολικό εκφοβισμό (bullying), τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια (2). Σχετική μελέτη έγινε στην νοτιοδυτική Αγγλία με στόχο να διερευνηθεί αν το σωματικό βάρος προδιαθέτει σε εμπλοκή σε σχολικό εκφοβισμό. Μετά τη στατιστική διόρθωση για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων, βρέθηκε ότι τα παχύσαρκα αγόρια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από τα συνομήλικα τους φυσιολογικού βάρους αγόρια, να εμπλακούν σε επεισόδιο σχολικού εκφοβισμού, είτε ως «θύτες» (η σωματοδομή τους υπερέχει των συνομήλικων) είτε ως «θύματα». Τα παχύσαρκα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη

πιθανότητα να είναι «θύματα». Στην προεφηβεία τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια είναι πιθανό να είναι «θύματα», επειδή η εμφάνιση τους αποκλίνει από την επικρατούσα τάση για ιδανική εμφάνιση (14).

Στην Ελλάδα η παχυσαρκία δεν αποτελεί μικρό πρόβλημα. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε για να περιγράψει τους υπέρβαρους και παχύσαρκους εφήβους και να διερευνήσει τυχόν συσχετίσεις μεταξύ του BMI των εφήβων και της ηλικίας, του φύλου, των συνηθειών ζωής (αθλητική δραστηριότητα, καθιστικές συνήθειες, κάπνισμα) και των γονεϊκών χαρακτηριστικών (κάπνισμα, BMI, αριθμός αυτοκινητών) έδειξε ότι 1 στα 5 (19.2%) αγόρια και 1 in 7 (13.2%) κορίτσια ηλικίας 12-17 ετών ήταν υπέρβαρα, ενώ 4.4% των αγοριών και 1.7% των κοριτσιών ήταν παχύσαρκα. Η ηλικία, το αυξημένο BMI των γονέων και το κάπνισμα της μητέρας συσχετίζονται θετικά με αυξημένο BMI στους εφήβους και στα δύο φύλα, ενώ η αύξηση του BMI συσχετίζεται αρνητικά με την άθληση για > ή = 5 ώρες/εβδομάδα και στα δύο φύλα (15). Θετικά επίσης συσχετίζεται με το αυξημένο βάρος και η υπερβολική/προβληματική χρήση το διαδικτύου (ιδιαίτερα στα αγόρια), όπως φάνηκε σε μελέτη που έγινε σε εφήβους εφτά ευρωπαϊκών χωρών, με την Ελλάδα να κατέχει την πρώτη θέση σε ποσοστά υπερβαρίας/παχυσαρκίας (16).

Σε μελέτη που έγινε στην Πάτρα σε παιδιά ηλικίας 10-13 χρονών, τα υπέρβαρα παιδιά ήταν το 32% και τα παχύσαρκα το 10,5% των παιδιών. Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η παχυσαρκία των γονέων συσχετίζονται θετικά με το αυξημένο βάρος του παιδιού, όπως και οι συνήθειες του παιδιού δηλαδή ο χρόνος που περνάει μπροστά στην τηλεόραση και ο τρόπος που περνάει τον ελεύθερο χρόνο του (16,17).

Σε πανελλαδικό δείγμα 2842 εφήβων ηλικίας 18 ετών (2001), το ποσοστό υπερβαρίας /παχυσαρκίας ήταν 15,1%, με τα αγόρια να υπερέχουν με στατιστικά σημαντική διαφορά (18).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της HBSC (2011) έρευνας, λίγο περισσότεροι από τους μισούς εφήβους έχουν κανονικό βάρος για την ηλικία και το φύλο τους, ένας στους 5 εφήβους είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος, ενώ 1 στους 4 έχει βάρος μικρότερο του ενδεδειγμένου. Ένας στους 4 εφήβους θεωρεί το σώμα του παχύ, κυρίως τα κορίτσια και οι 15χρονοι μαθητές. Όσο μεγαλώνουν τα κορίτσια αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός όσων αντιλαμβάνονται το σώμα τους ως παχύ. Τρία στα 5 κορίτσια που θεωρούν το σώμα τους παχύ, έχουν φυσιολογικό ή χαμηλότερο του φυσιολογικού βάρος βάσει του ΔΜΣ. Αντίθετα, το 17,2% των αγοριών που

θεωρούν το σώμα τους αδύνατο ή κανονικό, είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σύμφωνα με τον ΔΜΣ. Ένας στους 6 εφήβους κάνει δίαιτα, κυρίως τα κορίτσια και οι 15χρονοι μαθητές, ενώ 1 στους 4 δεν κάνει μεν δίαιτα, αλλά θεωρεί πως θα έπρεπε να αδυνατίσει. Μεταξύ όσων κοριτσιών κάνουν δίαιτα ή αυτών που θεωρούν ότι θα έπρεπε να κάνουν δίαιτα για να χάσουν κιλά, η πλειονότητα (7 στα 10) έχουν φυσιολογικό ή χαμηλότερο του φυσιολογικού βάρος σύμφωνα με τον ΔΜΣ (19).

Φαίνεται ότι οι έφηβοι που έχουν κακή εικόνα για το σώμα τους εμφανίζουν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σχέση με εκείνους που έχουν μέτρια ή καλή εικόνα για το σώμα τους. Η παραπάνω συσχέτιση βρέθηκε να ισχύει και για τα δύο φύλα, και στις τρεις ηλικιακές ομάδες, αλλά φαίνεται να είναι περισσότερο ισχυρή στην περίπτωση των κοριτσιών (20). Τα έφηβα αγόρια φαίνεται ότι ικανοποιούνται πιο πολύ από την εικόνα του σώματος τους από τα συνομήλικα τους κορίτσια. Αυτό φάνηκε και από μελέτη 2489 κοριτσιών και 2152 αγοριών στην οποία συμπεριελήφθησαν και Έλληνες έφηβοι, αλλά και έφηβοι από την Αυστραλία, τα νησιά Φίτζι, τη Μαλαισία, την Κίνα, τη Χιλή, τα νησιά Τόγκα, ιθαγενείς Τόγκα που ζουν στην Νέα Ζηλανδία. Η στάση απέναντι σε μεγαλύτερο βάρος σώματος και στο μεγαλύτερο σώμα διαφέρει στις διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες (21).

Η πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πολυεπίπεδη και πολυπαραγοντική, εφόσον είναι διαπιστωμένο ότι το ευρύτερο περιβάλλον και οι κοινωνικές συνθήκες σχετίζονται ισχυρά με αυτήν. Φαίνεται ότι η επιλογή της τροφής συσχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις πολιτισμικές συνήθειες, ενώ για τους εφήβους ισχυρή παράμετρος είναι η γεύση. Οι πληροφορίες και οι γνώσεις για τη διατροφή δεν είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για τις διαιτητικές συνήθειες, ενώ η σχετική επίδραση της οικογένειας και των συνομηλίκων μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο (1).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, τα συστήματα και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν σημαντικά να συμβάλλουν στην ευρύτερη προσπάθεια διαμόρφωσης υγιεινών διατροφικών συνηθειών (22, 23).

Η εκτίμηση του αυξημένου βάρους σώματος γίνεται με τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (BMI). Τα σημαντικά πλεονεκτήματα του BMI είναι ότι είναι ένα μέγεθος πρακτικό, αντικειμενικό και παρέχει μια συνέχεια στην

παρακολούθηση και στην ενήλικη ζωή (5,6). Οι επαγγελματίες υγείας, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας παιδιατρικής παρακολούθησης, οφείλουν να αξιολογούν έγκαιρα τον αυξημένο δείκτη μάζας σώματος. Ο δείκτης μάζας σώματος πρέπει να υπολογίζεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο και η αξιολόγηση του να συμπεριλαμβάνει δεδομένα όπως τη διαχρονική αύξηση του σώματος, τους παράγοντες κινδύνου, τις συνήθειες διατροφής και φυσικής άσκησης.

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαθέτουν υλικό αγωγής υγείας για την πρόληψη της παχυσαρκίας και να προτείνουν τρόπους αντιμετώπισης του αυξημένου βάρους στα παιδιά και τους εφήβους. Αυτοί περιλαμβάνουν αφενός τεχνικές προσέγγισης του παιδιού/εφήβου και της οικογένειας με στόχο την αναγνώριση του προβλήματος και τη διαμόρφωση κινήτρου για την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς, αλλά και συγκεκριμένες οδηγίες διατροφής και φυσικής δραστηριότητας με στόχο τη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και των υγιεινών συνηθειών (22,24,25). Υπάρχει περιορισμένη βιβλιογραφία σε σχέση με την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων σε κλινικό επίπεδο, και είναι απαραίτητη περαιτέρω έρευνα και αξιολόγηση τους, ώστε να εφαρμόζονται ευρέως (6). Οι περισσότερες παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον (4).

Φαίνεται ότι οι πιο βιώσιμες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις είναι αυτές που υιοθετούν ποικίλες στρατηγικές, εφαρμόζονται στο σπίτι και στο σχολείο, επικεντρώνονται στα γεύματα, στις δραστηριότητες μέσα στην τάξη, στα αθλήματα, στο παιχνίδι και συμπεριλαμβάνουν και κοινοτική συμμετοχή. Δηλαδή την προσπάθεια το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού/εφήβου να προάγει την υγιεινή συμπεριφορά, ώστε τελικά να αυξηθεί η πιθανότητα η συμπεριφορά να υιοθετηθεί. Επισημαίνεται ότι ο στόχος δεν είναι η μείωση του βάρους ή του BMI, αλλά η υγιής ανάπτυξη, που συμπεριλαμβάνει την αύξηση του ύψους και της μυϊκής μάζας. Ο στόχος δεν είναι ο περιορισμός αλλά η προαγωγή της υγείας, η ενθάρρυνση για υγιεινή διατροφή και η πρόληψη της -για οποιονδήποτε αιτία- «φτωχής» διατροφής (4).

3.2 Ακούσιοι τραυματισμοί

Οι ακούσιοι τραυματισμοί αποτελούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας και θνητότητας στις ηλικίες από 4-18 ετών, με κυρίαρχες αιτίες τα τροχαία, τους πνιγμούς, τα εγκαύματα από φωτιά και τις πτώσεις (1,2,3,4,5,6). Μπορούν να

καταλήξουν σε σοβαρό τραυματισμό και αναπηρία ή θάνατο.

Οι τραυματισμοί των αγοριών είναι διπλάσιοι από των κοριτσιών, ενώ διαφορές στη συχνότητα υπάρχουν και μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών ομάδων (1,2,3,7). Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (που αφορούσε προοπτικές μελέτες κοόρτης, που κατέγραφαν ακούσιους τραυματισμούς σε υγιή παιδιά και εφήβους, στις ηλικίες 5-18 ετών), το ανδρικό φύλο, τα ψυχολογικά προβλήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς, οι συμπεριφορές αυξημένης επικινδυνότητας, η ύπαρξη μεγάλου αριθμού αδερφών και η νεαρή ηλικία της μητέρας σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα τραυματισμού (2,4).

Οι τραυματισμοί και οι επιπτώσεις στην υγεία που προκύπτουν ως συνέπεια των επικίνδυνων -με ρίσκο- συμπεριφορών συσχετίζονται με το περιβάλλον στο οποίο οι έφηβοι ζουν, εργάζονται και παίζουν και αποτελούν ένα από τα κορυφαία ζητήματα δημόσιας υγείας (1,2,4,8,9,10). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 το 2015, τα ατυχήματα ήταν η πιο συχνή αιτία θανάτου, υπεύθυνα για έναν στους έξι θανάτους ατόμων ηλικίας 1-34 ετών με το ποσοστό να αγγίζει την υψηλότερη τιμή του, το 35,6% (2 στους 5) στις ηλικίες 15-19, ποσοστό πενταπλάσιο από αυτό της προηγούμενης ηλικιακής ομάδας 10-14 ετών. Το γεγονός αυτό οφείλεται κυρίως στα τροχαία ατυχήματα, στα οποία οφείλεται το ¼ των θανάτων στις ηλικίες 15-19 ετών (10).

Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ περισσότεροι έφηβοι ηλικίας 10-19 ετών πεθαίνουν μετά από τραυματισμό, παρά από όλες τις άλλες αιτίες θανάτου συνολικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό τραυματισμών οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Άλλες αιτίες αποτελούν ο πνιγμός, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Η χρήση αλκοόλ και η ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ αποτελούν σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα. Ο χώρος του σχολείου, οι αθλητικοί χώροι και οι χώροι εργασίας είναι οι πιο συνηθισμένοι χώροι στους οποίους συμβαίνουν ατυχήματα στους εφήβους (1,7,12,13).

Τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες καταγράφηκε μείωση των θανατηφόρων τραυματισμών στην παιδική και εφηβική ηλικία. Παραμένει όμως το ερώτημα αν το φαινόμενο αφορά όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, επειδή έχουν διαπιστωθεί διαφορές στους τραυματισμούς και στην πιθανότητα τραυματισμού μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών ομάδων (4,11). Φαίνεται πάντως ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με

αυξημένη πιθανότητα τραυματισμού, με σημαντικές όμως διαφοροποιήσεις όσον αφορά το είδος του τραυματισμού, τις αιτίες, το περιβάλλον, τις διαφορετικές χώρες. Έτσι η πρόληψη δεν πρέπει να έχει στόχο μόνο τους άμεσους παράγοντες κινδύνου για πρόκληση ατυχήματος, αλλά και τους παράγοντες κινδύνου που οφείλονται στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι οικογένειες με χαμηλό εισόδημα μπορεί να μην μπορούν να προμηθευτούν προστατευτικό εξοπλισμό (π.χ. κράνη κλπ.), αλλά μπορεί και να χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή γονεϊκή επίβλεψη, ή έλλειμμα στη σχετική με την ασφάλεια αγωγή των παιδιών τους κλπ., μηχανισμοί απαραίτητοι για την πρόληψη των τραυματισμών (6). Σύμφωνα με μελέτη στη Σουηδία (2002), που αφορούσε παιδιά και εφήβους με ηλικία μικρότερη των 20 χρόνων, που έμεναν στη Σουηδία μεταξύ 1990 και 1994 (περίπου 2,6 εκατομμύρια), οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές σχετίζονται με την επίπτωση και το είδος του τραυματισμού. Έτσι οι πιο σημαντικές κοινωνικοοικονομικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ των εφήβων 15-19 ετών, όσον αφορά τα τροχαία ατυχήματα και σχετικά σημαντικές κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ εφήβων κοριτσιών 15-19 ετών, όσον αφορά όμως τους εκούσιους τραυματισμούς. Οι κοινωνικές συνθήκες του νοικοκυριού σχετίζονται με τους εκούσιους και όχι με τους ακούσιους τραυματισμούς (11).

Οι τραυματισμοί των εφήβων προκύπτουν από πράξεις των οποίων οι συνέπειες μπορούν και να προβλεφθούν και να προληφθούν. Στόχος της δημόσιας υγείας θα μπορούσε να αποτελεί η ανάπτυξη δεξιοτήτων στους εφήβους, ώστε να μπορούν να αξιολογούν τη σοβαρότητα του κινδύνου και να μπορούν να διαχωρίζουν μεταξύ ασφαλών και μη ασφαλών συμπεριφορών. Η πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος είναι πολυεπίπεδη. Θεωρείται καταρχήν σημαντικό σε επίπεδο πρόληψης να διερευνηθούν συστηματικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα, τη σοβαρότητα και τις συνέπειες των τραυματισμών, το οικονομικό κόστος για τα συστήματα υγείας, αλλά και να γίνουν συστηματικές αξιολογήσεις των προγραμμάτων και των τρεχουσών πολιτικών, ως προς το κόστος και την αποτελεσματικότητα (14,15). Έτσι σε συστηματική ανασκόπηση μελετών με στόχο την επισήμανση ατομικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων, που συσχετίζονται με τραυματισμό με ποδήλατο παιδιών και εφήβων, αποτυπώθηκε ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το ποδήλατο στο δρόμο, το ποδήλατο σε αγροτικές περιοχές και το ποδήλατο πάνω στο πεζοδρόμιο αυξάνουν την πιθανότητα τραυματισμού. Είναι ενδιαφέρουσα η διαπίστωση ότι η εκπαίδευση για

την ασφαλή χρήση ποδήλατου δεν μείωσε την πιθανότητα του κινδύνου τραυματισμού (16).

Η αξιολόγηση από την Cochrane Database of systematic reviews 27 δημοσιευμένων μελετών, που αφορούσαν παρεμβάσεις σε σχολεία των ΗΠΑ, της Κίνας, της Αυστραλίας, του Καναδά, της Ολλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ελλάδας, του Ισραήλ και της Βραζιλίας, με στόχο την πρόληψη των τραυματισμών, έδειξε ανεπαρκή στοιχεία αποτελεσματικότητας. Υπάρχουν όμως κάποιες ενδείξεις ότι αυτά τα προγράμματα βελτιώνουν τις δεξιότητες ασφάλειας, τις γνώσεις, τη συμπεριφορά και τις σχετικές πρακτικές. Χρειάζονται όμως μελέτες υψηλής ποιότητας ώστε να είναι εφικτή η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που έχουν στόχο τη μείωση των τραυματισμών (5).

Η πρόληψη και ο έλεγχος των τραυματισμών εξαρτάται σημαντικά από τον ποιοτικό σχεδιασμό και τη συνεργασία των επιδημιολόγων και των επιστημόνων σε άλλα πεδία, όπως τις συμπεριφορικές επιστήμες, την κοινωνιολογία, την εγκληματολογία, τη νομοθεσία, τη μηχανική (13,14,17). Ειδικότερα ο καθορισμός με επιδημιολογικές μελέτες του είδους και της συχνότητας των τραυματισμών ανά ηλικία και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, μπορεί να κατευθύνει αποτελεσματικότερα τις σχετικές παρεμβάσεις και τα προγράμματα πρόληψης από υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας (13).

Η ολοκληρωμένη προσέγγιση περιλαμβάνει τη νομοθεσία, την εκπαίδευση των εφήβων και την ανάπτυξη σχετικών δεξιοτήτων, τον σχεδιασμό δράσεων που στοχεύουν την οικογένεια, το σχολείο, τους αθλητικούς χώρους, την κοινότητα, τους χώρους εργασίας, αλλά και την χωρίς εξαιρέσεις εφαρμογή όλων των απαραίτητων μέτρων πρόληψης και προστασίας, τόσο των ατομικών, όσο και των περιβαλλοντικών/κτιριακών. Η εφαρμογή των γνωστών και αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης, όπως η χρήση ζωνών ασφαλείας, η χρήση κράνους σε ποδήλατα και μηχανές, η εγκατάσταση ανιχνευτών καπνού σε περίπτωση πυρκαγιάς, η μείωση της χρήσης και κατάχρησης του αλκοόλ, η αυστηρή τήρηση των κανόνων και προϋποθέσεων οδήγησης, η χρήση προστατευτικού εξοπλισμού στα αθλήματα και στις δραστηριότητες αναψυχής μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της γνώσης και στη μείωση των τραυματισμών (1,3,8,18,19).

3.3 Κάπνισμα

Οι σοβαρές επιπτώσεις του καπνού στην υγεία έχουν διαπιστωθεί εδώ και δεκαετίες. Υπολογίζεται ότι στον 21^ο αιώνα 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν εξαιτίας των συνεπειών του καπνίσματος (1). Η θνησιμότητα μεταξύ των καπνιστών είναι 2-3 φορές υψηλότερη σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ έχει υπολογιστεί ότι το κάπνισμα προκαλεί απώλεια 10 χρόνων ζωής (1).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την «Έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών», που διεξάγεται στο πλαίσιο του διεθνούς προγράμματος “Health Behaviour in School Aged Children”(HBSC/WHO, 2010), δύο στους πέντε 15χρονους εφήβους (42,1%), έχουν καπνίσει τσιγάρο τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους και ένας στους δέκα (10,2%) καπνίζει καθημερινά με την πλειονότητα αυτών να καπνίζουν τουλάχιστον 6 τσιγάρα. Αν και διαχρονικά από το 1998 στο 2010 παρατηρείται μια τάση μείωσης του ποσοστού των εφήβων που καπνίζουν καθημερινά (από 13,7% το 1998 σε 10,2% το 2010), για την ίδια χρονική περίοδο, δεν υπήρξαν σημαντικές μεταβολές στο ποσοστό εφήβων που έχουν καπνίσει (από 22,3% το 1998 σε 20,2 % το 2010) (2).

Σύμφωνα με την Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (ESPAD 2015) (3) τα αντίστοιχα αποτελέσματα δείχνουν δύο στους πέντε 16χρονους (39,2%) να έχουν καπνίσει έστω και μία φορά στη ζωή τους. Από αυτούς, ένας στους τρεις κάπνισαν το πρώτο τους τσιγάρο στην ηλικία των 13 ετών ή και νωρίτερα. Σχεδόν ένας στους πέντε (18,9%) έχει καπνίσει πρόσφατα (μέσα στον τελευταίο μήνα), ενώ ένας στους 9 (11,1%) είναι καθημερινός καπνιστής. Ένας στους πέντε 16χρονους (19,1%) έχει χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό τσιγάρο έστω και μία φορά στη ζωή του. Τα αγόρια, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια, έχουν καπνίσει πρόσφατα (20,9% και 16,9%, αντίστοιχα), καπνίζουν καθημερινά (13,7% και 8,6%, αντίστοιχα), είναι «βαρείς» καπνιστές (3,9% και 1,9%, αντίστοιχα), και έχουν πειραματιστεί με το ηλεκτρονικό τσιγάρο (26,3% και 12,0%, αντίστοιχα). Επιπλέον περισσότερα αγόρια από κορίτσια έχουν ξεκινήσει το τσιγάρο σε πολύ μικρή ηλικία. Οι συνήθειες του καπνίσματος δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των γεωγραφικών στρωμάτων Ν. Αττικής, Ν. Θεσσαλονίκης και Λοιπών περιοχών, με εξαίρεση το ηλεκτρονικό τσιγάρο, με το οποίο έχουν πειραματιστεί περισσότεροι έφηβοι στο Ν. Θεσσαλονίκης από ότι στις Λοιπές περιοχές. Το 2015 φαίνεται να συνεχίζεται η

μείωση που παρατηρείται την τελευταία 15ετία στους περισσότερους από τους δείκτες που αφορούν το κάπνισμα στους 16χρονους μαθητές στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικά, από το 1999 στο 2015 το ποσοστό καθημερινών καπνιστών υποδιπλασιάζεται από 23,4% σε 11,1%, ενώ για την ίδια χρονική περίοδο μειώνεται το ποσοστό εκείνων που καπνίζουν περισσότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα («βαρείς» καπνιστές) από 10,5% σε 2,9%.

Σύμφωνα με τους Villanti et al. (4) διαπιστώνονται πέντε τύποι συμπεριφορών των εφήβων σε σχέση με το κάπνισμα: μη καπνιστές, σταθεροί καπνιστές με έναρξη σε μικρή ηλικία, καπνιστές με έναρξη σε μεγαλύτερη ηλικία, καπνιστές που σταμάτησαν το κάπνισμα και αυτοί που καπνίζουν λίγο ή με περιόδους αποχής.

Η έναρξη του καπνίσματος οδηγεί συνήθως σε μια συμπεριφορά εξάρτησης, με αποτέλεσμα οι καπνιστές να αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στη διακοπή της. Τα προγράμματα παρέμβασης για τη μείωση της συχνότητας του καπνίσματος στους εφήβους έχουν στόχο τους μη καπνιστές, ώστε να μην ξεκινήσει η συνήθεια και τους καπνιστές, ώστε να διακοπεί.

Πέρα από τις βιολογικές συνέπειες, έχει τεκμηριωθεί ότι το κάπνισμα στην εφηβεία συσχετίζεται ισχυρά με την κατάθλιψη και φαίνεται ότι αυτή η συσχέτιση λειτουργεί και αμφίδρομα (5). Η αναγνώριση των αιτίων αυτής της συσχέτισης έχει σημασία για την επιτυχία των παρεμβάσεων τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και επίπεδο προγραμμάτων. Ένα άτομο μπορεί να καπνίζει επειδή έτσι ελέγχει την κατάθλιψη του ή αντίθετα η συνήθεια του καπνίσματος να επιδεινώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Προγράμματα παρέμβασης που δεν λαμβάνουν υπόψη το στοιχείο της κατάθλιψης και τη φύση της συσχέτισης μπορεί να είναι αναποτελεσματικά και δυνητικά επικίνδυνα (5).

Ατομικές συζητήσεις των επαγγελματιών υγείας με τους εφήβους σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αναστολή της έναρξης της συνήθειας για τουλάχιστον 12 μήνες (6).

Προγράμματα πρόληψης στο σχολείο έχουν μια βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στη μείωση του ποσοστού των καπνιζόντων, που όμως δεν συντηρείται στο χρόνο (7).

Εξαιτίας της ποικιλίας της συμπεριφοράς των εφήβων σε σχέση με το κάπνισμα οι παρεμβάσεις με στόχο τη διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους έχουν μικρή αποτελεσματικότητα. Φαίνεται ότι κάποια αποτελεσματικότητα έχουν οι σύνθετες παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη και τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της

ηλικίας σε συνδυασμό με χρήση κινήτρων και ψυχολογική υποστήριξη (8).

3.4 Αλκοόλ

Το αλκοόλ είναι παγκόσμια ο τρίτος μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για ασθένεια και συμβάλλει στο 4% του παγκόσμιου φορτίου νοσηρότητας. Υπολογίζεται ότι 2.5 εκατομμύρια θάνατοι κάθε χρόνο αποδίδονται άμεσα στο αλκοόλ με το 9% των θανάτων στις ηλικίες 15-29 να συσχετίζονται με το αλκοόλ (1). Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας οι κύριοι παράγοντες ρίσκου για την υγεία των ατόμων 10-24 ετών είναι (κατά σειρά σημαντικότητας) το αλκοόλ, οι μη ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις, η έλλειψη σιδήρου, η μη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων και η χρήση παράνομων ουσιών. Η επίπτωση άλλων παραγόντων κινδύνου για νόσο, όπως η χρήση καπνού, η χαμηλή σωματική δραστηριότητα, και η υπερβαρία/παχυσαρκία, εμφανίζεται αργότερα στην ενήλικη ζωή (2). Η συχνή χρήση αλκοόλ, η οξεία μέθη και άλλες συμπεριφορές κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η χρήση παράνομων ουσιών και η μη ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά αναδύονται στην εφηβεία και έχει διαπιστωθεί ότι αυτές οι συμπεριφορές τείνουν να συγκλίνουν μαζί (1).

Ο εφηβικός εγκέφαλος και ιδιαίτερα ο ιππόκαμπος είναι εξαιρετικά ευαίσθητος στην επίδραση του αλκοόλ, με αποτέλεσμα την εμφάνιση νευρο-γνωσιακών προβλημάτων και προβλημάτων ψυχικής υγείας, που μπορεί να διατηρούνται και στην ενήλικη ζωή (1). Τα νέα άτομα που ξεκινούν το αλκοόλ πριν την ηλικία των 15 ετών, έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν εξάρτηση από το αλκοόλ σε κάποια στιγμή της ζωής τους (1). Η έναρξη του αλκοόλ σε νεαρή ηλικία συσχετίζεται όχι μόνο με συχνή και μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ και με εξάρτηση στην ενήλικη ζωή, αλλά και με επιπτώσεις στη ψυχική υγεία και κοινωνική ζωή (1).

Η μελέτη ESPAD (2011-European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), που έγινε σε 37 χώρες (δεδομένα από 36 χώρες), συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, συγκέντρωσε στοιχεία που αφορούσαν τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Ο πληθυσμός στόχος είχε μέση ηλικία 15,8 χρόνια. Σε όλες τις χώρες με εξαίρεση την Ισλανδία, το 79% των μαθητών είχαν καταναλώσει αλκοόλ, τουλάχιστον μια φορά τους τελευταίους 12 μήνες και το 57% είχαν καταναλώσει αλκοόλ τις τελευταίες 30 μέρες. Τα στοιχεία ήταν παρόμοια για κορίτσια και αγόρια. Η επίπτωση επεισοδίων «σοβαρής οξείας μέθης», οριζόμενης ως κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών σε μια περίσταση τις τελευταίες 30 μέρες ήταν 43% για τα

αγόρια και 38% για τα κορίτσια. Περισσότερα αγόρια από κορίτσια αναφέρουν επεισόδια σοβαρής οξείας μέθης σε 22 χώρες. (1)

Η περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ("binge drinking") έχει προκύψει ως ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, π.χ. Γερμανία, Δανία, Ολλανδία, αλλά φαίνεται ότι στον ευρωπαϊκό νότο η επίπτωση είναι μικρότερη (Τουρκία, Δανία, Πορτογαλία). Συνδέεται με ένα πλήθος κινδύνων για την υγεία, με τροχαία και άλλου τύπου ατυχήματα, επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, βίαιη συμπεριφορά και αυτοκτονίες. Η μεγάλη συχνότητα και η μικρή ηλικία έναρξης συσχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα τα άτομα να εμφανίσουν εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ (3,4).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση μελετών κοόρτης γενικού πληθυσμού, οι McCambridge et al. (2011) (5) συγκέντρωσαν στοιχεία για την κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 15-19 ετών και σε επόμενες ηλικίες. Οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν έπρεπε να περιέχουν πληροφορίες από δύο τουλάχιστον χρονικά σημεία, αυτά να είχαν τουλάχιστον τρία χρόνια διαφορά και τα στοιχεία να αφορούν την ίδια κοόρτη. Φαίνεται ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην όψιμη εφηβεία διατηρείται και στην ενήλικη ζωή (ακόμη και μετά τα 30 χρόνια ζωής), συσχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένης και της εξάρτησης, αλλά και με πρόωρο θάνατο μεταξύ των ανδρών λόγω τροχαίων ατυχημάτων και αυτοκτονιών. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι υπάρχει ανάγκη προοπτικών μελετών κοόρτης για τη διερεύνηση των απώτερων επιπτώσεων της χρήσης αλκοόλ που ξεκινά στην εφηβεία και ανάγκη παρεμβάσεων για τη μείωση της χρήσης αλκοόλ στην εφηβεία (αλκοόλ όχι κοινωνικά αποδεκτό, όχι εύκολα προσβάσιμο, περισσότερο ακριβό). Αυτό απαιτεί στοχευμένες πολιτικές και ενημέρωση των νέων ατόμων και για τις απώτερες επιπτώσεις στην υγεία της ενήλικης ζωής και στην ευεξία τους και στην επίγνωση αυτών των κινδύνων, που όμως δεν θα στοχεύει μόνο στην παροχή πληροφοριών αλλά και στην επίδραση στην τελική συμπεριφορά τους (5).

Τα τελευταία χρόνια μοιάζει να παρατηρείται μια τάση μείωσης της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους. Η μελέτη Health Behavior in School-Aged Children (HBSC), εκτίμησε τη διαχρονική τάση μεταξύ του 2002 και 2010 της εβδομαδιαίας χρήσης αλκοόλ από εφήβους ηλικίας 11, 13 και 15 χρονών σε 28 ευρωπαϊκές χώρες και χώρες της Βόρειας Αμερικής, που συμμετείχαν στη μελέτη τις χρονιές 2002, 2006 και 2010. Παρατηρήθηκε μείωση της εβδομαδιαίας χρήσης σε 20 από τις 28

χώρες και σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές. Παρατηρήθηκε μείωση από 12.1% σε 6.1% στις Αγγλοσαξονικές χώρες, από 11.4% σε 7.8% στην Δυτική Ευρώπη, από 9.3% σε 4.1% στην Βόρεια Ευρώπη και από 16.3% σε 9.9% στην νότια Ευρώπη. Ακόμη και στην Ανατολική Ευρώπη παρατηρήθηκε μια σταθερή στάση μείωσης μεταξύ 2002 and 2006, και η εβδομαδιαία χρήση αλκοόλ μειώθηκε μεταξύ του 2006 και 2010 από 12.3% σε 10.1%. Η μείωση αυτή παρατηρήθηκε σε όλες τις ομάδες ηλικιών και στα δύο γένη. Η τάση αυτή ίσως να οφείλεται σε μια αυξημένη εγρήγορση σε ότι αφορά τις βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ στην ανάπτυξη των εφήβων και την εφαρμογή σχετικών προσπαθειών πρόληψης ή αλλαγής κοινωνικών συνηθειών και συνθηκών. Πάντως αν και η τάση μείωσης της χρήσης είναι σαφής, η επίπτωση του προβλήματος και οι διαφορές μεταξύ των χωρών παραμένουν σημαντικές (6).

Στην Ελλάδα, στα πλαίσια της πανελλήνιας έρευνας για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών (HBSC, 2014) σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.141 μαθητών ηλικίας 11, 13 και 15 ετών που ρωτήθηκαν σχετικά με τη συχνότητα και τη βαρύτητα χρήσης καπνού, οινοπνευματωδών και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, προέκυψαν τα παρακάτω ευρήματα σε σχέση με το αλκοόλ (7). Ένας στους 2 εφήβους (53,3%) απάντησε ότι έχει πιει αλκοόλ έστω και μια φορά στη ζωή του, ενώ σχεδόν ένας στους 3 (30,0%) ανέφερε κατανάλωση αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. Ποσοστό 5,2% των εφήβων ανέφεραν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ περισσότερες από 5 ημέρες κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Ένας στους 10 εφήβους (9,1%) ανέφερε ότι, σε μια συνηθισμένη περίπτωση, πίνει τουλάχιστον 3 ποτά. Ένας στους 5 εφήβους (20,6%) είχε τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης στη ζωή του, ενώ σε ποσοστό 5,9% έφηβοι μαθητές είχαν μεθύσει κατά τον τελευταίο μήνα. Τα αγόρια ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια, με εξαίρεση τη μέθη, την οποία αγόρια και κορίτσια ανέφεραν σε παρόμοια ποσοστά.

Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ και μέθης. Το 2014, ένας στους πέντε 15χρονους εφήβους (20,5%) ανέφερε ότι, όταν πίνει, πίνει συνήθως τουλάχιστον 3 ποτά, ενώ σε ποσοστό 5,8% ανέφεραν ότι πίνουν 5 ή περισσότερα ποτά. Ένας στους 8 15χρονους ανέφερε ότι είχε μεθύσει κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών πριν τη διεξαγωγή της έρευνας (11,9%), ενώ ποσοστό 4,9% των 11χρονων ανέφεραν ότι έχουν μεθύσει έστω και μια φορά στη ζωή τους.

Τα ποσοστά επιπολασμού της κατανάλωσης αλκοόλ και της μέθης δεν διαφέρουν μεταξύ Αττικής, Θεσσαλονίκης και λοιπών περιοχών της χώρας. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το ποσοστό μέθης (τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους) των 11χρονων, το οποίο στην Αττική ήταν σημαντικά χαμηλότερο (2,4%) σε σύγκριση με τη Θεσσαλονίκη (6,5%) και τις λοιπές περιοχές της χώρας (6,3%).

Διαχρονικά, και στην Ελλάδα παρατηρείται μείωση στο ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν κατανάλωση αλκοόλ. Ειδικότερα, από το 2010 στο 2014 μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό των εφήβων που ανέφεραν πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ (από 41,5% σε 30,0%) –η μείωση αυτή παρατηρήθηκε σε όλες τις ηλικίες–, ενώ το ίδιο δεν ισχύει για την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Στη δωδεκαετία 2002-2014 μειώθηκαν σημαντικά τα περιστατικά μέθης στους εφήβους (από 24,4% σε 20,6%), κυρίως στις μικρότερες ηλικίες.

Σύμφωνα με την Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (ESPAD 2015) (8) πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ (τον τελευταίο μήνα) αναφέρεται από δύο στους τρεις 16χρονούς μαθητές (66,2%), ενώ συχνή κατανάλωση (τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο μήνα) αναφέρει ένας στους 13 (7,6%). Τα φύλα δεν διαφέρουν στην πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά τα αγόρια αναφέρουν συχνή κατανάλωση σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια (9,6% και 5,6%, αντίστοιχα). Τα αγόρια καταναλώνουν συχνότερα μπύρα, τα κορίτσια κρασί. Ένας στους 10 μαθητές (9,9%) αναφέρει υπερβολική κατανάλωση (5 ή περισσότερων ποτών στη σειρά τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο μήνα), τα αγόρια σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (12,2% και 7,7%, αντίστοιχα). Μειώνεται από το 2011 στο 2015 το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν υπερβολική κατανάλωση τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο μήνα, από 13,3% σε 9,9%. Ποσοστό 6,2% των μαθητών αναφέρουν ότι μέθυσαν τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο, αγόρια και κορίτσια σε παρόμοια ποσοστά. Και σε αυτή την έρευνα μειώνεται σημαντικά από το 2003 στο 2015 το ποσοστό των 16χρονων που αναφέρουν ότι μέθυσαν τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο, από 10,9% σε 6,2%.

Μια μελέτη από την Νορβηγία (9) διερεύνησε τις διαχρονικές τάσεις στη χρήση αλκοόλ από εφήβους σε ένα διάστημα 18 ετών. Το ποσοστό των χρηστών αλκοόλ, το επίπεδο κατανάλωσης, τα περιστατικά οξείας μέθης όλα εμφάνισαν μια σημαντική αύξηση την δεκαετία του 1990, την οποία ακολούθησε μια μείωση του ίδιου μεγέθους την επόμενη δεκαετία. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του

πληθυσμού των εφήβων στην Νορβηγία και ο βαθμός απόκρισης υψηλός. Τα χαρακτηριστικά των χρηστών του αλκοόλ παρέμειναν ίδια και στις δύο δεκαετίες και οι ερευνητές αποδίδουν τη μείωση της χρήσης σε αδιευκρίνιστους παράγοντες, καθώς τουλάχιστον σε επίπεδο πολιτικής, δεν υπήρξαν διαφορές στη νομοθεσία για το αλκοόλ στη Νορβηγία στο διάστημα της μελέτης. Μείωση παρατηρείται και στη χρήση καπνού. Αντίθετα πρόσφατη βιβλιογραφία έδειξε ότι η μείωση της χρήσης καπνού συσχετίζεται με την περισσότερο «σκληρή/άκαμπτη» συμπεριφορά των καπνιστών. Τυπικά ευρήματα αυτής της περισσότερο «σκληρής/άκαμπτης» συμπεριφοράς αποτελούν η μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη και η μειωμένη πρόθεση να διακόψουν το κάπνισμα. Επιπρόσθετα αυτοί οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάζουν κοινωνικοψυχολογικά προβλήματα και ταυτόχρονη χρήση άλλων ουσιών.. Φαίνεται πως το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο ότι η χρήση του καπνού έχει περιθωριοποιηθεί σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ, υπάρχουν πολλοί περιορισμοί στη χρήση καπνού, ενώ παρατηρείται αλλαγή στις σχετικές κοινωνικές αντιλήψεις και αξίες στη Νορβηγία ως προς τη χρήση καπνού σε αντίθεση με τη χρήση αλκοόλ που οι έφηβοι τη θεωρούν «κανονική».

Οι πολιτικές αφορούν και την έκθεση των εφήβων στη διαφήμιση του αλκοόλ καθώς φαίνεται ότι οι νέοι άνθρωποι που έχουν μεγάλη έκθεση σε διαφήμιση αλκοόλ τείνουν να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ξεκινήσουν τη χρήση και να εμφανίσουν συμπεριφορές οξείας μέθης και επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ. Διαχρονικές μελέτες συστηματικά δείχνουν ότι η έκθεση σε διαφημιστικά μηνύματα των μέσων μαζικής επικοινωνίας συσχετίζεται ισχυρά τόσο με την πιθανότητα οι έφηβοι να ξεκινήσουν τη χρήση αλκοόλ όσο και με την πιθανότητα να αυξήσουν την ποσότητα που καταναλώνουν οι ήδη χρήστες (10,11,12).

Η επίδραση από τους ομήλικους φίλους (peer group), οι οποίοι γίνονται σημαντικοί για τον έφηβο στην πορεία προς την αυτονόμηση του, μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα κινδύνου για χρήση αλκοόλ στην εφηβεία. Η αποδοχή από τους φίλους είναι σημαντικό κοινωνικό επίτευγμα για τον έφηβο και συσχετίζεται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και καλές κοινωνικές δεξιότητες. Η επίδραση, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τις συμπεριφορές κινδύνου είναι σημαντική και έφηβοι που συγχρωτίζονται με ομήλικους ή μεγαλύτερους εφήβους που κάνουν χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν παρόμοια συμπεριφορά (1).

Η επίδραση της οικογένειας μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός ή μη

προστατευτικός παράγοντας. Οι προσδοκίες των γονιών για το παιδί τους, η εμπλοκή τους στις κοινωνικές δραστηριότητες του, αλλά και οι πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις περιορίζουν τη χρήση αλκοόλ. Αντίθετα μειωμένη γονεϊκή εμπλοκή, παρουσία ατόμου στην οικογένεια που κάνει χρήση αλκοόλ ή μεθά, εύκολη πρόσβαση στο αλκοόλ και θετική άποψη για τη χρήση του, είναι παράγοντες που ευνοούν τη χρήση του από τους εφήβους (1,13).

Η γενετική προδιάθεση είναι υπεύθυνη για το 50% του συνόλου του κινδύνου να εμφανίσει ένα άτομο εξάρτηση από το αλκοόλ. Οι έφηβοι που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό για χρήση αλκοόλ έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα χρήσης αλκοόλ σε μικρότερη ηλικία από τους συνομηλίκους τους με αρνητικό οικογενειακό ιστορικό. Οι έφηβοι μπορούν να ανεχτούν μεγαλύτερα επίπεδα αλκοόλ από τους ενήλικες και είναι πιθανότερο να βιώσουν τις θετικές επιδράσεις του. Αυτό το γεγονός μπορεί να έχει συμβάλει στην ανάπτυξη του φαινομένου της οξείας μέθης (1).

Σε σχετική μελέτη ανασκόπησης της βιβλιογραφίας και μετα-ανάλυσης των ευρημάτων (14), φάνηκε ότι οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες (19-30 ετών) επηρεάζονται από παρεμβάσεις που αφορούν τη μείωση της χρήσης αλκοόλ. Σε αυτή την ανασκόπηση, ακόμη και σύντομες παρεμβάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και των σχετιζόμενων με τη χρήση του προβλημάτων και στους δύο πληθυσμούς. Τα αποτελέσματα συνέχιζαν να ισχύουν έως και ένα χρόνο μετά την παρέμβαση, χωρίς να συσχετίζονται σημαντικά με δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων, τη χρονική διάρκεια ή το είδος της παρέμβασης (αν και κάποιοι τρόποι παρέμβασης π.χ. συνέντευξη για δημιουργία κινήτρου, στοχοθέτηση, ισορροπία αποφάσεων κ.λπ.) φαίνεται ότι είχαν σημαντικότερα αποτελέσματα. Το συμπέρασμα της ανασκόπησης αυτής έχει σημασία, επειδή μπορεί τα αποτελέσματα των βραχέων παρεμβάσεων να μην είναι εντυπωσιακά, αλλά έχουν δυνητικό όφελος επειδή είναι σύντομα και χαμηλού κόστους. Σε σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση της Cochrane Database Syst Rev.(15), σημειώνεται ότι δημοφιλείς τεχνικές όπως οι συνεντεύξεις κινητοποίησης (motivational interviewing), που χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τη μεγάλη χρήση αλκοόλ σε νεαρούς ενήλικες δεν έχουν συστηματικά σταθερό θετικό αποτέλεσμα, γεγονός που αποδίδεται στην ετερογένεια του δείγματος των μελετών.

3.5 Οδήγηση

Κάθε χρόνο 1,3 εκ. άνθρωποι στον πλανήτη σκοτώνονται σε τροχαία ατυχήματα. Σε αυτά οφείλεται το 0,5% των θανάτων των γυναικών ηλικίας 15-45 ετών, αλλά πάνω από το 10% των θανάτων των ανδρών της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας. Ο μεγαλύτερος αριθμός οδικών ατυχημάτων συμβαίνει στις νεαρότερες ηλικίες, με την πιθανότητα θανατηφόρου ατυχήματος να είναι μεγαλύτερη στις ηλικίες 15-24 ετών (1,2).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση την περίοδο 2010-2014 παρατηρήθηκε μια μείωση των θανάτων από οδικό ατύχημα κατά 18% (3,4). Το 2014 στην ΕΕ η θνησιμότητα ήταν κατά μέσο όρο 51 θάνατοι /εκατομμύριο κατοίκους. Η Σουηδία, η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Μάλτα είχαν το χαμηλότερο δείκτη, κάτω από 30 θάνατοι/εκατομμύριο κατοίκους. Ο υψηλότερος δείκτης θνησιμότητας καταγράφεται στην Λετονία, στην Βουλγαρία, στην Ρουμανία, στην Λιθουανία και στην Πολωνία με πάνω από 80 θανάτους/εκατομμύριο κατοίκους (3).

Η χώρα μας, σύμφωνα με επίσημες στατιστικές της ΕΕ και του ΟΟΣΑ, κατέχει μία από τις υψηλότερες θέσεις στα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα στην Ευρώπη (3,5). Ο δείκτης θνησιμότητας από τροχαίο ατύχημα στην Ελλάδα ξεπερνάει τον μέσο όρο στην ΕΕ και βρίσκεται στους 72 θανάτους /εκατομμύριο κατοίκους (3). Σημειώνεται όμως ότι σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, την περίοδο 2008-2014 σημειώθηκε μια σημαντική μείωση του ποσοστού των θανατηφόρων ατυχημάτων στην Ελλάδα, της τάξης του 49% (4). Πάντως τον Απρίλιο του 2016 σημειώθηκε αύξηση κατά 12,3% του αριθμού των ατυχημάτων που προκάλεσαν θάνατο ή τραυματισμό ατόμων, σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μήνα του 2015 (6).

Και στην ΕΕ το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων (76%) αφορά εφήβους και άνδρες. Οι νέοι ηλικίας 15-24 ετών αποτελούν το 11% του πληθυσμού, αλλά αφορούν το 17% των οδικών ατυχημάτων. Πάντως τα τελευταία χρόνια τα θανατηφόρα ατυχήματα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα έχουν μειωθεί περισσότερο συγκριτικά με τις άλλες ηλικίες (3).

Η πιθανότητα κινδύνου εμπλοκής σε τροχαίο ή/και θανατηφόρο ατύχημα είναι 2 με 3 φορές μεγαλύτερη αν ο οδηγός είναι ηλικίας 16-24 ετών (2). Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο το πρόβλημα είναι η νεαρή ηλικία και η έλλειψη εμπειρίας (2,7,8). Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι η απόκτηση διπλώματος σε μεγαλύτερη ηλικία μειώνει τον κίνδυνο (7). Φαίνεται όμως ότι

ακόμη και σε αυτήν την περίπτωση χρειάζεται συσσωρευμένη εμπειρία αρκετών χρόνων οδήγησης για να εξισωθεί η πιθανότητα ατυχήματος του νέου οδηγού με την πιθανότητα του ώριμου και έμπειρου οδηγού (7,8). Επιπρόσθετα ο μεγαλύτερος αριθμός των νέων οδηγών είναι στις περισσότερες χώρες νεαρής ηλικίας (8).

Οι συνθήκες των τροχαίων ατυχημάτων στα οποία εμπλέκονται νέοι οδηγοί διαφέρουν από αυτές των πιο έμπειρων οδηγών. Συνήθως συμβαίνουν τη νύχτα, δεν εμπλέκεται άλλο όχημα (σύγκρουση λόγω απώλειας ελέγχου του αυτοκινήτου) και διαπιστώνεται αυξημένη ταχύτητα. Η κατανάλωση ακόμη και μικρών ποσοτήτων αλκοόλ έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις στις νεαρές ηλικίες από ότι στους πιο έμπειρους οδηγούς (2).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία (9), οι παράγοντες που αυξάνουν την επικινδυνότητα της οδήγησης στην εφηβεία και νεαρή ηλικία είναι:

- Η οδήγηση χωρίς δίπλωμα οδήγησης.
- Η έλλειψη εμπειρίας, που έχει σαν αποτέλεσμα οι νέοι οδηγοί να είναι λιγότερο ικανοί να ανιχνεύσουν και να ανταποκριθούν στους κινδύνους και να ελέγξουν το όχημα ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες ταχύτητες (στην Ελλάδα η παραβίαση του ορίου ταχύτητας αποτελεί με διαφορά την πιο σημαντική παραβίαση του κώδικα οδικής κυκλοφορίας) (10). Φαίνεται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός ατυχημάτων συμβαίνει τον πρώτο μήνα της απόκτησης του διπλώματος, μειώνεται σημαντικά τους επόμενους πέντε μήνες, ενώ η μείωση είναι λιγότερη στους επόμενους 18 μήνες. Αυτή η μεγάλη βελτίωση του αριθμού των ατυχημάτων που παρατηρείται σε μικρό χρονικό διάστημα αποτυπώνει τη σημασία της εμπειρίας που μοιάζει να είναι σημαντικότερη από τον παράγοντα της νεαρής ηλικίας (7,9).
- Η οδήγηση τη νύχτα.
- Η μη χρήση ζωνών ασφαλείας ή κράνους.
- Η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών.
- Η κόπωση και η έλλειψη ύπνου.
- Η επιθυμία για αναζήτηση πιθανότητας κινδύνου, η πίεση από τους συνομήλικους, η τάση να υπερεκτιμούν τις ικανότητες τους και οι συχνές αλλαγές της διάθεσης τους. Τα αγόρια είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο, ίσως εξαιτίας των κοινωνικών τάσεων, που αποτυπώνουν τη γρήγορη και επικίνδυνη οδήγηση, ως «αρσενική» συμπεριφορά.
- Οι συνομήλικοι επιβάτες, των οποίων ο αριθμός θεωρείται ευθέως ανάλογος της πιθανότητας να συμβεί οδικό ατύχημα.

- Η χρήση του κινητού τηλέφωνα, η ρύθμιση του κλιματισμού ή του ραδιοφώνου, το φαγητό ή το πιωτό είναι ενέργειες που αποσπούν την προσοχή και αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα ατυχήματος.

Το μέγεθος του προβλήματος το καθιστά μείζον θέμα δημόσιας υγείας . Η μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων στα οποία εμπλέκονται έφηβοι ή/και νέοι οδηγοί απαιτεί ένα σύνολο μέτρων από την πολιτεία, δράσεις αγωγής υγείας από επαγγελματίες υγείας, αλλά και αυξημένη επαγρύπνηση από την πλευρά των γονέων.

Η πολιτεία είναι υπεύθυνη για τη διαμόρφωση και εφαρμογή της σχετικής νομοθεσίας, που εκτός των άλλων, αφορά την εκπαίδευση για την απόκτηση άδειας οδήγησης. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία οι έφηβοι δεν μπορούν να αποκτήσουν δίπλωμα οδήγησης αυτοκινήτου ή μηχανής μεγάλου κυβισμού πριν συμπληρώσουν το 18^ο έτος της ηλικίας τους. Μπορούν όμως να αποκτήσουν άδεια οδήγησης για την οδήγηση μοτοποδηλάτων έως 50 κυβικά εκατοστά, η οποία χορηγείται μετά από εξετάσεις σε όσους έχουν συμπληρώσει το 16ο έτος της ηλικίας τους.

Σημειώνεται όμως ότι η εκπαίδευση για την οδήγηση του οχήματος (driver training) και η εκπαίδευση του οδηγού για ασφαλή οδήγηση (driver education) δεν αποτελούν συνώνυμους όρους (11). Η εκπαίδευση του οδηγού για ασφαλή οδήγηση συμπεριλαμβάνει φυσικά τις πρακτικές γνώσεις για την οδήγηση του οχήματος, αλλά είναι ευρύτερη και περιλαμβάνει τη γνώση των νόμων, των εννοιών της ασφαλούς οδήγησης σε συνδυασμό με τρόπους διαμόρφωσης ασφαλούς στάσης και συμπεριφοράς.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι το καλύτερο περιβάλλον για την εκπαίδευση είναι η οδήγηση σε πραγματικές συνθήκες με την επίβλεψη εκπαιδευτή. Φαίνεται ότι η αντιμετώπιση πραγματικών συνθηκών και η συσσώρευση μεγαλύτερης σχετικής εμπειρίας με περισσότερες ώρες επιβλεπόμενης οδήγησης, οδηγεί στη μείωση του κινδύνου σύγκρουσης για όλους τους νέους οδηγούς (ανεξαρτήτως ηλικίας) (2,7,8,9,11,12,13). Σημαντικά οφέλη στη μείωση της συχνότητας των τροχαίων ατυχημάτων στα οποία εμπλέκονται νέοι οδηγοί έχει η σταδιοποίηση της διαδικασίας, από την αρχή της εκμάθησης μέχρι την απόκτηση της χωρίς περιορισμούς άδειας οδήγησης, με την προσθήκη μιας μεσαίας χρονικής περιόδου κατά την οποία χορηγείται άδεια οδήγησης με περιορισμούς που αφορούν π.χ. την οδήγηση την νύχτα, τον αριθμό και την ηλικία των

συνεπιβατών σε σχέση με την ηλικία του οδηγού κλπ. (7,12).

Οι επαγγελματίες υγείας (παιδιάτροι, παθολόγοι, γενικοί γιατροί, επισκέπτες υγείας), που φροντίζουν εφήβους και νεαρούς ενήλικες διαχρονικά, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οφείλουν να προάγουν τις συνθήκες ασφαλούς οδήγησης με συμβουλευτική τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο κοινότητας και σχολείου (9,14).

Οι νέοι άνθρωποι διαμορφώνουν τις πεποιθήσεις και στάσεις τους ως προς την οδήγηση και την ασφάλεια στο δρόμο, πολύ πριν φτάσουν σε ηλικία να οδηγούν (14). Κατά συνέπεια οι προσπάθειες αγωγής υγείας στα σχολεία θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στις νεαρές ηλικίες -που δεν έχουν ακόμη τη δυνατότητα απόκτησης άδειας οδήγησης- με στόχο τα νέα άτομα να αποκτήσουν θετική στάση απέναντι στην ασφαλή οδήγηση και στην ασφάλεια στο δρόμο. Τα μέχρι σήμερα όμως βιβλιογραφικά δεδομένα δεν υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων. Μικρής διάρκειας αποσπασματικές παρεμβάσεις σε ηλικίες που ακόμη δεν τις απασχολεί η οδήγηση δεν έχουν μεγάλη πιθανότητα να επηρεάσουν την οδηγική στάση, αλλά είναι και δύσκολο να αξιολογηθούν αφού η οδηγική συμπεριφορά επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες (14). Παρόλα αυτά καλά σχεδιασμένες παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν κάποιες συμπεριφορές.

Οι βασικές αρχές καλής πρακτικής που πρέπει να χαρακτηρίζουν αυτά τα προγράμματα αγωγής υγείας, είναι (14):

1. Να είναι ενταγμένα στο κορμό του βασικού σχολικού προγράμματος από τις μικρές ηλικίες και να συνεχίζονται μέχρι και το τέλος του Λυκείου (ηλικία κοντά στην απόκτηση διπλώματος).
2. Να αφορούν την ευρύτερη ασφάλεια στο δρόμο (και όχι μόνο την ασφαλή οδήγηση).
3. Οι στόχοι να είναι σαφείς, ρεαλιστικοί, να προάγουν τη γνώση και τη βελτίωση των στάσεων και συμπεριφορών.
4. Να στοχεύουν σε συγκεκριμένες συμπεριφορές (π.χ. τη χρήση ζωνών ασφαλείας).
5. Να τονίζουν το θετικό αποτέλεσμα της ασφάλειας στο δρόμο και της ασφαλούς οδήγησης.
6. Να προάγουν ανώτερες ικανότητες όπως είναι η αντίληψη του κινδύνου, η αντιμετώπιση συνθηκών αυξημένης κυκλοφορίας, η στάση απέναντι στους άλλους οδηγούς κλπ.

7. Να προβλέπεται η επανάληψη τους σε τακτά διαστήματα για να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά τους.
8. Να προβλέπεται η εμπλοκή των γονέων με στόχο την ευαισθητοποίηση τους για την σημασία που έχει η δική συμπεριφορά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του παιδιού τους, και την προαγωγή της εφαρμογής των μηνυμάτων από τους ίδιους. Οι γονείς αποτελούν πολύ σημαντικό πρότυπο σε όλη την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Επιθετική συμπεριφορά κατά την οδήγηση από τους γονείς φαίνεται ότι αυξάνει την πιθανότητα να εμφανίσει αντίστοιχη συμπεριφορά και το παιδί τους το οποίο τους παρατηρεί και διδάσκεται από μικρή ηλικία (11).

Οι γονείς πρέπει:

- Να μην επιτρέπουν στο παιδί τους να οδηγεί πριν αποκτήσει άδεια οδήγησης.
 - Να ελέγχουν τη δυνατότητα πρόσβασης στο όχημα και να βάλουν όρια στον τρόπο και στον χρόνο χρήσης του.
 - Να επηρεάσουν με τη γνώμη τους την επιλογή του οχήματος του παιδιού τους.
 - Να αποτελέσουν οι ίδιοι πρότυπα συμπεριφοράς για ασφαλή οδήγηση.
9. Να προβλέπονται διαδικασίες αξιολόγησης.

Επιπρόσθετα κατά την εκπαίδευση στην οδήγηση, αλλά και για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των εφήβων και νέων ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη ότι (11):

- Η ανάπτυξη του εγκεφάλου συνεχίζεται μέχρι τα μέσα της τρίτης δεκαετίας της ζωής και ειδικά η περιοχή που είναι υπεύθυνη για την παρορμητικότητα, τον έλεγχο των συναισθημάτων και των αναμενόμενων συνεπειών.
- Οι συμπεριφορές με υψηλή επικινδυνότητα, η αναζήτηση καινούργιων εμπειριών και η αναζήτηση καινούργιων ορίων είναι αναμενόμενες στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες.

3.6 Ναρκωτικά

Η εφηβεία αποτελεί την ηλικιακή περίοδο που κατά κύριο λόγο ξεκινά η χρήση ουσιών, με τη χρήση του καπνού και του αλκοόλ συνήθως να προηγούνται της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στη χρήση παράνομων ουσιών μεταξύ των χωρών, ως προς τη συχνότητα, το είδος, την εξέλιξη της χρήσης/αλληλουχίας των ουσιών, που υποδηλώνει ότι η χρήση των ουσιών εξαρτάται από το κοινωνικό

πλαίσιο του νέου ατόμου, τη διαθεσιμότητα των ουσιών και τα ατομικά χαρακτηριστικά (1,2,3). Σύμφωνα με τη μελέτη για το Παγκόσμιο Φορτίο Νοσηρότητας (Global Burden of Disease, 2013), το φορτίο που αποδίδεται στη χρήση παράνομων ουσιών αυξάνει σημαντικά στην εφηβεία και τις ηλικίες 20-24 χρονών. Η χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών στις ηλικίες 20-24, είναι υπεύθυνη για το 14% του φορτίου. Φαίνεται ότι η χρήση του αλκοόλ είναι υψηλότερη στην Ανατολική Ευρώπη, ενώ η χρήση παράνομων ουσιών είναι σημαντικότερη στις ΗΠΑ, στον Καναδά, στην Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία και στη Δυτική Ευρώπη (1).

Η κάνναβη είναι η συχνότερα αναφερόμενη παράνομη ουσία χρήσης στον εφηβικό πληθυσμό στην Ελλάδα. Το 2014, ένας στους 10 εφήβους ηλικίας 15 ετών (9,6%) ανέφερε ότι είχε κάνει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή του. Μεταξύ των 15χρονων που ανέφεραν το 2014 χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή τους, οι περισσότεροι (7,6%) χρησιμοποίησαν την ουσία στη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών πριν από την έρευνα, ενώ σχεδόν οι μισοί (4,9%) είχαν κάνει χρήση τις 30 τελευταίες ημέρες. Τα αγόρια αναφέρουν σε υψηλότερο ποσοστό χρήση κάνναβης. Πιο συγκεκριμένα, στα αγόρια παρατηρούνται σημαντικά υψηλότερα ποσοστά πρόσφατης χρήσης καθώς και επανάληψης της χρήσης, συγκριτικά με τα κορίτσια. Σε γεωγραφικό επίπεδο, η πρόσφατη χρήση κάνναβης είναι σημαντικά χαμηλότερη στις περιοχές εκτός Αττικής και Θεσσαλονίκης (Αθήνα και Θεσσαλονίκη δεν διαφέρουν μεταξύ τους). Διαχρονικά, μετά το 2006 αυξάνεται η χρήση κάνναβης στους 15χρονους –την τετραετία 2010-2014 η αύξηση αυτή αφορά μόνο τα κορίτσια. Περαιτέρω αναλύσεις ανέδειξαν μία υποομάδα εφήβων μαθητών οι οποίοι, εκτός του ότι έχουν πειραματιστεί με την κάνναβη, καπνίζουν και καταναλώνουν συχνά οινοπνευματώδη ποτά. Έτσι, σε ποσοστό 2,1% οι 15χρονοι μαθητές ανέφεραν το 2014 καθημερινό κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ τουλάχιστον 6 ημέρες κατά τις 30 τελευταίες ημέρες και χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τους τη ζωή. Τα ποσοστά αυτά δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των φύλων (4).

Σύμφωνα με την έρευνα Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (ESPAD 2015) (5), περισσότεροι από ένας στους τέσσερις 16χρονους μαθητές (28,6%) θεωρούν «εύκολη» την πρόσβαση σε ηρεμιστικά /υπνωτικά (κυρίως κορίτσια). Σχεδόν ένας στους τέσσερις (22,8%) θεωρεί το ίδιο για την κάνναβη (περισσότερο τα αγόρια), ενώ ένας στους επτά (14,2%) θεωρεί «εύκολη» την πρόσβαση σε

συνταγογραφούμενα οπιοειδή παυσίπονα (περισσότερο τα κορίτσια). Σε ποσοστά κάτω του 10% αναφέρουν οι μαθητές εύκολη πρόσβαση σε ουσίες όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη, η έκσταση, οι αμφεταμίνες ή οι μεθαμφεταμίνες. Αυξάνεται διαχρονικά το ποσοστό των εφήβων που θεωρούν «ακίνδυνη» τη χρήση κάνναβης. Σχεδόν ένας στους εννέα 16χρονους μαθητές (10,6%) αναφέρει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά στη ζωή του (κυρίως κάνναβης), τα αγόρια σε υπερδιπλάσιο ποσοστό (14,8%) συγκριτικά με τα κορίτσια (6,5%). Ένας στους 11 μαθητές (9,1%) αναφέρει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή. Οι μισοί εξ αυτών (4,6%) επανέλαβαν τη χρήση της ουσίας ≥ 3 φορές, υψηλότερο ποσοστό αγοριών (6,4%) από ότι κοριτσιών (2,8%). Ποσοστό 4,1% αναφέρουν χρήση κάνναβης κατά τις 30 τελευταίες ημέρες πριν από την έρευνα, τα αγόρια σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια.

Δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στο ποσοστό των 16χρονων μαθητών που αναφέρουν χρήση και επανάληψη της χρήσης κάνναβης κατά τη διάρκεια της τελευταίας 8ετίας. Εντούτοις σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εφήβων αναφέρουν χρήση κάνναβης το 2015 συγκριτικά με πριν από μία 12ετία, (από 5,7% το 2003 σε 9,1% το 2015 για χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή). Ένας στους 8 μαθητές (12,5%) αναφέρει χρήση εισπνεόμενης ουσίας (κόλλα, βενζίνη, κτλ.) έστω και μία φορά στη ζωή του, ποσοστό 4,2% μη-συνταγογραφημένη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών και ποσοστό 2,5% χρήση «νέων» ψυχοδραστικών ουσιών (κυρίως συνθετικών κανναβινοειδών).

Πληθώρα δυσμενών συνεπειών στην υγεία και την κοινωνική ζωή έχουν συσχετισθεί με διαφορετικούς τύπους χρήσης ουσιών. Επιπλέον παρατηρούνται ποιοτικές διαφορές στις βλαπτικές επιδράσεις που συσχετίζονται με τη χρήση διαφορετικών ουσιών και τη χρονική περίοδο της χρήσης (φάση ζωής). Σημαντική όμως ερευνητική πρόκληση παραμένει η απάντηση στο ερώτημα ποιες από αυτές τις συσχετίσεις είναι αιτιολογικές, ώστε οι συνέπειες να προληφθούν ή να βελτιωθούν (2). Η χρήση ναρκωτικών ουσιών από νέα άτομα ηλικίας 10-24 ετών φαίνεται ότι μπορεί να έχει βλαπτική επίδραση στη γνωστική, συναισθηματική και ψυχοκοινωνική εξέλιξη του εγκεφάλου, που συμβαίνει στα χρόνια αυτά. Η πλαστικότητα του εγκεφάλου την περίοδο αυτή έχει ως αποτέλεσμα οι έφηβοι να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα βλαπτικών επιδράσεων από τη χρήση των παράνομων ουσιών. Πειράματα σε ζώα έχουν δείξει για παράδειγμα ότι η χρήση της κάνναβης στην εφηβεία μπορεί να έχει ως συνέπεια μόνιμες γνωστικές και

δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο, περισσότερο εκτεταμένες από αυτές που παρατηρούνται στους ενήλικους χρήστες (6). Η χρήση της μαριχουάνας (παράγωγο της κάνναβης) έχει σημαντικά συσχετισθεί με σημαντικές βλαβερές συνέπειες για την υγεία (3).

Η επαναλαμβανόμενη χρήση της μαριχουάνας κατά τη διάρκεια της εφηβείας μπορεί να καταλήξει σε εθισμό και σε παραμένουσες για μεγάλο χρονικό διάστημα βλάβες στον εγκέφαλο, που μπορούν να επηρεάσουν το εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό μέλλον του ατόμου (3). Κατά τη διάρκεια της οξείας μέθης η μαριχουάνα επιδρά στις γνωστικές λειτουργίες (π.χ. μνήμη και αντίληψη του χρόνου) και στις κινητικές λειτουργίες (π.χ. συντονισμός), με αποτέλεσμα σημαντικές συνέπειες (π.χ. τροχαία ατυχήματα) (3,7,8).

Η χρήση της κάνναβης έχει συσχετισθεί με ελλειμματική γνωστική ικανότητα κατά τη διάρκεια της οξείας μέθης, αλλά και ανεξάρτητα από αυτήν αν πρόκειται για χρόνιους χρήστες (9). Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι η οξεία και χρόνια έκθεση στην κάνναβη επηρεάζει τη μάθηση, τη μνήμη και την προσοχή. Η ψυχοκινητική λειτουργία επηρεάζεται κυρίως κατά την οξεία μέθη, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίδραση συνεχίζεται στους χρόνιους χρήστες και μετά τη διακοπή της χρήσης. Η επηρεασμένη οπτική μνήμη, η προσοχή, και μερικές εκτελεστικές λειτουργίες μπορεί να επιμένουν και μετά από παρατεταμένη αποχή (9).

Σε μια μελέτη κοόρτης που έγινε στην Αυστραλία (10) με στόχο να καθοριστεί αν η χρήση κάνναβης στην εφηβεία προδιαθέτει σε αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης και άγχους στη νεαρή ενήλικη ζωή, βρέθηκε ότι η συχνή χρήση κάνναβης από έφηβα κορίτσια προδιαθέτει σε μετέπειτα κατάθλιψη και άγχος με τις καθημερινές χρήστριες να έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο, ενώ η κατάθλιψη και το άγχος στην εφηβεία δεν προδιαθέτουν σε χρήση κάνναβης αργότερα.

Στη βιβλιογραφία η χρήση της κάνναβης, έχει αιτιολογικά συσχετισθεί με επιδημιολογικές και βιολογικές μελέτες με την εμφάνιση ψύχωσης, η επίπτωση της οποίας είναι δοσοεξαρτώμενη και εξαρτάται από τη συχνότητα χρήσης της κάνναβης και του είδους της κάνναβης (high potency cannabis). Υπό το γεγονός ότι πολλές χώρες έχουν νομιμοποιήσει ή αποποινικοποιήσει τη χρήση της, θεωρείται πιθανή η αύξηση της χρήσης, άρα και των σχετικών ανεπιθύμητων επιπτώσεων στην υγεία, σε ένα μέρος του πληθυσμού, γεγονός που υπαγορεύει επαγρύπνηση της δημόσιας υγείας (8,11,12).

Οι επιπτώσεις της χρήσης μιας ουσίας (νόμιμης ή παράνομης) στην υγεία του ατόμου καθορίζονται όχι μόνο από τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά, αλλά και από τη διαθεσιμότητα και την κοινωνική αποδοχή. Υπό αυτό το πρίσμα οι νόμιμες ουσίες (καπνός και αλκοόλ) ευθύνονται σε μεγαλύτερο βαθμό για το φορτίο νοσηρότητας σε σχέση με τις παράνομες ουσίες, όχι γιατί είναι περισσότερο επικίνδυνες αλλά γιατί το νομικό πλαίσιο επιτρέπει να διατίθενται ευρύτερα. Καθώς όμως παρατηρείται όλο και ευρύτερα η τάση της νομιμοποίησης της χρήσης της μαριχουάνας, είναι λογικό το συμπέρασμα ότι υπό αυτό το πλαίσιο θα αυξηθεί η χρήση άρα και ο αριθμός των ατόμων που θα έχουν βλαπτικές συνέπειες στην υγεία τους (3).

Με δεδομένη λοιπόν την πρόθεση για νομιμοποίηση της χρήσης της κάνναβης σε κάποιες χώρες είναι απολύτως σημαντικό τα ερευνητικά δεδομένα να χρησιμοποιηθούν ή και επαναπροσδιοριστούν, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα βλάβης από τη συχνή και βαριά χρήση (2,9).

3.7 Ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας 10-20% των παιδιών και των εφήβων στον πλανήτη παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών (1). Συνήθως παρουσιάζονται στο τέλος της παιδικής ηλικίας και στην αρχή της εφηβείας. Οι μισές από αυτές εμφανίζονται μέχρι την ηλικία των 14 ετών ενώ τα $\frac{3}{4}$ έχουν εμφανιστεί μέχρι τα μέσα της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% των ψυχικών διαταραχών των ενηλίκων έχει εμφανιστεί πριν την ηλικία των 18 ετών (2,3).

Οι νευροψυχιατρικές διαταραχές -και ιδιαίτερα η κατάθλιψη- αποτελούν την σημαντικότερη αιτία του φορτίου νοσηρότητας στους νέους σε όλες τις περιοχές του πλανήτη. Η υψηλότερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών -συγκρινόμενη με την επίπτωση σε όλο το ηλικιακό φάσμα- παρατηρείται στις ηλικίες 16-24 χρονών. Είναι πολύ συχνές και κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας με το 14% των ατόμων ηλικίας 4-17 ετών να παρουσιάζει προβλήματα (4). Μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συνολική υγεία και ανάπτυξη του εφήβου και συσχετίζονται με υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, καπνού και ναρκωτικών ουσιών, με εφηβική εγκυμοσύνη, με πλημμελή παρακολούθηση ή εγκατάλειψη του σχολείου, με παραβατική συμπεριφορά/εγκληματικότητα και εκδήλωση βίας, με τροχαία δυστυχήματα, με αυτοκτονίες (1,2,3).

Η κατάθλιψη και το άγχος αποτελούν τα πιο συχνά ψυχικά προβλήματα και σύμφωνα με υπολογισμούς φαίνεται ότι πάσχει το 1/5 του πληθυσμού των χωρών με υψηλό εισόδημα παγκοσμίως (4). Η συνολική επίπτωση της κατάθλιψης στους εφήβους φαίνεται ότι κυμαίνεται στο 6%, ενώ στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 13 ετών, είναι στο 3%. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή κατατάσσεται στις κυρίαρχες αιτίες αναπηρίας, θνησιμότητας και θνητότητας και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Οι έφηβοι και τα νεαρά άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχουν επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αυτοκτονήσουν σε σχέση με τα άτομα που δεν εμφανίζουν τη διαταραχή. Η αυτοκτονία ευθύνεται για το 9,1% των θανάτων στην ηλικία των 15-19 ετών και αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου μετά από τα ατυχήματα και τη βία (2).

Η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας, έχει σημαντικά επηρεάσει την υγεία και το αίσθημα ευεξίας των ανθρώπων και ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων. Είναι διαπιστωμένο ότι η υγεία των πληθυσμών διαμορφώνεται από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, την αγορά εργασίας, τις δημόσιες πολιτικές και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των περιοχών (5). Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι Frasciullo et al.(2016) διαπίστωσαν ότι οι οικογένειες και τα παιδιά στα οποία επηρεάζεται το κοινωνικοοικονομικό τους περιβάλλον έχουν χειρότερη ψυχική υγεία, κυρίως λόγω αλλαγών των ενδοοικογενειακών σχέσεων και της ποιότητας της γονεϊκής φροντίδας (5). Σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων από 31 χώρες διαπιστώθηκε αύξηση στα αναφερόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας, σε χώρες που είχαν περισσότερο πληγεί από την οικονομική κρίση (Ιρλανδία, Πορτογαλία) και ότι το δεδομένο αυτό συσχετίζεται με την αύξηση του ποσοστού ανεργίας (6). Οι έφηβοι που θεωρούσαν ότι βρίσκονταν σε χειρότερη κοινωνικοοικονομική θέση είχαν τετραπλάσια πιθανότητα να αναφέρουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους και χειρότερη ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα, παιδιά με γονείς ανέργους παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης, μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ευεξία. Πολλές ψυχικές διαταραχές αρχίζουν στην εφηβεία και τη νεαρή ενήλικη ηλικία και τα άτομα που ζουν σε στερητικά περιβάλλοντα είναι περισσότερο ευάλωτα. Είναι ανησυχητικό δεδομένο το γεγονός ότι το 27% των νεαρών ευρωπαϊών ηλικίας μικρότερης των 18 ετών είναι σε κίνδυνο για φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ συνεχώς αυξάνει ο αριθμός των ατόμων που είναι άνεργοι και ζουν σε συνθήκες

στέρησης (5,7). Στον Καναδά η προσπάθεια αποτύπωσης του μεγέθους του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών, επιβεβαίωσε το γεγονός ότι η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών ποικίλει ανάλογα με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Παρατηρήθηκε μια τάση αύξησης των επισκέψεων στα επείγοντα των νοσοκομείων λόγω διαταραχών άγχους, ενώ ο χρόνος αναμονής για ραντεβού με επαγγελματία ψυχικής υγείας ήταν πολύ μεγάλος ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές (8).

Σε μια εθνικής εμβέλειας έρευνα που έγινε στην Αυστραλία (9), σε γονείς παιδιών ηλικίας 4-17 ετών και στους ίδιους τους εφήβους 11-17 ετών, διερευνήθηκε η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, το είδος των ψυχικών διαταραχών και οι συνέπειες τους, το ποσοστό των παιδιών και των εφήβων που είχαν χρησιμοποιήσει ιατρικές υπηρεσίες και ο ρόλος των σχολείων στο να παρέχουν σχετικές υπηρεσίες. Η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής βασίστηκε στα κριτήρια του DSM-IV και αφορούσε τους 12 μήνες πριν τη διάγνωση. Περίπου ένα στα επτά παιδιά ηλικίας 4-17 ετών (13,9%) βρέθηκε να παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή τους τελευταίους 12 μήνες. Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας ήταν η πιο συχνή διαταραχή, και ακολουθούσαν η αγχώδης διαταραχή, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και η διαταραχή συμπεριφοράς. Περίπου στο 1/3 των παιδιών και εφήβων ηλικίας 4-17 ετών, στα οποία διαπιστώθηκε μια ψυχική διαταραχή, βρέθηκε να συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές στο ίδιο χρονικό διάστημα των τελευταίων 12 μηνών. Τα 3/5 των παιδιών και εφήβων ηλικίας 4-17 ετών με ψυχική διαταραχή παρουσίαζαν ήπια συμπτώματα, ενώ ένα στα επτά παρουσίαζε σοβαρή ψυχική νόσο. Οι έφηβοι ήταν περίπου τρεις φορές πιθανότερο να παρουσιάσουν σοβαρή ψυχική νόσο. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είχε συγκριτικά τις σοβαρότερες συνέπειες στη λειτουργική ικανότητα. Με βάση τις απαντήσεις των ίδιων των εφήβων, ένας στους 13 ηλικίας 11-17 ετών πληρούσε τα κριτήρια του DSM-IV για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή τους τελευταίους 12 μήνες. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ήταν συχνότερη στα κορίτσια και στους μεγαλύτερους εφήβους. Το ποσοστό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής που διαπιστώθηκε μετά από τις πληροφορίες που έδωσαν οι ίδιοι οι έφηβοι ήταν πολύ μεγαλύτερο (7.7%) από αυτό που διαπιστώθηκε, όταν τις πληροφορίες τις έδιναν οι γονείς (4.7%). Σημαντική διαπίστωση αποτελεί η παρατήρηση ότι υπάρχει χαμηλή σύμπτωση/συμφωνία των ποσοστών διάγνωσης όταν συγκρίθηκαν οι πληροφορίες

των εφήβων με των γονιών (1.9%).

Στις τελευταίες δεκαετίες έχει διαπιστωθεί μια αύξηση της επίπτωσης της κατάθλιψης στην εφηβεία. Αν και δεν έχει πλήρως ξεκαθαριστεί η αιτία αυτής της αύξησης -αν δηλαδή πρόκειται για αληθινή αύξηση ή είναι συνέπεια μεθοδολογικών προβλημάτων μέτρησης της πραγματικής επίπτωσης- η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας επισημοποίησε και ανακοίνωσε την αύξηση της επίπτωσης της κατάθλιψης σε παγκόσμιο επίπεδο (2012) και επεσήμανε την ανάγκη συντονισμένης αντιμετώπισης σε κάθε χώρα (10,11).

Στην Ελλάδα υπάρχει στατιστικά σημαντική αύξηση της επίπτωσης της κατάθλιψης όπως διαπιστώθηκε από δεδομένα πριν και μετά την οικονομική κρίση (12). Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη επίπτωση και συννοσηρότητα της κατάθλιψης και στους εφήβους. Από αυτούς ένα μικρό ποσοστό αναζητά ιατρική βοήθεια, ενώ φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με οικονομικές δυσκολίες (7,10).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε μαθητές Λυκείου (2010) διαπιστώθηκε επίπτωση της τάξης του 26,2%, ενώ διαπιστώθηκε συσχέτιση με το φύλο (τα κορίτσια είχαν υψηλότερα ποσοστά από τα αγόρια), με τις επιδόσεις στο σχολείο (μαθητές με καλύτερες επιδόσεις είχαν χαμηλότερα ποσοστά) (13). Ανάλογα υψηλά ποσοστά είχαν διαπιστωθεί και σε παλαιότερη μελέτη (1993) σε εφήβους 12-17 ετών (14). Είναι αξιοσημείωτο ότι συχνά μαθητές που πληρούν τα κριτήρια της καταθλιπτικής διαταραχής σε συχνότητα, αριθμό επεισοδίων και διάρκεια δεν αξιολογούνται από το περιβάλλον τους ότι έχουν κατάθλιψη (9,15).

Έχει διαπιστωθεί, ότι η κατάθλιψη στην εφηβεία παρουσιάζει σημαντική συννοσηρότητα με το άγχος και τη χρήση ουσιών (9,10).

Φαίνεται ότι η «υγιής» ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας συμβάλλει στην καλή ψυχική υγεία και προλαμβάνει την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Η ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων, η ενίσχυση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων και η αυτοεκτίμηση/αυτοπεποίθηση προλαμβάνουν την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων, όπως τις δυσκολίες επικοινωνίας, το άγχος, την κατάθλιψη, τις διατροφικές διαταραχές, αλλά και τις συμπεριφορές ρίσκου όπως την κατανάλωση ουσιών, τις συμπεριφορές βίας και τη μη ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά (1).

Η έγκαιρη φροντίδα των αναγκών της ψυχικής υγείας των εφήβων είναι κρίσιμης σημασίας ώστε να είναι εφικτό τα άτομα αυτά να εκπληρώσουν τις δυνατότητες τους και τις επιδιώξεις τους. Χωρίς τη δυνατότητα αποτελεσματικής

θεραπείας η πορεία της εξέλιξης των ψυχικών νοσημάτων συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή, με σοβαρές συνέπειες για τα ίδια τα παιδιά, τις οικογένειες τους και την κοινωνία (16). Το οικονομικό κόστος προκύπτει αξιοσημείωτο για την κάθε χώρα (16), ενώ υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών στη χρηματοδότηση της πρόληψης και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας. Τα προγράμματα για εφήβους διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τους σκοπούς, τις ομάδες στόχο και τις προσεγγίσεις. Τα περισσότερα προγράμματα έχουν στόχο την πρόληψη της ψυχικής νόσου και ελάχιστα την προαγωγή της ψυχικής ευεξίας. Μεγάλος αριθμός προγραμμάτων στοχεύει στον εκφοβισμό και τη μείωση της κοινωνικής επίπτωσης του στίγματος της ψυχικής νόσου (17).

Η αποτελεσματικότητα κάποιων παρεμβάσεων για την πρόληψη συγκεκριμένων ψυχικών προβλημάτων έχει τεκμηριωθεί, ωστόσο φαίνεται ότι οι ανάγκες φροντίδας της ψυχικής υγείας δεν καλύπτονται ούτε σε χώρες με υψηλό εισόδημα. Μόλις ένα στα επτά άτομα αναζήτησαν υπηρεσίες υγείας στην παραπάνω μελέτη στην Αυστραλία (9). Αντίστοιχα στον Καναδά -με το 12,6% των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 4-17 ετών να παρουσιάζουν σημαντικές ψυχικές διαταραχές- μόνο το 31% αυτών των παιδιών έχουν φροντίδα ψυχικής υγείας (16). Οι αιτίες φαίνεται ότι εντοπίζονται στον μη επαρκή αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στη δυσκολία πρόσβασης, στο έλλειμμα δεξιοτήτων και κινήτρου στους μη ειδικούς επαγγελματίες υγείας να παρέχουν φροντίδα ψυχικής υγείας και στο κοινωνικό «στίγμα», που μπορεί να συνοδεύει τη διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής και το οποίο μπορεί να εμποδίσει το άτομο από το αναζητήσει ιατρική βοήθεια (3,4,18). Πρόσφατα οι Renaud et al. (2014) ανέφεραν ότι στο Κεμπέκ το 90% των νέων που διέπραξαν αυτοκτονία, είχαν ψυχικά προβλήματα, αλλά από αυτούς μόνο το 50% είχαν ψυχιατρική φροντίδα στον τελευταίο χρόνο πριν την αυτοκτονία τους (18).

Φαίνεται ότι οι έφηβοι και τα νεαρά άτομα προτιμούν να βασίζονται στον εαυτό τους για την επίλυση των προβλημάτων τους (4,18). Πολλοί αναφέρουν ότι φοβήθηκαν τη διαδικασία της αναζήτησης βοήθειας αλλά και το είδος της βοήθειας που θα έβρισκαν (4). Αντίθετα, έχει τεκμηριωθεί, ότι νεαρά άτομα που έχουν αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με επαγγελματίες υγείας και έχουν θετική εμπειρία από υπηρεσίες υγείας, έχουν μειωμένο άγχος και φόβο και είναι πιθανότερο να αναζητήσουν εξωτερική βοήθεια στο μέλλον (4).

Η στοχευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η διαχρονικότητα της

φροντίδας και ο κατάλληλος συντονισμός είναι απαραίτητες για τη φροντίδα της ψυχικής νόσου και την πρόληψη των αυτοκτονιών των νέων ανθρώπων. Από τα ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι η μείωση της δυνατότητας διαχρονικής φροντίδας συσχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ότι η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας συσχετίζεται αρνητικά με τη συχνότητα των αυτοκτονιών (18). Η εφαρμογή συγκεκριμένων συστάσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο - η διαθεσιμότητα 24ωρης φροντίδας για την αντιμετώπιση κρίσης, κλινικά πρωτόκολλα και διεπιστημονική εκτίμηση μετά από κάποιο περιστατικό, ώστε να αξιοποιηθούν τα δεδομένα- είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση της συχνότητας των αυτοκτονιών στις περιοχές που εφαρμόστηκαν σε σχέση με τις περιοχές που δεν εφαρμόστηκαν (18,19).

Υπάρχει κατά συνέπεια ανάγκη εθνικών στρατηγικών για την αποτύπωση του προβλήματος σε εθνικό επίπεδο και σχεδιασμού evidence-based κλινικών πρακτικών.

3.8 Σεξουαλική υγεία

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι απαραίτητη προϋπόθεση για υπεύθυνη, ασφαλή και ικανοποιητική σεξουαλική ζωή.

Ως σεξουαλική υγεία ορίζεται η “.....κατάσταση της βιολογικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας σε συσχέτιση με τη σεξουαλικότητα, και δεν ορίζεται απλά ως η απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αδυναμίας. Η σεξουαλική υγεία προϋποθέτει σεβασμό και θετική προσέγγιση στη σεξουαλικότητα και τις σεξουαλικές σχέσεις, τη δυνατότητα για ευχάριστες και ασφαλείς σεξουαλικές εμπειρίες, που δεν συνοδεύονται από εξαναγκασμό, διακρίσεις και βία. Προϋπόθεση για την επίτευξη και διατήρηση της σεξουαλικής υγείας αποτελεί ο σεβασμός, η προστασία και η εφαρμογή των σεξουαλικών δικαιωμάτων όλων των ατόμων”(WHO, 2006a) (1).

Η σεξουαλική υγεία δεν μπορεί να ορισθεί, να κατανοηθεί ή να γίνει εφαρμόσιμη χωρίς την ευρεία θεώρηση της σεξουαλικότητας, που εμπεριέχει σημαντικές συμπεριφορές και σχετικά με τη σεξουαλική υγεία αποτελέσματα. Σύμφωνα με το ισχύοντα ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη σεξουαλικότητα: “...η γενική θεώρηση της ανθρώπινης ύπαρξης στη διάρκεια του ανθρώπινου βίου, περιλαμβάνει το βιολογικό φύλο, τις ταυτότητες των φύλων και τους ρόλους, τον σεξουαλικό προσανατολισμό, τον ερωτισμό, την ευχαρίστηση, την οικειότητα και την αναπαραγωγή. Η σεξουαλικότητα βιώνεται και εκφράζεται στις

σκέψεις, τις φαντασιώσεις, τις επιθυμίες, τις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις αξίες, τις συμπεριφορές, τις πρακτικές, τους ρόλους, και τις σχέσεις...Η σεξουαλικότητα επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών, πολιτισμικών, νομικών, ιστορικών, θρησκευτικών και πνευματικών παραγόντων”(WHO, 2006a) (16).

Η φροντίδα για σεξουαλική υγεία απαιτεί γνώση και κατανόηση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και των σύνθετων παραγόντων που διαμορφώνουν τη σεξουαλική συμπεριφορά του ατόμου. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν τον ασφαλή -ή όχι- τρόπο με τον οποίο το άτομο επιλέγει να εκφράσει τη σεξουαλικότητα του, που μπορεί να οδηγήσει σε σεξουαλική υγεία και ευεξία ή σε συμπεριφορές αυξημένου κινδύνου που θα έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο όρος σεξουαλικότητα δεν αφορά μόνο την σεξουαλική δραστηριότητα (σεξ). Είναι ευρύτερος και εμπεριέχει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει το σώμα του (ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας), τον τρόπο που βιώνει τα αισθήματα της οικειότητας, έλξης και τρυφερότητας για άλλα άτομα και τον τρόπο που βιώνει και διατηρεί υγιείς (ερωτικές) σχέσεις.

Ο σεξουαλικός προσανατολισμός, δηλαδή η βιολογική και συναισθηματική έλξη του ατόμου προς άτομα του ίδιου ή του αντίθετου φύλου, διαφέρει από την ταυτότητα του φύλου. Το άτομο μπορεί να είναι ετερόφυλο, ομοφυλόφιλο ή αμφιφυλόφιλο. Ο σεξουαλικός προσανατολισμός όμως συχνά δεν οριστικοποιείται στην εφηβεία. Οι έφηβοι μπορεί να πειραματισθούν σεξουαλικά με άτομα του ίδιου ή διαφορετικού φύλου, μία ή περισσότερες φορές, αυτή η συμπεριφορά όμως δεν τους κατατάσσει υποχρεωτικά, στη μια ή την άλλη ομάδα. Πάντως οι έφηβοι που αποφασίζουν να «δηλώσουν» τις ομοφυλόφιλες σεξουαλικές τους προτιμήσεις στο περιβάλλον τους, συχνά δεν έχουν πρότυπα αντίστοιχων σχέσεων ή δεν βρίσκουν άτομα να αναπτύξουν συναισθηματική ή σεξουαλική σχέση στο περιβάλλον τους με αποτέλεσμα να καταφεύγουν στο διαδίκτυο, αντιμετωπίζοντας όλους τους πιθανούς κινδύνους. Επιπρόσθετα ένα ιστορικό ετεροφυλόφιλης συμπεριφοράς δεν αποκλείει την τελική απόφαση για ομοφυλόφιλο προσανατολισμό. Υπάρχει μεγάλη κοινωνική πίεση στους νέους ανθρώπους για ετεροφυλόφιλη σεξουαλική συμπεριφορά, την οποία συχνά επιλέγουν τα νέα άτομα για να καμουφλάρουν τον πραγματικό τους σεξουαλικό προσανατολισμό (2).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η προστασία της σεξουαλικής

υγείας είναι πολυπαραγοντική και αφορά τις σχετικές νομοθεσίες και πολιτικές, την εφαρμογή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την εφαρμογή σχετικών προγραμμάτων αγωγής υγείας, το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, τις οικονομικές συνθήκες του ατόμου και τις υπηρεσίες υγείας (3). Πιο συγκεκριμένα η νομοθεσία και οι πολιτικές πρέπει να εξασφαλίσουν την προαγωγή, προστασία και παροχή σχετικών πληροφοριών και υπηρεσιών, αλλά και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων, με στόχο την αποφυγή διακρίσεων, προκαταλήψεων και στίγματος σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και την κατάσταση της σεξουαλικής υγείας.

Η παροχή σχετικών γνώσεων και πληροφοριών μέσω της αγωγής υγείας είναι θεμελιώδης για την προαγωγή της σεξουαλικής υγείας. Αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο μέσω του οποίου οι νέοι άνθρωποι κατανοούν και υιοθετούν ασφαλείς σεξουαλικές συμπεριφορές και μειώνουν τον κίνδυνο για μετάδοση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, επικίνδυνες εκτρώσεις. Η αγωγή υγείας μπορεί να λάβει χώρα στο σχολείο, σε εργασιακούς χώρους ή στην κοινότητα. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν κεντρικό ρόλο σε αυτήν την προσπάθεια. Μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον ασφαλές, χωρίς επικριτική στάση, εμπιστευτικό, ώστε τα άτομα να μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες και τα προβλήματα τους. Οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται πρέπει να εκπαιδεύονται κατάλληλα και διαχρονικά, ώστε να εξασφαλιστεί ότι η πληροφορία και η συμβουλευτική που παρέχουν είναι συστηματική, ακριβής, επιστημονικά τεκμηριωμένη, κατάλληλη και ελεύθερη από διακρίσεις, στίγμα και προκατάληψη.

Το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο επηρεάζουν σημαντικά την πρόσβαση των ατόμων στις υπηρεσίες αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας και στη σχετική πληροφορία. Η στάση της οικογένειας, της κοινωνίας και της κοινότητας πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και σε καμιά περίπτωση να μην υποτιμηθεί, τόσο σε επίπεδο εκτίμησης των στάσεων και αντιλήψεων όσο και σε επίπεδο αποδοχής των σχετικών δράσεων και παρεμβάσεων. Έχει διαπιστωθεί ότι οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις λαμβάνουν χώρα σε κοινότητες που έχουν συμφωνήσει και επιλέξει να αλλάξουν πεποιθήσεις και παραδόσεις.

Οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες είναι συχνά η αιτία για την υιοθέτηση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου για τη σεξουαλική υγεία. Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής συμπεριφοράς και οικονομικής εξάρτησης, που δεν πρέπει να υποτιμάται. Η παροχή πληροφοριών δεν είναι από μόνη της επαρκής για

την αλλαγή συμπεριφοράς, για την επίτευξη της οποίας πρέπει οπωσδήποτε να ληφθεί υπόψη το δεδομένο πλαίσιο ζωής του ατόμου.

Τα συστήματα υγείας οφείλουν να παρέχουν υπηρεσίες με στόχο τη σεξουαλική υγεία σε όλα τα άτομα αδιακρίτως, οι οποίες πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες, αποδεκτές, υψηλής ποιότητας και προσιτές, ενώ ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη δυνατότητα χρήσης τους από τα νέα άτομα. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να παρέχονται ως μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή να αποτελούν ξεχωριστή παροχή. Σε κάθε περίπτωση οφείλουν να εξασφαλίσουν την εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών και τη χωρίς διακρίσεις παροχή υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας βασικά θέματα φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας (3) για την επίτευξη σεξουαλικής υγείας αποτελούν:

- Η αγωγή υγείας για θέματα σεξουαλικής υγείας και πρόληψης.
- Η συμβουλευτική για θέματα σεξουαλικής υγείας βασισμένη στις ανάγκες του ατόμου.
- Η έγκαιρη αναγνώριση και παραπομπή των θυμάτων σεξουαλικής ή άλλης μορφής βίας.
- Η συμβουλευτική, ο έλεγχος, η θεραπεία και η παρακολούθηση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Η διάγνωση, η έγκαιρη ανίχνευση, η θεραπεία και η παρακολούθηση των λοιμώξεων και των νεοπλασιών του αναπαραγωγικού συστήματος (RTIs) και η συσχετιζόμενη στειρότητα.
- Η διάγνωση και η παραπομπή λόγω σεξουαλικής δυσλειτουργίας.
- Η ασφαλής έκτρωση μέσα στα πλαίσια του νόμου.
- Η μετά την έκτρωση παρακολούθηση και συμβουλευτική σχετική με θέματα αντισύλληψης.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας των εφήβων, με συνέπεια αύξηση των εφηβικών εγκυμοσυνών και των εκτρώσεων, αύξηση της επίπτωσης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, και σημαντικό ποσοστό ψυχοκοινωνικών θεμάτων (4,5,6,7,8). Αν και η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας στην εφηβεία είναι μια αναμενόμενη συμπεριφορά στα πλαίσια της φυσιολογικής ανάπτυξης, μπορεί να αποτελέσει και την αιτία αρνητικών εμπειριών και προβλημάτων, αν ξεκινήσει πρώιμα ή χωρίς προσοχή στους κινδύνους. Δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός για πότε είναι

πρώιμη η έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, συχνά προσδιορίζεται ως η έναρξη στα πρώτα χρόνια του γυμνασίου ή πριν το άτομο να μπορεί νομικά να συναινέσει. Η έναρξη όμως σε μια ηλικία που τα νεαρά άτομα είναι σε διαδικασία συναισθηματικής και νοητικής ανάπτυξης αυξάνει τις πιθανότητες για πρακτικές μη ασφαλούς σεξ με αποτέλεσμα μη επιθυμητή εγκυμοσύνη ή σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έχει διαπιστωθεί ότι η έναρξη πρώιμων σεξουαλικών σχέσεων μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ευεξία, την αυτο-αντίληψη, την κοινωνική θέση και τις μελλοντικές συμπεριφορές που έχουν σχέση με την υγεία. Επιπρόσθετα η πρώιμη έναρξη συσχετίζεται αιτιολογικά με τη χρήση ουσιών, τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση και με αυξημένη πιθανότητα για κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή, σε συνάρτηση με το κοινωνικό περιβάλλον (7,8).

Η σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζεται από βιολογικούς παράγοντες (ορμονικοί παράγοντες, ανάπτυξη εγκεφάλου), από το πολιτισμικό περιβάλλον, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και την κοινωνική πίεση. Η καλή κατανόηση όλων των παραμέτρων και το πώς αυτοί αλληλεπιδρούν είναι βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων για τη διαμόρφωση ασφαλούς στάσης σε θέματα σεξουαλικής υγείας (6,7,8).

Σύμφωνα με την διεθνή έρευνα HBSC για το 2013/2014 (8), που πραγματοποιείται σε 42 χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής και απευθύνεται σε εφήβους 11, 13, και 15 ετών, φαίνεται ότι ο επιπολασμός των ατόμων με πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων διαφέρει σημαντικά τόσο μέσα στην επικράτεια της κάθε χώρας όσο και μεταξύ των χωρών. Διαφορές σε σχέση με το φύλο διαπιστώνονται σε 21 από τις 40 χώρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα αγόρια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν σεξουαλικές σχέσεις από τα κορίτσια, με εξαίρεση το Ηνωμένο Βασίλειο, που το δεδομένο αυτό αντιστρέφεται. Το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν ότι έχουν κάποια στιγμή ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις κυμαίνεται από 1% στα κορίτσια στην Αρμενία σε 40% στα αγόρια στη Βουλγαρία. Η συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας και της πιθανότητας έναρξης σεξουαλικών σχέσεων παρουσιάζει διαφορές μεταξύ των χωρών, αν και φαίνεται ότι τα αγόρια που ανήκουν σε οικογένειες με υψηλό εισόδημα είναι πιθανότερο να έχουν σεξουαλική εμπειρία σε περίπου τις μισές χώρες. Σημειώνεται ότι στη μελέτη του 2014 παρατηρήθηκε μια μείωση του ποσοστού των 15χρονων που έχουν ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις (21%-17% κορίτσια και 24% αγόρια) σε σχέση με το 2010 (26%) (8,9).

Σε σχέση με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν ότι το ποσοστό για τους εφήβους αυξάνει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, ενώ για μερικά από αυτά τα νοσήματα η ηλικιακή ομάδα των εφήβων έχει τη μεγαλύτερη επίπτωση (9). Η χρήση των προφυλακτικών είναι αποτελεσματική για την προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την εγκυμοσύνη και είναι εύκολα προσβάσιμα από τους εφήβους. Το ποσοστό χρήσης τους από τους 15χρονους στην τελευταία σεξουαλική επαφή, στην 2013/2014 μελέτη, κυμαίνεται στο 62% για τα κορίτσια και 68% για τα αγόρια (9).

Στις ΗΠΑ την περίοδο 2011-2013 το ποσοστό των εφήβων ηλικίας 15-19 που ανέφεραν ότι είχαν σεξουαλική επαφή πριν την ηλικία των 15 ετών ήταν 13% για τα κορίτσια και 18% για τα αγόρια. Το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 19% και 21% αντίστοιχα, το 1995 (10). Στις ΗΠΑ το 62% των μαθητών έχουν ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις πριν τελειώσουν το σχολείο (7).

Σε έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (2011) (11) για τη ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων στην Ελλάδα, αναφέρονται σχετικά με τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων τα εξής:

- Ποσοστό 28,6% των 15χρονων, σχεδόν 1 στους τρεις, περισσότερα αγόρια από κορίτσια, αναφέρουν πως είχαν ήδη μια σεξουαλική επαφή. Από αυτούς τους εφήβους, ο 1 στους 3 είχε την πρώτη του εμπειρία, στην ηλικία των 14 χρονών.
- Το πιο διαδεδομένο μέτρο αντισύλληψης αναφέρεται ότι είναι το προφυλακτικό.
- Το συνολικό ποσοστό των 15χρονων εφήβων, που είχαν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, αυξήθηκε το 2010, σε σύγκριση με το 2002, με την αύξηση αυτή να αφορά κυρίως τα κορίτσια.
- Ένας στους πέντε 15χρονους απάντησε ότι κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή δεν έλαβε κανένα είδος προφύλαξης.
- Φαίνεται ότι η χρήση προφυλακτικού εξαρτάται σημαντικά από την ποιότητα της επικοινωνίας γονιού-παιδιού στους εφήβους που αναφέρουν ολοκληρωμένη σεξουαλική εμπειρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική σχέση της χρήσης προφυλακτικού στα αγόρια που θεωρούν καλή την επικοινωνία με τον πατέρα τους (87,4%) σε σύγκριση με εκείνα που θεωρούν την επικοινωνία με τον πατέρα τους δύσκολη (76,6%).

Σε μελέτη στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών (2010), για την εκτίμηση της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας και των μεθόδων αντισύλληψης που προτιμώνται από τους εφήβους η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής

δραστηριότητας ήταν τα 14 χρόνια (+/-1,5 χρόνια). Οι σεξουαλικά ενεργείς έφηβοι προτιμούν το προφυλακτικό ως μέσο αντισύλληψης (90,6%), αλλά μόνο το 32% το χρησιμοποιεί σωστά (σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής) (12).

Σε αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα (2014) σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου το 21,8% ανέφερε πως έχει ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις και η μέση ηλικία έναρξης ήταν τα 14,5 έτη (αγόρια/κορίτσια: 3/1). Τα προφυλακτικά ήταν η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη αντισυλληπτική μέθοδος (79,9%) με δεύτερη «το τράβηγμα» (38,9%). Επείγουσα αντισύλληψη ανέφερε το 9,6%. Οι έφηβοι που ανήκαν σε οικογένειες με διαζευγμένους γονείς, σε οικογένειες που ο ένας γονιός είχε πεθάνει ή σε αλλοδαπές οικογένειες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις. Από τους εφήβους που είχαν ξεκινήσει σεξουαλικές σχέσεις στατιστικά σημαντικό ποσοστό ανέφερε προβλήματα συγκέντρωσης και κατανόησης, αποκλίνουσες προβληματικές συμπεριφορές, επιθετική συμπεριφορά, και εξωτερικευμένα προβλήματα συμπεριφοράς (13).

Η πρόωγη έναρξη της σεξουαλικής ζωής των εφήβων στην Ελλάδα, συσχετίζεται με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, ασταθές οικογενειακό περιβάλλον (διαζύγιο, πρόσφατος θάνατος, μητέρα που δεν ζει μαζί με τον έφηβο), συνομήλικους φίλους που είναι σεξουαλικά έμπειροι, αλλά και με την αναζήτηση πληροφοριών από τους φίλους (12,13).

Φαίνεται ότι η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής τοποθετείται πλέον στη μέση εφηβεία (5,11,12,13,14).

Η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε πρόωγη ηλικία σε συνδυασμό με την πλημμελή υιοθέτηση μέσων αντισύλληψης από τους εφήβους, αυξάνει την πιθανότητα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και της μόλυνσης από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Στην Ευρώπη το μέσο ποσοστό γεννήσεων από κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών υπολογίζεται σε 25/1000 έφηβες και κυμαίνεται από 4 στην Ελβετία σε 57 στην Βουλγαρία (15). Στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται σε 18 (15). Από τα δεδομένα προκύπτει ότι οι Κάτω Χώρες, οι Σκανδιναβικές χώρες και η Δανία έχουν χαμηλά ποσοστά εφηβικών εγκυμοσυνών και εκτρώσεων, ενώ κάποια αύξηση στα ποσοστά εκτρώσεων οφείλονται κυρίως σε μετανάστες (15,16). Τα ποσοστά εκτρώσεων είναι υψηλά σε κάποιες χώρες και χαμηλά σε άλλες, αντανακλώντας

διαφορές σε νομοθεσία και κοινωνικές στάσεις (17).

Η έλλειψη γνώσης, εμπειρίας και κατάλληλης συμβουλευτικής μπορεί να έχει ως συνέπεια την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και σε κάποιες περιπτώσεις και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα (5,14,17,18,19). Η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη είναι γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο γάμο ή να περιορίσει τις δυνατότητες των κοριτσιών για εκπαίδευση ή/και εργασία (5,18). Σύμφωνα με αναδρομικά δεδομένα, από το 1985 έως το 2003, οι έφηβες μητέρες ηλικίας 14-19 ετών, αποτελούσαν το 7,48% του συνόλου των γεννήσεων στα δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία, Γυναικολογίας και Μαιευτικής της Αθήνας. Στο σύνολο των εφηβικών εγκυμοσυνών, το 36% κατέληξε σε τοκετό, 56% σε έκτρωση και 8% σε αυτόματη αποβολή. Αν και παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού των εφηβικών γεννήσεων από 9% το 1985 σε 5,2% το 2003, η εγκυμοσύνη στην εφηβεία και το υψηλό ποσοστό των εκτρώσεων παραμένουν σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα (16,18). Αντίστοιχη αναδρομική μελέτη από τα δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία, Γυναικολογίας και Μαιευτικής της Αθήνας είχε γίνει με τα δεδομένα από το 1985-1998, όπου είχαν επισημανθεί ανάλογα δεδομένα (20). Η απόφαση για διακοπή της εγκυμοσύνης είναι κοινωνικά ευκολότερη συγκριτικά με παλαιότερα (18).

Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας αποτελεί σημαντικό ορόσημο στη ζωή των εφήβων. Υπάρχει η τάση όμως, η γνώση για τη σεξουαλική υγεία, την αναπαραγωγική διαδικασία και την αντισύλληψη να αποκτάται μετά την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την έγκαιρη σεξουαλική αγωγή, ώστε να μειωθεί το ποσοστό των εφηβικών εγκυμοσυνών, των εκτρώσεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η στάση της πολιτείας απέναντι στη σεξουαλική αγωγή υπήρξε αμφίθυμη τα τελευταία χρόνια, ενώ υπάρχει η εγγενής δυσκολία πολλοί γονείς να μη μπορούν να ενημερώσουν το παιδί τους για θέματα αντισύλληψης (21).

Μέσα στο πληθυσμό των εφήβων, υπάρχουν και οι έφηβοι με κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή κάποια αναπηρία. Συχνά υπάρχει η πεποίθηση ότι τα άτομα αυτά δεν θα έχουν σεξουαλική ζωή, φαίνεται όμως πως η πραγματικότητα είναι διαφορετική και είναι σημαντικό τα άτομα αυτά να υποστηριχτούν ανάλογα με το πρόβλημα τους ώστε η σεξουαλική τους ζωή να είναι όσο πιο ομαλή γίνεται. Η συζήτηση των θεμάτων που αφορούν τη σεξουαλική ζωή αυτών των εφήβων πρέπει να γίνεται και με τα δύο φύλα και να περιλαμβάνει πληροφορίες σε σχέση με την

ήβη, τη γονιμότητα, την κληρονομικότητα της νόσου τους, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τις επιλογές αντισύλληψης και την επίπτωση μιας εγκυμοσύνης. Ιδιαίτερα σε ότι αφορά άτομα με σοβαρά νοητικά προβλήματα και χαμηλό δείκτη νοημοσύνης είναι πραγματικά πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας να προσπαθήσουν να εξηγήσουν σύνθετες λειτουργίες με τρόπο κατανοητό σε αυτά τα άτομα. Στην περίπτωση αυτών των εφήβων υπάρχει επιπρόσθετα και η αγωνία για πιθανή σεξουαλική εκμετάλλευση και εγκυμοσύνη. Η προσπάθεια για σεξουαλική αγωγή πρέπει να εστιάσει καταρχήν στα μείζονα θέματα με ειδικό τρόπο, όπως κατακερματίζοντας την πληροφορία σε μικρά τμήματα, δίνοντας παραδείγματα ή εικόνες, με στόχο τη βελτίωση των σχετικών με τη σεξουαλική ζωή και υγεία δεξιοτήτων αυτών των εφήβων (2).

Η οικογένεια είναι συνήθως η πρώτη πηγή πληροφοριών του παιδιού και του εφήβου σχετικά με τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική υγεία και έτσι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αγωγή του και στη διαμόρφωση υγιών στάσεων και συμπεριφορών. Η στάση της οικογένειας και οι πληροφορίες που παρέχονται ή δεν παρέχονται από το οικογενειακό περιβάλλον, το περιεχόμενο και ο τρόπος της επικοινωνίας διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι έφηβοι αποφασίζουν (8,22,23,24,25).

Σε μια μετα-ανάλυση (25) που περιέλαβε δεδομένα 30 ετών και δείγμα 52 μελετών (25314 έφηβοι) και εξέτασε τη συσχέτιση μεταξύ της επικοινωνίας γονέα-εφήβου για θέματα σεξουαλικών σχέσεων και ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών από τους εφήβους, βρέθηκε ότι: υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επικοινωνίας γονέα - εφήβου για θέματα σεξουαλικών σχέσεων και της εφαρμογής ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών (ιδιαίτερα σε ότι αφορά τη χρήση προφυλακτικού και αντισύλληψης), ενώ η συσχέτιση της επικοινωνίας με τις ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές ήταν ισχυρότερη για τα κορίτσια και για τους εφήβους που συζητούσαν σεξουαλικά θέματα με τις μητέρες τους. Δεν διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση της επικοινωνίας με τον πατέρα και ασφαλών σεξουαλικών πρακτικών. Φαίνεται ότι οι άνδρες και τα αγόρια είναι λιγότερο πρόθυμοι στο να εκφραστούν λεκτικά και συναισθηματικά από τις γυναίκες και τα κορίτσια. Αυτή η δυσκολία να μοιραστούν συναισθήματα ή να συζητήσουν θέματα που του προκαλούν αμηχανία εμποδίζει την καλή επικοινωνία πατέρα και εφήβου. Σε κάθε περίπτωση πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την επικοινωνία γονιού και εφήβου, παράγοντες που όμως πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους

επαγγελματίες υγείας και να υποστηρίξουν τη βελτίωση της επικοινωνίας, δεδομένης της σημασίας σε θέματα σεξουαλικής υγείας.

Σε μελέτη εφήβων στον Καναδά (2), οι έφηβοι που ανέφεραν ότι ξεκίνησαν σεξουαλικές σχέσεις πριν την ηλικία των 14 ετών, είχαν λιγότερο καλή επικοινωνία και επαφή με τη μητέρα και τον πατέρα σε σχέση με αυτούς τους εφήβους που δεν είχαν εμφανίσει αυτήν τη συμπεριφορά. Οι έφηβοι αξιολογούν τους γονείς, τους φίλους και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας ως σημαντικές πηγές πληροφόρησης. Δεν είναι όμως πάντα εύκολη η επικοινωνία των εφήβων με τους γονείς για θέματα σεξουαλικής υγείας και σεξουαλικότητας, εξαιτίας των πεποιθήσεων των γονέων ή και της αντίρρησης τους στη σεξουαλική ζωή των εφήβων. Οι γονείς πρέπει να ενδυναμωθούν ώστε να μπορέσουν να επικοινωνήσουν τις αξίες τους, να κάνουν χιούμορ και να παραδεχτούν την αμηχανία τους να συζητήσουν αυτό το συγκεκριμένο θέμα, να διασφαλίσουν την εμπιστοσύνη τους παιδιού τους και να μιλήσουν ουσιαστικά μαζί του παρέχοντας σχετικές πληροφορίες και πηγές (2).

Η προσπάθεια για σεξουαλική αγωγή για να είναι αποτελεσματική, οφείλει να είναι πολυδιάστατη και να περιλαμβάνει τους γονείς, τους επαγγελματίες υγείας, τους εκπαιδευτικούς, την εκκλησία/θρησκευτικό πλαίσιο, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, τους εργασιακούς χώρους, τους ίδιους τους εφήβους και φυσικά την πολιτεία (2,5,8,14,17,18,19,20,21,23,26).

Σύμφωνα με τεκμηριωμένα δεδομένα, συστηματικές και ολοκληρωμένες δράσεις αγωγής υγείας σχετικές με τη σεξουαλική υγεία ενδυναμώνουν τους εφήβους, ώστε να αντέξουν τις πιέσεις και να αρνηθούν να ξεκινήσουν σεξουαλικές σχέσεις πρώιμα. Τέτοιες συστηματικές δράσεις ενσωματώνουν όλα τα θέματα της σεξουαλικότητας, όπως τα ραντεβού και τις σχέσεις, τη λήψη αποφάσεων, την επικοινωνία, την αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και την πρόληψη της εγκυμοσύνης. Επιπρόσθετα οφείλουν να καλλιεργήσουν στους εφήβους, που ξεκινούν τη σεξουαλική τους ζωή, την ικανότητα να δημιουργήσουν σχέσεις υπεύθυνες, υγιείς και αμοιβαία προστατευτικές (2,26).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση της Cochrane Database of Systematic Reviews (26) φαίνεται ότι υπάρχει η ανάγκη για προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στους εφήβους, στον σχεδιασμό των οποίων πρέπει να συμμετέχουν και οι έφηβοι και που να περιλαμβάνουν επιλογές αντισύλληψης και προφυλακτικά. Τα σχολεία θα μπορούσαν να είναι ο χώρος που αυτές οι υπηρεσίες θα προσφέρονται. Σημειώνεται ότι μόνο η ύπαρξη μαθημάτων στο ωρολόγιο πρόγραμμα του σχολείου

δεν είναι αποτελεσματική στη βελτίωση των συμπεριφορών, στη μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και των εγκυμοσυνών.

Οι έφηβοι πρέπει έγκαιρα να έχουν τις πληροφορίες, ώστε να μείνουν υγιείς, να φροντίζουν το σώμα τους και να παίρνουν σωστές αποφάσεις. Εξάλλου, κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας διαμορφώνονται οι συμπεριφορές και οι συνήθειες που αφορούν την υγεία και τον τρόπο ζωής, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή. Η συστηματική προσπάθεια για αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία είναι θεμελιώδης για την προστασία της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, με την προϋπόθεση ο τρόπος παρέμβασης να είναι προσαρμοσμένος στις ιδιαίτερες αναπτυξιακές ανάγκες αυτής της ηλικίας και στο κατά περίπτωση κοινωνικό πλαίσιο. Αυτό σημαίνει ότι όλοι οι έφηβοι χρειάζονται φιλικές προς αυτούς υπηρεσίες υγείας και επαγγελματίες υγείας εκπαιδευμένους να δουλεύουν με αυτό τον πληθυσμό. Τα προγράμματα σεξουαλικής αγωγής οφείλουν να παρέχουν ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες και να δομούν τις απαραίτητες δεξιότητες με στόχο τη διαχείριση της σεξουαλικής ζωής (4,8,27).

4. Οι έφηβοι στις υπηρεσίες υγείας

Τα μείζονα θέματα υγείας των εφήβων και των νέων ανθρώπων είναι δυνατόν, σε μεγάλο βαθμό, να προληφθούν και να αποφευχθούν. Οι νέοι αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις όχι πάντα από δική τους υπαιτιότητα. Και είναι δεδομένο ότι δεν παίρνουν όλοι οι νέοι ναρκωτικά, εφαρμόζουν πρακτικές μη ασφαλών σεξουαλικών σχέσεων ή έχουν ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα. Όλοι όμως έχουν ανάγκη πρόσβασης στην πληροφορία και σε υπηρεσίες, με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα τους ενισχύσουν κατά τη διάρκεια αυτής της μεταβατικής περιόδου (1,2,3,4).

Σύμφωνα όμως με τα σημερινά δεδομένα οι υπηρεσίες υγείας για εφήβους, τόσο σε χώρες με υψηλό εισόδημα όσο και σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, είναι κατά κανόνα αποσπασματικές, με κακό συντονισμό και μεγάλη διαφοροποίηση στην ποιότητα (3,4,5). Για παράδειγμα ακόμη και στη Μεγάλη Βρετανία, με μακρά παράδοση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας -ως πρώτο σημείο εισόδου και επαφής με το σύστημα υγείας- και με δεδομένο τον αριθμό των εφήβων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και καταγραμμένες τις ανάγκες υγείας τους, σε πρόσφατη μελέτη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, οι υπηρεσίες που στοχεύουν εφήβους μέσα στις πρωτοβάθμιες δομές χαρακτηρίστηκαν ως σπάνιες (4).

Ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται εννοιολογικά στον ορισμό που διαμορφώθηκε το 1978 στη διακήρυξη της Alma Ata και περιλαμβάνει τις αρχές της ισότητας, της συμμετοχής, της διατομεακής λειτουργίας, της κατάλληλης τεχνολογίας και του κεντρικού ρόλου στο σύστημα υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν αποτελεί μόνο ένα από τα επίπεδα φροντίδας ή έχει το ρόλο της πύλης στο σύστημα υγείας. Αποτελεί την πρώτη επαφή, είναι η φροντίδα που είναι προσβάσιμη, ολοκληρωμένη, διαχρονική και συντονισμένη. Είναι η άμεσα προσβάσιμη φροντίδα τη στιγμή της ανάγκης. Η διαχρονικότητα αναφέρεται κυρίως στη φροντίδα της υγείας του ατόμου στον χρόνο και όχι στη σύντομη φροντίδα μιας ασθένειας. Η ολοκληρωμένη φροντίδα αναφέρεται στην ύπαρξη μιας πληθώρας υπηρεσιών που αφορούν κοινά προβλήματα του συγκεκριμένου πληθυσμού, ενώ ο συντονισμός γίνεται από την πρωτοβάθμια δομή (6).

Οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να είναι «φιλικές προς τους χρήστες τους», δηλαδή να λειτουργούν με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, όπως προκύπτουν

από την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το επίπεδο ικανότητας και την εθνικότητα. Ειδικότερα σε σχέση με τους εφήβους, οι αποτελεσματικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας οφείλουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες όλων των εφήβων και να διασυνδέονται με άλλες υπηρεσίες στα πλαίσια διαμόρφωσης δομών που θα υποστηρίζουν τους εφήβους έναντι των κινδύνων και θα τους βοηθήσουν ώστε να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες. Συχνά οι υπηρεσίες τις οποίες χρησιμοποιούν οι έφηβοι είναι στην πραγματικότητα οι υπηρεσίες που εξυπηρετούν βρέφη και παιδιά ή οι υπηρεσίες στις οποίες απευθύνονται ενήλικες, χωρίς καμιά προσαρμογή στις δικές τους ανάγκες. Επιπρόσθετα οι έφηβοι κρίνουν ως μη αποδεκτές τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, όταν υπάρχει έλλειψη σεβασμού, δεν υπάρχουν συνθήκες που να εξασφαλίζουν την ιδιωτικότητα και το απόρρητο, υπάρχει ο φόβος του «στίγματος», της διάκρισης και της προσπάθειας των επαγγελματιών υγείας να επιβάλλουν τον δικό τους ηθικό κώδικα (3).

Στο πλαίσιο αυτό η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας φιλικών προς τους εφήβους είναι δεδομένη, αλλά και απαραίτητη. Οφείλει όμως να γίνει διάκριση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας που μπορούν να χρησιμοποιούν οι έφηβοι -ακόμη και αν πρόκειται για «φιλικές προς τους χρήστες τους»- και των υπηρεσιών υγείας «φιλικών προς τους εφήβους». Οι φιλικές προς τους εφήβους υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εφήβων στοχευμένα και αποτελεσματικά και αφορούν όλους τους εφήβους (3,7). Ειδικότερα η πρόσβαση των εφήβων σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που να συμπεριλαμβάνουν και υπηρεσίες πρόληψης, θεωρείται μια σημαντική συνιστώσα της φροντίδας υγείας τους (2).

Είναι δεδομένο ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν αποτελεί μόνο ένα από τα επίπεδα των συστημάτων υγείας ή την πρώτη πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, αλλά μια θεμελιώδη λειτουργία του συστήματος υγείας μιας χώρας. Οι υπηρεσίες που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα οφείλουν να εξασφαλίζουν την εύκολη πρόσβαση στο σύστημα σε περίπτωση ανάγκης, τη διαχρονική φροντίδα της υγείας του ατόμου σε αντιδιαστολή με τη βραχυχρόνια φροντίδα της ασθένειας. Επιπρόσθετα να διαθέτουν ένα πλήθος υπηρεσιών και παροχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, ώστε να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα, και να συντονίζουν υπηρεσίες από ειδικούς, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (7,8).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε πέντε χαρακτηριστικά που ειδικότερα διαμορφώνουν τον στόχο των αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας για εφήβους (9,10). Αυτές οι υπηρεσίες οφείλουν να είναι:

- 1. Προσβάσιμες (Accessible)** Δηλαδή: οι πολιτικές υγείας και οι διαδικασίες πρέπει να εξασφαλίζουν ότι οι υπηρεσίες είναι ευρέως προσβάσιμες σε όλους τους εφήβους.
- 2. Αποδεκτές (Acceptable)** Δηλαδή: οι πολιτικές υγείας και οι διαδικασίες πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο, τις σχέσεις και το κλίμα εμπλοκής.
- 3. Κατάλληλες (Appropriate):** Δηλαδή: οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες όλων των νέων ατόμων.
- 4. Αποτελεσματικές (Effective)** Δηλαδή: οι υπηρεσίες υγείας εφαρμόζουν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence-based standards) πρακτικές φροντίδας και κατευθυντήριες οδηγίες.
- 5. Δίκαιες (Equitable)** Δηλαδή: οι πολιτικές υγείας και οι διαδικασίες εξασφαλίζουν ότι δεν περιορίζεται η παροχή υπηρεσιών και η δυνατότητα (eligibility) χρήσης τους (δίκαια κατανεμημένες).

Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν το πλαίσιο για την αξιολόγηση της χρήσης, της επάρκειας και της ποιότητας των προσφερόμενων στους εφήβους υπηρεσιών υγείας, με στόχο, αν δεν πληρούν τα κριτήρια, τον επανασχεδιασμό τους. Οι πέντε αυτοί στόχοι αποτέλεσαν το πλαίσιο αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που στοχεύουν εφήβους στις ΗΠΑ (πρωτοβάθμια φροντίδα, προγράμματα σε σχολεία, προγράμματα σε νοσοκομεία και κοινοτικά προγράμματα) και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι υπάρχουσες πρακτικές μπορεί να υποστηρίξουν ένα ή περισσότερους στόχους, αλλά καμιά πρακτική δεν φαίνεται να ικανοποιεί και τους πέντε (10).

Στη Νέα Ζηλανδία έγινε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, αλλά και των εθνικών τους δεδομένων στα πεδία των υπηρεσιών υγείας των ενταγμένων στα σχολεία, των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε νέους και των δομών πρωτοβάθμιας υγείας για άτομα 12-24 ετών, με στόχο τα δεδομένα να χρησιμοποιηθούν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή υπηρεσιών προσανατολισμένων στην υγεία των νέων ατόμων. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα ως προς την αποτελεσματικότητα για την υποστήριξη της μια υπηρεσίας σε σχέση με την άλλη. Αντίθετα οι γνώμες των ειδικών και τα δεδομένα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητη μια πληθώρα

διαφορετικών προσεγγίσεων της υγείας των νέων, που θα απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες νέων ατόμων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (π.χ. μέσα στο σχολείο, εκτός σχολικών ωρών, σε διαφορετικές γειτονιές/κοινότητες). Επιπρόσθετα κρίσιμοι θεωρούνται οι παράγοντες αφενός των δυνατοτήτων των επαγγελματιών (γνώσεις και δεξιότητες) και τα χαρακτηριστικά της προσφερόμενης υπηρεσίας (φιλική προς τους νέους). Οι ερευνητές καταλήγουν ότι για να βελτιώσουν την υγεία των νέων ατόμων οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να διαθέτουν μια πληθώρα ιατρικών υπηρεσιών που να απευθύνονται στους νέους, να διαθέτουν επαγγελματίες υγείας με εκπαίδευση, δεξιότητες και γνώσεις στον τομέα της υγείας των νέων και να υπάρχει διατομεακή συνεργασία, με στόχο παρεμβάσεις σε επίπεδο πληθυσμού, κοινότητας, σχολείου και οικογένειας με στόχο τη βελτίωση της υγείας των νέων (8).

Φαίνεται όμως ότι οι υπηρεσίες υγείας για εφήβους είναι δύσκολο να είναι αποτελεσματικές ακόμη και εάν υπάρχουν. Η Σουηδία είναι από τις χώρες που οι φιλικές προς τους εφήβους υπηρεσίες υγείας έχουν ενταχθεί στο δημόσιο σύστημα υγείας και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του Σουηδικού συστήματος υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτές τις δομές είναι ευαισθητοποιημένοι, έχουν ενδιαφέρον και γνώσεις και στις δομές εξασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών και η ολιστική προσέγγιση. Παρόλα αυτά σε μια πρόσφατη μελέτη, αποτυπώθηκε η δυσκολία της ισότιμης πρόσβασης από τους εφήβους που ανήκουν σε διαφορετικούς υποπληθυσμούς, η ανάγκη βελτίωσης των μεθόδων καταγραφής των πρακτικών και της διασφάλισης της εκπαίδευσης και των ικανοτήτων όλων των επαγγελματιών ανεξάρτητα από την τοποθεσία και τα χαρακτηριστικά της δομής υγείας. Φαίνεται ότι πρόκειται κυρίως για οργανωτικές δυσκολίες, όπως όχι σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες και αδύναμη διοίκηση/ηγεία, μεγάλος φόρτος εργασίας, διαφορετικά τοπικά/περιφερειακά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και ανισότιμη κατανομή των πόρων (11).

Αντίστοιχα το Υπουργείο Υγείας της Μολδαβίας έθεσε σε λειτουργία το 2001,12 Κέντρα Υγείας φιλικά στους εφήβους. Τέσσερα χρόνια μετά αξιολόγησε τη λειτουργία τους και διαπιστώθηκαν προβλήματα που θα μπορούσαν να εμποδίσουν τη διαχρονικότητα της λειτουργίας τους και την αύξηση του αριθμού τους. Η πολιτεία προχώρησε σε διαφοροποίηση των αρχών και κανονισμών λειτουργίας τους και τα ενέταξε στο δημόσιο σύστημα υγείας (πριν είχαν ιδιωτική χρηματοδότηση). Έγινε αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών,

έγινε πρόβλεψη της αύξησης του αριθμού των κέντρων ώστε να καλύπτονται οι νέοι σε όλη τη χώρα και προσπάθεια χρηματοδότησης από τη γενική φορολογία ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της λειτουργίας τους (12).

Σε μια συνάντηση 35 ευρωπαϊκών κρατών στο Εδιμβούργο (2009) αποτυπώθηκε η ανάγκη για πολιτικές και υπηρεσίες υγείας φιλικές προς τους εφήβους καθώς και η ανάγκη ανταλλαγής εμπειριών και όχι απαραίτητα καλών πρακτικών, καθώς ότι λειτουργεί καλά και μια χώρα μπορεί να μην μπορεί να εφαρμοστεί σε μια άλλη. Η ανταλλαγή εμπειριών λαμβάνει υπόψη τα κοινωνικά, δημογραφικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά -άρα τις επιδράσεις που δέχεται ένα νέο άτομο- τα ισχύοντα σε κάθε περίπτωση πλαίσια συστημάτων υγείας, τις πολιτικές και το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο και αποτυπώνει τη διαφορετικότητα κάθε χώρας (13). Η απλή εφαρμογή πρακτικών άλλων χωρών/τόπων χωρίς αποτύπωση των κατά περίπτωση αναγκών και συνθηκών, νομοθεσιών, δυνατοτήτων, πολιτισμικών χαρακτηριστικών μπορεί να αποδειχτεί μη αποτελεσματική και διαχρονικά βιώσιμη.

4.1 Υπηρεσίες υγείας φιλικές προς τους εφήβους

Υπάρχουν τρεις σημαντικές αιτίες που επιβάλλουν την ύπαρξη υπηρεσιών υγείας φιλικών προς τους εφήβους (1).

Η πρώτη αιτία αφορά την εφηβεία, που χαρακτηρίζεται ως περίοδος μετάβασης και πειραματισμών, ενώ συνήθειες και συμπεριφορές υγείας που εγκαθίστανται αυτήν την περίοδο έχουν σημαντική επίπτωση στην υγεία της ενήλικης περιόδου. Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενες ενότητες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει υπολογίσει ότι το 70% των πρόωρων θανάτων ενηλίκων οφείλονται σημαντικά σε συμπεριφορές υγείας που ξεκίνησαν αυτήν την περίοδο. Επιπρόσθετα συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως μη ασφαλείς σεξουαλικές επαφές και χρήση ουσιών μπορεί να καταλήξουν σε μετάδοση του ιού HIV και άλλων σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, σε ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, σε εθισμούς και εξαρτήσεις.

Δεύτερον οι νέοι άνθρωποι είναι πολύτιμοι για το μέλλον κάθε κοινωνίας, η οποία πρέπει να επενδύσει στην υγεία και την εξέλιξη τους.

Τρίτον οι νέοι άνθρωποι έχουν δικαιώματα. Πρέπει να μπορούν να συμμετέχουν σε αποφάσεις και ενέργειες που αφορούν τη ζωή τους. Σύμφωνα με το άρθρο 24 της Συνθήκης για τα δικαιώματα του Παιδιού (UN, 1989) οι χώρες

πρέπει να παίρνουν μέτρα ώστε να εξασφαλίσουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας για τα παιδιά και τους νέους. Οι κοινωνίες πρέπει να εξασφαλίσουν στους νέους ανθρώπους βιολογική και σεξουαλική υγεία, πνευματική και συναισθηματική ευεξία, ελευθερία από την εκμετάλλευση και τη κακοποίηση, δεξιότητες και ευκαιρίες για βιώσιμα μέσα διαβίωσης.

Με βάση τα δικαιώματα τους οι έφηβοι και οι νέοι άνθρωποι έχουν δικαίωμα σε υπηρεσίες που:

- είναι πλήρεις, προσβάσιμες και οικονομικά αντιμετωπίσιμες
- προβλέπουν την ιδιωτικότητα
- προβλέπουν την εμπιστευτικότητα
- αντιμετωπίζουν τα νέα άτομα με αξιοπρέπεια και σεβασμό
- διαθέτουν επαγγελματίες υγείας που είναι εκπαιδευμένοι και διαθέτουν τη σχετική γνώση
- παρέχουν διαχρονικότητα στη φροντίδα
- δεν κάνουν διακρίσεις

Τα νέα άτομα έχουν το δικαίωμα στη συμμετοχή, στην πληροφορία και στην αυτο-έκφραση, δικαίωμα να εκφράσουν τη γνώμη τους ή και το παράπονο τους για τις υπηρεσίες που έλαβαν και δικαίωμα -μετά από σχετική πληροφόρηση- να πάρουν τις αποφάσεις τους σε θέματα σεξουαλικής εμπειρίας, ευχαρίστησης και προσανατολισμού. Έχουν δικαίωμα σε ειδική προστασία όταν στερούνται γονεϊκής φροντίδας, σε περίπτωση βίας, κακοποίησης ή παραμέλησης, σε περίπτωση εκμετάλλευσης και σε περίπτωση που έχουν νομικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κάποιες από τις υπηρεσίες που έχουν ανάγκη οι έφηβοι είναι διαφορετικές από αυτές που παρέχονται στους ενήλικες και οφείλουν να στοχεύουν περισσότερο στην πληροφορία, τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (1,14). Έτσι ενώ το παραδοσιακό μοντέλο των υπηρεσιών υγείας υποδέχεται τους εφήβους στον χώρο του, ο «φιλικός προς τους εφήβους» σχεδιασμός λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των εφήβων και αναγνωρίζει την ανάγκη προσέγγισης των εφήβων και στους χώρους όπου αυτοί ζουν, εργάζονται ή σπουδάζουν, με στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των εφήβων. Αυτό προϋποθέτει ότι οι επαγγελματίες υγείας διαφοροποιούν τον τρόπο παροχής υπηρεσιών ο οποίος περιλαμβάνει και την εμπλοκή διεπιστημονικής ομάδας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί κ.λπ.) (1,2,4,7,15).

Σε πολλές σχετικές έρευνες οι έφηβοι έχουν διατυπώσει τις απόψεις τους σχετικά με το τι επιθυμούν από τις υπηρεσίες υγείας. Υπηρεσίες υγείας μπορεί να μην είναι αποδεκτές από τους εφήβους ακόμη και εάν είναι διαθέσιμες και προσβάσιμες. Ο φόβος για την έλλειψη εμπιστευτικότητας παρουσιάζεται συνηθέστερα ως αιτία για την απροθυμία των εφήβων να χρησιμοποιήσουν μια υπηρεσία (2). Θέλουν μια δομή που να τους υποδέχεται καλά, την οποία να μπορούν να επισκεφτούν ακόμη και χωρίς ραντεβού και που θα τους φροντίσει άμεσα. Επιμένουν στην ιδιωτικότητα και εμπιστευτικότητα και δεν επιθυμούν να έχουν τη γονική συναίνεση για να προσέλθουν. Θέλουν η τοποθεσία της δομής να είναι βολική και να λειτουργεί βολικές ώρες, να προσφέρει υπηρεσίες δωρεάν ή σε πολύ χαμηλή τιμή. Θέλουν το προσωπικό να μην έχει κριτική στάση και να τους φέρεται με σεβασμό. Θέλουν η δομή να προσφέρει ένα εύρος υπηρεσιών, ώστε να μη χρειαστεί να επιστρέψουν ή να παραπεμφθούν σε άλλη δομή. Φυσικά όταν σχεδιάζονται υπηρεσίες υγείας δεν είναι εφικτό να ληφθούν υπόψη μόνο οι απόψεις των εφήβων, είναι όμως απαραίτητο οι υπηρεσίες να σχεδιαστούν ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν και στις ανάγκες και επιθυμίες των νέων ατόμων (2,9).

Επιπρόσθετα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι υπάρχει διαφορά στο τρόπο που οι έφηβοι βιώνουν την ασθένεια και στον τρόπο που την «παρουσιάζουν» στους γιατρούς, ότι έχουν διαφορετικές προσδοκίες για τη φροντίδα που τελικά λαμβάνουν, αλλά και ότι διαχειρίζονται απροσδόκητους φόβους για τη σοβαρότητα της κατάστασης τους και για τον κίνδυνο στη ζωή τους. Ειδικότερα σε σχέση με τα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, φαίνεται ότι ενώ οι έφηβοι αντιλαμβάνονται την ύπαρξη προβλήματος δεν το συζητούν στην επίσκεψη τους στον πρωτοβάθμιο γιατρό. Όλα τα παραπάνω έχουν βαρύνουσα σημασία στην κλινική πράξη και στην εκπαίδευση των γιατρών, ώστε αυτοί να μπορούν να εκτιμήσουν τους φόβους, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των νέων ατόμων τις σχετικές με την ψυχοσυναισθηματική και σωματική υγεία τους και να παρέχουν κατάλληλες κατευθύνσεις (2,3).

Έτσι μερικά από τα ζητήματα που απασχολούν τους νέους ανθρώπους όταν χρησιμοποιούν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας είναι (1,2,4,9): α) η ιδιωτικότητα της επίσκεψης και η εμπιστοσύνη στην εχεμύθεια όλων των επαγγελματιών στο χώρο, β) η φιλικότητα όλου του προσωπικού, γ) το φύλο του γιατρού που θα επισκεφτούν, δ) η μη επικριτική/κριτική στάση από τους γιατρούς, τους άλλους επαγγελματίες υγείας ή άλλους εργαζόμενους στον χώρο και η ικανότητα τους να

ακούσουν, ε) το ωράριο των υπηρεσιών και η εύκολη προσβασιμότητα με τα μέσα μαζικής μεταφοράς, στ) η πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικές με την υγεία χωρίς απαραίτητα να υπάρχει συνάντηση με γιατρό, π.χ. με φυλλάδια, επιστολές, τηλεφωνική επικοινωνία, μηνύματα στο κινητό ή μέσω του διαδικτύου πρόσβαση σε πηγές πληροφοριών από τους ιστότοπους των δομών υγείας.

Ειδικότερα οι πρωτοβάθμιες δομές, ακόμη και στο Ηνωμένο Βασίλειο, που έχει μακρά παράδοση στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, φαίνεται ότι δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των εφήβων αφενός λόγω της έλλειψης αναγνώρισης των ειδικών θεμάτων τους, αφετέρου των δεδομένων του τρόπου που αυτές παρέχονται π.χ. χρόνος αναμονής, προγραμματισμός ραντεβού κλπ. Επιπρόσθετα υπάρχει η πεποίθηση ότι οι έφηβοι δεν χρησιμοποιούν συχνά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, δεν υπάρχει χρηματοδότηση για εξειδικευμένες υπηρεσίες, δεν υπάρχει εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην υγεία των εφήβων, ενώ η αναγνώριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και της συμβολής τους στην παρουσία σωματικών συμπτωμάτων είναι περιορισμένη (4).

Όλα τα ερευνητικά δεδομένα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην ανάπτυξη και διαμόρφωση φιλικών για τους εφήβους υπηρεσιών υγείας. Οι νέοι άνθρωποι έχουν ανάγκη από ειδικά σχεδιασμένες και στοχευμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, που να καλύπτουν τις ανάγκες τους. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται: α) μια φιλική πρωτοβάθμια δομή για όλους τους εφήβους (που προϋποθέτει την ύπαρξη επαγγελματιών υγείας εκπαιδευμένων στη φροντίδα των νέων ανθρώπων), β) εξειδικευμένες υπηρεσίες για εφήβους, γ) υπηρεσίες που παρέχονται σε χώρους εκτός πρωτοβάθμιας δομής ή Κέντρου Υγείας (π.χ. σε σχολεία, σε κεντρικά σημεία της πόλης κ.λπ.) για τις οποίες πρέπει να προβλέπεται κατάλληλη γνωστοποίηση της ύπαρξής τους, ώστε να γίνονται γνωστές στην κοινότητα και που έχουν στόχο να παρέχουν υπηρεσίες σε ομάδες εφήβων με διαφορετικά χαρακτηριστικά ή συνήθειες, που ανήκουν σε διαφορετικές κοινωνικές ή πολιτισμικές ομάδες, και οι οποίοι για οποιονδήποτε λόγο δεν έχουν πρόσβαση στις υπόλοιπες δομές (4).

Οι δομές που προσφέρουν υπηρεσίες φιλικές για τους εφήβους θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε έξι ομάδες (11):

1. Εξειδικευμένα κέντρα, που έχουν την έδρα τους σε νοσοκομεία. Τα κέντρα αυτά έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύσουν εφήβους, αλλά και να χρησιμοποιηθούν ως εξωτερικά ιατρεία. Επιπρόσθετα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμεύουν ως δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο κέντρο παραπομπής από τις πρωτοβάθμιες δομές

- της περιοχής, να προσφέρουν εκπαίδευση και να παράγουν ερευνητικό έργο.
2. Κοινοτικά κέντρα υγείας. Εδώ περιλαμβάνονται δομές που μπορεί να ανήκουν στο εθνικό σύστημα υγείας ή στην ιδιωτική πρωτοβουλία (ΜΗ.ΚΥ.Ο, ινστιτούτα, ιδιώτες κ.λπ.).
 3. Υπηρεσίες υγείας που εδρεύουν σε σχολεία ή σε πανεπιστήμια και κέντρα που εξυπηρετούν σχολεία ή πανεπιστήμια.
 4. Κοινοτικά κέντρα που προσφέρουν όχι μόνο υπηρεσίες υγείας, αλλά έχουν και άλλες δραστηριότητες, όπως παροχή πληροφοριών για την υγεία, δράσεις αναψυχής ή βοήθεια με τις γραμματικές ή αριθμητικές ικανότητες. Συχνά έχουν διασύνδεση με υπηρεσίες υγείας, στις οποίες μπορούν να παραπέμψουν τα νέα άτομα αν υπάρξει ανάγκη.
 5. Φαρμακεία και μαγαζιά που πωλούν προϊόντα, όπως προφυλακτικά και αντισυλληπτικά φάρμακα.
 6. Τα σημεία (π.χ. οι γωνιές στους δρόμους), στα οποία τα νέα άτομα που για οποιονδήποτε λόγο είναι περιθωριοποιημένα μπορούν να πάρουν πληροφορίες ή προϊόντα υγείας.

Οι δομές και οι υπηρεσίες που στοχεύουν στους νέους πρέπει να αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους, όπως αυτή αποτυπώνεται από τη μεγαλύτερη χρήση και καλύτερη πρόσβαση των νέων ατόμων στις δομές υγείας, αλλά και στη βελτίωση των δεικτών υγείας τους, τους οποίους επιπρόσθετα επηρεάζουν οι καινοτόμες δράσεις σε πληθυσμιακό επίπεδο, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τα πολιτικά δεδομένα (2).

4.2 Βασικά χαρακτηριστικά λειτουργίας υπηρεσιών φιλικών προς τους εφήβους

Σύμφωνα με το National Research Council and Institute of Medicine των ΗΠΑ (2009) (10) διαμορφώνονται δύο βασικά πλαίσια που αφορούν τη σχέση εφήβων και υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο εμπεριέχει τα ειδικά χαρακτηριστικά της εφηβείας που επηρεάζουν τον τρόπο με το οποίο οι έφηβοι αλληλεπιδρούν με το σύστημα υγείας και το δεύτερο εμπεριέχει τους στόχους των υπηρεσιών υγείας. Τα δύο πλαίσια αλληλοσυμπληρώνονται, ενώ παράλληλα παρέχουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των χαρακτηριστικών του συστήματος που πρέπει να βελτιωθούν ώστε να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας στους εφήβους.

Στο πρώτο πλαίσιο συμπεριλαμβάνονται θέματα όπως:

- **Η ανάπτυξη** (Development matters): Οι μεγάλες αλλαγές στην εφηβεία

επηρεάζουν και τις ανάγκες υγείας των εφήβων και το είδος των υπηρεσιών υγείας που απαιτούνται.

- **Ο χρόνος** (Timing matters): Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος για προαγωγή της υγείας, καθώς πολλά προβλήματα και συμπεριφορές ρίσκου ξεκινούν κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η πρόληψη, η έγκαιρη παρέμβαση και αντιμετώπιση βελτιώνουν την υγεία των εφήβων και την προοπτική καλής υγείας στην ενήλικη ζωή.
- **Το βιοτικό πλαίσιο** (Context matters): Το κοινωνικό επίπεδο, το εισόδημα, η περιοχή/τόπος, και τα πολιτισμικά πρότυπα και αξίες επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και την επιλογή υπηρεσιών υγείας από τους εφήβους.
- **Οι ανάγκες** (Need matters): Μερικοί έφηβοι, λόγω κληρονομικότητας και συμπεριφοράς, έχουν ειδικές ανάγκες υγείας που απαιτούν ιδιαίτερη στόχευση από το σύστημα υγείας.
- **Η συμμετοχή** (Participation matters): Η εμπλοκή/συνεργασία των εφήβων και των οικογενειών τους με τους επαγγελματίες υγείας αυξάνει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.
- **Η οικογένεια** (Family matters): Η οικογένεια επηρεάζει τις επιλογές υγείας και την ευεξία των εφήβων και το είδος των υπηρεσιών υγείας που επιλέγουν. Οι έφηβοι που δεν υποστηρίζονται ικανοποιητικά από τις οικογένειες τους, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο να εμφανίσουν προβλήματα υγείας και να επιλέξουν συμπεριφορές υψηλού ρίσκου και επομένως χρειάζεται ειδική υποστήριξη από τις υπηρεσίες υγείας.
- **Η κοινότητα** (Community matters): Οι υπηρεσίες υγείας λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες του πληθυσμού, των ατόμων και των οικογενειών, επειδή το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι έφηβοι και η υποστήριξη τους από την κοινότητα είναι σημαντική.
- **Οι δεξιότητες** (Skill matters): Οι νέοι άνθρωποι υποστηρίζονται αποτελεσματικότερα από επαγγελματίες που κατανοούν τα ιδιαίτερα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά, τα θέματα υγείας και το κοινωνικό πλαίσιο των εφήβων.
- **Η οικονομική κατάσταση** (Money matters): Η διαθεσιμότητα, ο χαρακτήρας και το περιεχόμενο των υπηρεσιών υγείας για εφήβους εξαρτώνται από οικονομικές παραμέτρους, όπως η ύπαρξη δημόσιας ή ιδιωτικής ασφαλιστικής ικανότητας, αλλά και το ύψος των επενδύσεων σε προγράμματα για εφήβους και σε

εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

- **Ο πολιτικός σχεδιασμός** (Policy matters): Ο προσεκτικός σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας είναι το θεμέλιο για υπηρεσίες υγείας που καλύπτουν τις ανάγκες υγείας του ατόμου και της κοινότητας.

Στο δεύτερο πλαίσιο τονίζεται η σημασία του σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας, που να έχουν την δυνατότητα να προσελκύουν και να εμπλέκουν εφήβους, να δημιουργούν ευκαιρίες για συζήτηση ευαίσθητων θεμάτων υγείας και συμπεριφορών και να προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδα και οδηγίες για πρόληψη ασθενειών και προαγωγή της υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οκτώ βασικές προϋποθέσεις (standards) πρέπει ταυτόχρονα να ισχύουν σε κάθε υπηρεσία υγείας, ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους εφήβους με βάση τις ανάγκες τους.

Οι οκτώ προϋποθέσεις είναι (5):

1. Ανάπτυξη της ικανότητας του εφήβου να κατανοεί πληροφορίες σχετικές με την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας (adolescent health literacy). Δηλαδή: Η υπηρεσία υγείας πρέπει να εξασφαλίσει ότι οι έφηβοι χρήστες της υπηρεσίας κατανοούν θέματα σχετικά με την υγεία τους και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
2. Κοινωνική υποστήριξη (community support). Δηλαδή: Η υπηρεσία υγείας εφαρμόζει μεθόδους ώστε να εξασφαλίσει ότι οι γονείς, οι κηδεμόνες και η ευρύτερη κοινότητα αναγνωρίζουν την αξία της παροχής και της χρήσης υπηρεσιών υγείας για εφήβους.
3. Κατάλληλο σύνολο υπηρεσιών (appropriate package of services). Δηλαδή: Η κάθε υπηρεσία υγείας παρέχει πληροφορίες, συμβουλευτική, διάγνωση και θεραπεία, παραπέμπει σε άλλη δομή ή προσεγγίζει τους εφήβους με βάση τις ανάγκες τους.
4. Ικανότητες των επαγγελματιών υγείας (providers' competencies). Δηλαδή: Οι επαγγελματίες υγείας και το υποστηρικτικό προσωπικό σέβεται, προστατεύει και εξασφαλίζει τα δικαιώματα των εφήβων, που αφορούν την παροχή πληροφοριών, το απόρρητο, τη μη- διάκριση, τη μη επικριτική στάση και το σεβασμό.
5. Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας υγείας (facility characteristics). Δηλαδή: Η υπηρεσία υγείας έχει κατάλληλες/βολικές ώρες λειτουργίας, φιλόξενο και καθαρό περιβάλλον και εξασφαλίζει συνθήκες ιδιωτικότητας και απορρήτου.

Διαθέτει τεχνολογικό εξοπλισμό, φάρμακα και υλικό που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική φροντίδα υγείας των εφήβων.

6. Ισότητα και μη διάκριση (equity and not discrimination). Δηλαδή: Η υπηρεσία υγείας εξασφαλίζει ποιοτική φροντίδα υγείας για όλους του εφήβους ανεξαρτήτως ασφαλιστικής ικανότητας, δυνατότητας πληρωμής, ηλικίας, φύλου, οικογενειακής κατάστασης (έγγαμος/άγαμος), εκπαιδευτικής κατάστασης, εθνικότητας, σεξουαλικού προσανατολισμού ή άλλων χαρακτηριστικών.
7. Τήρηση δεδομένων και βελτίωση ποιότητας (data and quality improvement). Δηλαδή: Η υπηρεσία υγείας συγκεντρώνει, αναλύει και χρησιμοποιεί δεδομένα από τη χρήση και την ποιότητα της φροντίδας υγείας, αναλυτικά ανά ηλικία και φύλο, ώστε να βελτιώνει συνεχώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι εργαζόμενοι στην υπηρεσία ενισχύονται ώστε συνεχώς να συμμετέχουν στην συνεχή βελτίωση της ποιότητας.
8. Συμμετοχή των εφήβων (adolescents' participation). Δηλαδή: οι έφηβοι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη δική τους φροντίδα, στον σχεδιασμό, την παρακολούθηση και την καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα και με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Καναδικής Παιδιατρικής Εταιρείας (7), η εξασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει τη προτυποποίηση της πρακτικής, συνέχεια στην εκπαίδευση και στην έρευνα και την ύπαρξη μιας υγιούς, ικανοποιημένης, δραστήριας και σταθερής κοινότητας επαγγελματιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα η παρεχόμενη φροντίδα να γίνεται με βάση κατευθυντήριες οδηγίες, να υπάρχει εκπαίδευση στις ανάγκες υγείας των εφήβων, να υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία, εξειδικευμένα κέντρα για ειδικότερα θέματα, οι επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν σε διοικητικούς σχεδιασμούς και σχετικές αποφάσεις.

Οι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια και πιο συγκεκριμένα οι παιδίατροι και οι γενικοί γιατροί καλούνται να αντιμετωπίσουν και να φροντίσουν μια πληθώρα θεμάτων που απασχολούν τους εφήβους, που εκτός από τα βιολογικά, μπορεί να αφορά αναπτυξιακά θέματα, θέματα ψυχοσυναισθηματικής υγείας, θέματα εξαρτήσεων, προβλήματα με τον νόμο, θέματα φτώχειας και θέματα σχετικά με τη σεξουαλικότητα. Πολλοί επαγγελματίες υγείας αισθάνονται αμήχανα όταν διαχειρίζονται εφήβους και συνειδητοποιούν την ανάγκη για εκπαίδευση, που οφείλει να είναι μια προτεραιότητα. Η οποία εκπαίδευση φαίνεται

ότι είναι αποτελεσματική ως προς την αύξηση των γνώσεων, την αύξηση των κλινικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων, οφέλη που συνεχίζουν να ισχύουν για τουλάχιστον πέντε χρόνια (16,17,18).

Υπάρχουν τρία πεδία στα οποία οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αποκτήσουν δεξιότητες. Καταρχήν απαιτούνται δεξιότητες στη συμβουλευτική, στη διαπροσωπική επικοινωνία και στη διεπιστημονική φροντίδα, που πρέπει να είναι κατάλληλες για το αναπτυξιακό στάδιο και τα δεδομένα ζωής του ατόμου. Δεύτερον, είναι σημαντικό κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης να εφαρμόζονται οι νόμοι και οι πολιτικές που προάγουν, προστατεύουν και εφαρμόζουν το δικαίωμα των εφήβων στην υγεία. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να συνάδουν με τις επαγγελματικές καλές πρακτικές και τα κριτήρια ποιότητας. Τέλος η φροντίδα των εφήβων με ειδικά θέματα υγείας απαιτεί προσεκτική διεπιστημονική διαχείριση και φροντίδα που είναι κατάλληλη για αυτό το αναπτυξιακό στάδιο (16,17).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1 Πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν οι μαθητές της Α΄ Λυκείου από τα σχολεία των πόλεων (Πολοδομικών Συγκροτημάτων ή Δήμων) με συνολικό πληθυσμό πάνω από 60.000 κατοίκους (κατά την απογραφή του 2001) τα οποία ήταν 108: Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Ηρακλείου Κρήτης, Λάρισας, Βόλου, Ιωαννίνων, Χανίων, Καβάλας και Χαλκίδας².

Η ηλικία της Α΄ Λυκείου επελέγη διότι: α) Οι έφηβοι σε αυτή την ηλικία εκτιμώνται ως αναπτυξιακά κατάλληλοι να απαντήσουν στα ερωτήματα του ερωτηματολογίου. Πρόκειται για άτομα, που ηλικιακά διανύουν την περίοδο της μέσης εφηβείας. Στην περίοδο αυτή οι έφηβοι αναπτύσσουν ισχυρή την αίσθηση της «ταυτότητας», ορίζουν δηλαδή τον εαυτό τους, ως ανεξάρτητη προσωπικότητα με αναπτυγμένη την ικανότητα κριτικής σκέψης³ β) Σύμφωνα με τα ισχύοντα στα Ασφαλιστικά Ταμεία στην Ελλάδα, μέχρι τη στιγμή του καθορισμού του δείγματος, οι έφηβοι που ξεπερνούν το 14^ο έτος ανήκουν στον πληθυσμό ευθύνης των παθολόγων/ γενικών γιατρών. Αυτό σημαίνει ότι οι έφηβοι που βρίσκονται στην Α΄ Λυκείου, είναι αρκετά πιθανό να έχουν εμπειρία και από αυτές τις ειδικότητες γ) Είναι πρακτικά ευκολότερο για το σχολείο να διαθέσει διδακτική ώρα στην Α΄ Λυκείου απ' ό,τι στη Β΄ ή στη Γ΄ Λυκείου, που έχουν πιο επιβαρυσμένο σχολικό πρόγραμμα.

1.2 Δειγματοληπτικός σχεδιασμός και υπολογισμός μεγέθους δείγματος

Η δειγματοληψία των ατόμων της μελέτης (μαθητές Α΄ Λυκείου) έγινε με διαστρωμάτωση (stratification) βάσει γεωγραφικών κριτηρίων και δειγματοληψία μαθητών «κατά συστάδες» (cluster sampling), με χρήση των σχολείων ως «συστάδες» μαθητών.

Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε διαστρωμάτωση στα παρακάτω τρία στρώματα: α/ Αθήνα, β/ Θεσσαλονίκη και γ/ «άλλες πόλεις» (Πάτρα, Ηράκλειο Κρήτης, Χανιά, Βόλος, Ιωάννινα, Χαλκίδα, Λάρισα, Καβάλα). Σε κάθε στρώμα ελήφθη αριθμός σχολείων ανάλογος με τον πληθυσμό του (ελήφθη υπόψη ο πληθυσμός των νέων

² Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας. Απογραφή 2001: Πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας. Διαθέσιμο στο: http://dlib.statistics.gr/Book/GRESYE_02_0101_00095.pdf

³ American Academy of Pediatrics. Bright Futures. Guidelines for health supervision of infants, children and adolescents. Pocket guide. 3d ed. 2008. Διαθέσιμο στο: https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF3%20pocket%20guide_final.pdf

ηλικίας 15–19 ετών)⁴.

Εντός κάθε στρώματος, έγινε συστηματική δειγματοληψία σχολείων με πιθανότητα επιλογής στο δείγμα ανάλογη με το μέγεθος του σχολείου (βάσει του αριθμού σχολικών τμημάτων της Α΄ Λυκείου). Για να γίνει η δειγματοληψία αυτή, ως «δειγματοληπτικό πλαίσιο» (sampling frame) χρησιμοποιήθηκε κατάλογος των Λυκείων της Ελλάδας (που περιελάμβανε όνομα σχολείου, αριθμό σχολικών τμημάτων και αριθμό μαθητών του ακαδημαϊκού έτους 2009–2010), ο οποίος μας χορηγήθηκε ευγενικά από το Υπουργείο Παιδείας.

Από κάθε σχολείο που επελέγη με τον τρόπο αυτό ελήφθη στο δείγμα περίπου σταθερός αριθμός μαθητών, με την επιλογή δύο σχολικών Τμημάτων από το καθένα με απλή τυχαία δειγματοληψία (και συμπερίληψη στο δείγμα του συνόλου των μαθητών τους). Παρότι στις πόλεις της μελέτης ο αριθμός των Λυκείων με ένα μόνο σχολικό τμήμα ήταν πολύ μικρός (και ως εκ τούτου μικρή ήταν και η πιθανότητα επιλογής κάποιου από αυτά), είχε αποφασιστεί ότι σε περίπτωση που με την τυχαία επιλογή περιλαμβανόταν στο δείγμα σχολείο με ένα σχολικό τμήμα θα λαμβανόταν στο δείγμα και ένα σχολικό τμήμα από το επόμενο σχολείο στον κατάλογο του Υπουργείου Παιδείας, το οποίο θα επιλεγόταν με απλή τυχαία δειγματοληψία μεταξύ των σχολικών τμημάτων του σχολείου αυτού. Ωστόσο, τέτοια περίπτωση δεν προέκυψε στη μελέτη μας.

Σημειώνεται ότι ο δειγματοληπτικός σχεδιασμός που περιλαμβάνει δειγματοληψία δύο σταδίων όπου α/ στο πρώτο στάδιο επιλέγονται αρχικές δειγματοληπτικές μονάδες (σχολεία) με πιθανότητα επιλογής ανάλογη με το μέγεθός τους, και β/ στο δεύτερο στάδιο επιλέγεται σταθερός αριθμός τελικών δειγματοληπτικών μονάδων (μαθητές), οδηγεί στην επιλογή όλων των μονάδων (μαθητών) με ίδιο συνολικό δειγματοληπτικό κλάσμα (sampling fraction)⁵.

Ο υπολογισμός του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος έγινε με βάση τον τύπο:
 $n = deff \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2$, όπου⁴:

n: μέγεθος δείγματος

deff: συντελεστής δειγματοληπτικού σχεδιασμού (design effect). Για τον υπολογισμό μεγέθους δείγματος τυπικά λαμβάνει την τιμή deff =2 όταν γίνεται δειγματοληψία κατά συστάδες.

⁴ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας. Απογραφή 2001: Πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών ανά δήμο και δημοτικό διαμέρισμα. Διαθέσιμο μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με βιβλιοθήκη Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας.

⁵ Lameshow S, Hosmer D, Klar J, Lwanga S. Adequacy of sample size in health studies. WHO, John Wiley & Sons.1990

z: αριθμός σταθερών αποκλίσεων που λαμβάνεται υπόψη για τον υπολογισμό του επιθυμητού διαστήματος αξιοπιστίας (ΔΑ). Για ΔΑ 95%, ορίζεται $z=1,96$.

p: αναμενόμενο εύρημα (με μορφή αναλογίας, proportion). Για άγνωστο αναμενόμενο εύρημα, ορίζεται $p=0,5$, το οποίο αποτελεί τη «δυσμενέστερη εκδοχή» και οδηγεί στο μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος.

d: επιθυμητή ακρίβεια εκτιμήσεων. Ορίστηκε $d=0,03$ (δηλαδή, επιθυμητή ακρίβεια εκτιμήσεων $\pm 3\%$).

Με τα δεδομένα αυτά υπολογίστηκε μέγεθος δείγματος περίπου $n=2.100$. Με την παραδοχή ότι η αναλογία απόκρισης (response rate) θα είναι της τάξης του 85%, υπολογίστηκε το τελικό μέγεθος δείγματος σε περίπου $n=2.500$. Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο μέσος αριθμός μαθητών/τριών ανά σχολικό τμήμα Α΄ Λυκείου είναι περίπου 24 (κατά το ακαδημαϊκό έτος 2008-2009, σύμφωνα με τα στοιχεία που λάβαμε από το Υπουργείο Παιδείας), υπολογίστηκε ότι χρειάζεται να ληφθεί δείγμα περίπου 50 σχολείων.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας Ι) παρουσιάζονται κατά στρώμα ορισμένες παράμετροι που αφορούν τη δειγματοληψία που έγινε:

Πίνακας Ι: Δειγματοληπτικός σχεδιασμός και μέγεθος δείγματος

Στρώμα	Πληθυσμός 15-19 ετών	Ποσοστό (%)	Αριθμός σχολείων δείγματος	Αριθμός μαθητών δείγματος	Αριθμός σχολικών Τμημάτων δείγματος	Συνολικός αριθμός σχολικών Τμημάτων	Δειγματοληπτικό κλάσμα (%)
Αθήνα	199.921	61,5	31	1392	62	929	6,7
Θεσσαλονίκη	55.614	17,1	9	516	18	219	8,2
Άλλες πόλεις	69.518	21,4	11	506	22	350	6,3
ΣΥΝΟΛΟ	325.053	100	51	2414	102	1498	6,8

1.3 Περιγραφή ερωτηματολογίου

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με την χορήγηση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε μέσα στην τάξη, κατά τη διάρκεια διδακτικής ώρας. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους μαθητές είχε σχεδιαστεί να μην υπερβαίνει τα 15 λεπτά. Πριν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου στον πληθυσμό της έρευνας έγινε πιλοτική δοκιμή του, σε ίδιο ως προς τα χαρακτηριστικά πληθυσμό.

Για τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου:

1. Έγινε διερεύνηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας ώστε να αναδειχθούν οι ανάγκες των εφήβων σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2. Έγινε διερεύνηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας ώστε να αναδειχθούν τα θέματα που προβληματίζουν τους εφήβους στην επαφή τους με τους γιατρούς και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
3. Έγινε η κατασκευή του ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις χωρίστηκαν σε τρεις ενότητες (Παράρτημα: 1. Ερωτηματολόγιο):
 - Πληροφορίες από την τελευταία επίσκεψη στο γιατρό
 - Πληροφορίες γενικά από τις επισκέψεις στο γιατρό
 - Πληροφορίες για τον/την μαθητή/τρια που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο (κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και θέματα υγείας)Οι πληροφορίες από τις επισκέψεις στο γιατρό έχουν στόχο να αποτυπώσουν τις συνθήκες που βίωσαν (χρόνοι αναμονής, καταλληλότητα χώρου, χαρακτηριστικά επαγγελματία υγείας, θέματα που συζητήθηκαν ή που θα επιθυμούσαν να συζητήσουν κλπ.), έτσι όπως καταγράφονται από τους ίδιους τους εφήβους ώστε να αναδείξουν τις εμπειρίες και τις ανάγκες τους.
4. Έγινε πιλοτική δοκιμή του ερωτηματολογίου σε ίδιο ως προς τα χαρακτηριστικά πληθυσμό (17 μαθητές Α΄ Λυκείου, Ημερήσιου Δημόσιου Λυκείου αστικής περιοχής- Καισαριανή Αθήνα).
5. Ακολούθησε διόρθωση ασαφειών και δυσνόητων ερωτήσεων. Αξιολογήθηκαν επίσης ο απαιτούμενος χρόνος για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (15-20 λεπτά), αλλά και η στάση των μαθητών κατά τη διαδικασία της συμπλήρωσης. Όπως προέκυψε οι μαθητές δέχτηκαν ικανοποιητικά τον απαιτούμενο χρόνο, έδειξαν να ενδιαφέρονται για το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και τον σκοπό της έρευνας και δούλεψαν συγκεντρωμένοι και χωρίς βιασύνη. Έκανε εντύπωση το γεγονός ότι με αφορμή τη θεματολογία του ερωτηματολογίου τα παιδιά προκάλεσαν διάλογο με ερωτήσεις στο τέλος της διδακτικής ώρας.
6. Μετά τις διορθώσεις έγινε δεύτερη πιλοτική δοκιμή σε διαφορετικό Ημερήσιο Δημόσιο Λύκειο αστικής περιοχής (25 μαθητές- περιοχή Νίκαια Πειραιά) και οριστικοποίηση του τελικού κειμένου του ερωτηματολογίου.

Ιατρική-επαγγελματική δεοντολογία

Οι πληροφορίες στα ερωτηματολόγια ελήφθησαν ανώνυμα και μετά από τη σύμφωνη γνώμη των γονέων. Η ανωνυμία των σχολείων εξασφαλίζεται από το γεγονός ότι η ανάλυση και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων γίνεται για το

σύνολο του δείγματος ή για γεωγραφικές περιφέρειες και όχι για «μικρότερες» μονάδες.

1.4 Διαδικασία συλλογής στοιχείων: Ποιοτικές εκτιμήσεις

Προκειμένου το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων να χορηγήσει άδεια για διεξαγωγή έρευνας στα σχολεία της επικράτειας, ήταν απαραίτητη η γνωμοδότηση του Τμήματος Ερευνών, Τεκμηρίωσης και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, στο οποίο είχε γίνει η κατάθεση των σχετικών δικαιολογητικών (στα οποία περιλαμβάνονταν ο πλήρης κατάλογος των σχολείων του δείγματος και το ερωτηματολόγιο) .

Σε κάθε σχολείο ήταν απαραίτητες τουλάχιστον δύο επισκέψεις. Η πρώτη αφορούσε την ενημέρωση του Λυκειάρχη για την έρευνα και την επίδοση του αντιγράφου της άδειας (τυπικά το έγγραφο είχε ήδη σταλεί υπηρεσιακά στα σχολεία του δείγματος από το Υπουργείο Παιδείας). Σε αυτήν την επίσκεψη ο Λυκειάρχης παρελάμβανε και την επιστολή για τη συγκατάθεση των γονέων των παιδιών (Παράρτημα: 2. Επιστολή για τους γονείς).

Οι περισσότεροι από τους Λυκειάρχες ζήτησαν να δουν και το ερωτηματολόγιο. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και υπήρχε η σχετική έγκριση για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν στη διακριτική ευχέρεια του κάθε Λυκειάρχη να επιτρέψει ή όχι τη διεξαγωγή της έρευνας στο σχολείο του. Στη δεύτερη επίσκεψη, πραγματοποιείτο η χορήγηση του ερωτηματολογίου στους μαθητές τη συγκεκριμένη σχολική ώρα που είχε προταθεί από το σχολείο. Αν και ο στόχος ήταν να μην ξεπερνά η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τα 20 λεπτά, στην πράξη αυτό μεταφράστηκε στη χρήση μίας διδακτικής ώρας στην αρχή ή στο τέλος της σχολικής μέρας (περισσότερος ή λιγότερος χρόνος αντίστοιχα).

Η συμπεριφορά των μαθητών κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν σχεδόν πάντα υποδειγματική. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο με σοβαρότητα και του αφιέρωσαν περισσότερο από τον προβλεπόμενο χρόνο. Σχεδόν σε κάθε τμήμα υπήρχαν στο τέλος της ώρας μαθητές που ήθελαν να συζητήσουν, με αφορμή το ερωτηματολόγιο θέματα που τους απασχολούσαν. Όπως επίσης δήλωναν μια σαφή επιθυμία να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Η εικόνα αυτή επιβεβαιώθηκε: 1) από την ποιοτική εκτίμηση των απαντήσεων: μετά από κάθε σχολικό τμήμα η δειγματοληπτική ανάγνωση μερικών

ερωτηματολόγιων κατέδειξε ότι τα παιδιά συμπλήρωναν με υπευθυνότητα τις ερωτήσεις και 2) από την αισθητική εικόνα του ερωτηματολογίου: δεν το μουντζούρωσαν, το κράτησαν καθαρό και τις σελίδες συραμμένες. Στις μόνες ερωτήσεις, που ένας μικρός αριθμός μαθητών έδειξε να έχει πρόβλημα, ήταν σε εκείνες που αφορούσαν την ημερομηνία γέννησης και τον τόπο γέννησης. Οι μαθητές αυτοί δεν ήταν πάντα αλλοδαποί (ώστε να υποθέσει κανείς φόβο λόγω ενδεχόμενης παράνομης εισόδου στην χώρα). Από τα λεγόμενα τους η αιτία ήταν μήπως τα στοιχεία της έρευνας χρησιμοποιηθούν για να αποκαλύψουν προσωπικά δεδομένα.

Με το τέλος της σχολικής χρονιάς ολοκληρώθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων στα σχολεία του δείγματος.

1.5 Στατιστική ανάλυση

Η καταχώρηση των στοιχείων έγινε σε ειδικά σχεδιασμένη βάση δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα Epidata Entry (Epidata association, Denmark, version 3.1). Για την επιβεβαίωση της εγκυρότητας των δεδομένων πριν από την ανάλυση, πραγματοποιήθηκαν πολλαπλοί έλεγχοι με σκοπό την ανεύρεση και διόρθωση τυχόν λογικών ανακολουθιών (consistency and range checks). Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο STATA (Stata Corporation, Texas, USA, version 10). Υπολογίστηκαν ποσοστά και τα αντίστοιχα διαστήματα αξιοπιστίας κατά 95% (95% confidence intervals) με στάθμιση ως προς την πληθυσμιακή αναλογία κάθε στρώματος και λαμβάνοντας υπόψη τον δειγματοληπτικό σχεδιασμό (διαστρωμάτωση και κατά συστάδες).

Για τη συσχέτιση παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 και υπολογίστηκαν λόγοι κινδύνων (risk ratios, RR) από τα σταθμισμένα ποσοστά εκτεθειμένων και μη εκτεθειμένων σε διάφορους παράγοντες. Έγινε ανάλυση πολλαπλής λογαριθμιστικής εξάρτησης (multiple logistic regression) για τον εντοπισμό παραγόντων που ανεξάρτητα μεταξύ τους συσχετίζονται με επιλεγμένες μεταβλητές έκβασης. Στην ανάλυση αυτή περιελήφθησαν όλοι οι παράγοντες για τους οποίους στην αρχική μονοπαραγοντική ανάλυση $\alpha/$ η τιμή του κριτηρίου P για το RR ήταν μικρότερη από 0,05, ή $\beta/$ η τιμή του RR ήταν μεγαλύτερη από 1,5 ή μικρότερη από 0,67. Τα τελικά σταθμισμένα RR προήλθαν από ανάλυση διωνυμικής εξάρτησης (binomial regression), στην οποία συμπεριελήφθησαν όλοι οι παράγοντες του τελικού μοντέλου λογαριθμιστικής εξάρτησης.

Η περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου έγινε κατά φύλο και κατά κατηγορία πόλης (3 κατηγορίες: Αθήνα, Θεσσαλονίκη, «άλλες πόλεις»).

2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1 Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος μελέτης- Απόκριση

Το σύνολο των μαθητών στα δύο τμήματα της Α' Λυκείου των σχολείων που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν 2342. Οι μαθητές που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν 2019 (αναλογία απόκρισης $2019/2342=86,2\%$).

Από τους 2019 εφήβους που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, το 59% ήταν από την Αθήνα, το 19% από την Θεσσαλονίκη και το 22% από τις «άλλες πόλεις» του δείγματος (Πίνακας 1).

Η Ελλάδα ήταν η χώρα όπου γεννήθηκε το 92% των μαθητών. Η Αλβανία ήταν χώρα γέννησης για το 4% των μαθητών, ενώ σε διάφορες άλλες χώρες είχε γεννηθεί το υπόλοιπο 4% (Πίνακας 1).

Από τους εφήβους το 46% ήταν αγόρια και το 54% ήταν κορίτσια. Η μέση ηλικία των μαθητών, υπολογισμένη με βάση την αναφερόμενη ημερομηνία γέννησης και την ημερομηνία που συμπλήρωσε κάθε μαθητής το ερωτηματολόγιο, ήταν 15 χρονών, τυπική απόκλιση τα 0,5 έτη.⁶

Ως προς τη χώρα γέννησης των γονέων προέκυψε ότι η Ελλάδα ήταν η χώρα γέννησης για το 87% των πατέρων και του 85% των μητέρων. Η Αλβανία ήταν ο τόπος γέννησης για το 6% των πατέρων και για το 6% των μητέρων. Σε διάφορες άλλες χώρες γεννήθηκε το 7% και το 9% πατέρων και μητέρων αντίστοιχα (Πίνακας Π3).

Η μέση αναφερόμενη ηλικία των πατέρων ήταν τα 48,1 έτη (τυπική απόκλιση 5,7 έτη) και των μητέρων τα 43,3 έτη (τυπική απόκλιση 4,8 έτη) (Πίνακας 1).

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, αναφέρεται ότι το 31% των πατέρων και το 38% των μητέρων έχει τελειώσει το Λύκειο. Κάποια ανώτερη σχολή/ ανώτατη σχολή έχει τελειώσει ο ένας στους δύο γονείς (Πίνακας 1).

⁶ Στην αρχή του σχολικού έτους 2009/10 οι μαθητές που ήταν γραμμένοι στην Α Λυκείου ήταν 80.744. Από αυτούς γεννημένοι το 1994, άρα 15 χρονών, ήταν 71555, δηλαδή το 88,6%. Οι γεννήσεις το 1994 ήταν 103.763 (άρα $71555/103763=68,9\%$ δηλ περίπου 7 από τα 10 παιδιά που γεννήθηκαν το 1994 και ήταν 15 χρονών στην έναρξη του σχολικού έτους 2009/10 γράφτηκαν στην Α Λυκείου). Πηγή: Εθνική Στατιστική Αρχή.

Πίνακας 1: Ερωτήσεις σχετικά με τον/την έφηβο/η και την οικογένειά του/της κατά φύλο

	Αγόρια N (%)* (n=927)	Κορίτσια N (%)* (n=1092)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Πόλη σχολείου				
Αθήνα	548 (59,1)	643 (58,9)	1191 (59,0)	0,835
Θεσσαλονίκη	183 (19,7)	206 (18,9)	389 (19,3)	
Άλλη πόλη	196 (21,1)	243 (22,3)	439 (21,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	927	1092	2019	
Χώρα γέννησης				
Ελλάδα	832 (93,0)	972 (91,0)	1811 (91,9)	0,172
Αλβανία	33 (3,7)	47 (4,4)	80 (4,1)	
Άλλη	30 (3,4)	50 (4,6)	80 (4,1)	
ΣΥΝΟΛΟ	895	1076	1971	
Ηλικία πατέρα				
<45	195 (23,7)	271 (26,7)	466 (25,4)	0,417
45-54	510 (61,9)	609 (60,1)	1119 (60,9)	
≥55	119 (14,4)	134 (13,2)	253 (13,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	824	1014	1838	
Ηλικία μητέρας				
<45	496 (59,7)	622 (59,9)	1118 (59,8)	0,616
45-54	315 (37,9)	398 (38,3)	731 (38,1)	
≥55	20 (2,4)	18 (1,7)	38 (2,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	831	1038	1869	
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα				
Απόφοιτος Γ' Γυμνασίου	170 (20,2)	187 (18,6)	357 (19,3)	0,496
Απόφοιτος Λυκείου	268 (31,9)	311 (30,9)	579 (31,4)	
Απόφοιτος ανώτερης/ανώτατης σχολής	403 (47,9)	507 (50,4)	910 (49,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	841	1005	1846	
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας				
Απόφοιτος Γ' Γυμνασίου	126 (14,6)	157 (15,3)	283 (15,0)	0,643
Απόφοιτος Λυκείου	321 (37,2)	396 (38,7)	717 (38,0)	
Απόφοιτος ανώτερης/ανώτατης σχολής	416 (48,2)	470 (45,9)	886 (47,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	863	1023	1886	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Ασφαλισμένοι σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο υγείας ανέφεραν ότι είναι περίπου 7 στους 10 μαθητές (Πίνακας Π3), με το ΙΚΑ να είναι ο ασφαλιστικός φορέας για περίπου τους μισούς μαθητές. Οι απαντήσεις παρουσίασαν διαφορές κατά κατηγορία πόλης ως προς τον τύπο ασφάλισης, με τους μαθητές από Θεσσαλονίκη σε μεγαλύτερο ποσοστό να δηλώνουν την ύπαρξη ασφαλιστικού ταμείου (περίπου 7 στους 10) και σε μικρότερο ποσοστό να δηλώνουν ότι «δεν ξέρουν/δεν θυμούνται» το ασφαλιστικό ταμείο της οικογένειας. Επιπλέον διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$) ανά κατηγορία πόλης ως προς το είδος του ασφαλιστικού ταμείου (Πίνακας Π7).

Η καταγραφή μερικών από τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και τη δομή των οικογενειών των εφήβων του δείγματος έδειξε ότι το 85% των εφήβων μένουν και με τους δύο γονείς, άρα περίπου 3 στους 20 μαθητές δεν μένουν και με τους δύο

γονείς. Ο βασικός λόγος αυτού του δεδομένου, όπως αναφέρεται από τους μαθητές είναι ο χωρισμός των γονέων (76%) (Πίνακας Π3).

Στις μισές περίπου οικογένειες (51%) το σύνολο των ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι με τους εφήβους είναι 4 άτομα. Περισσότερα από 4 άτομα αναφέρονται από το 23%, ενώ ≤ 3 άτομα από το 26% των μαθητών (Πίνακας Π3).

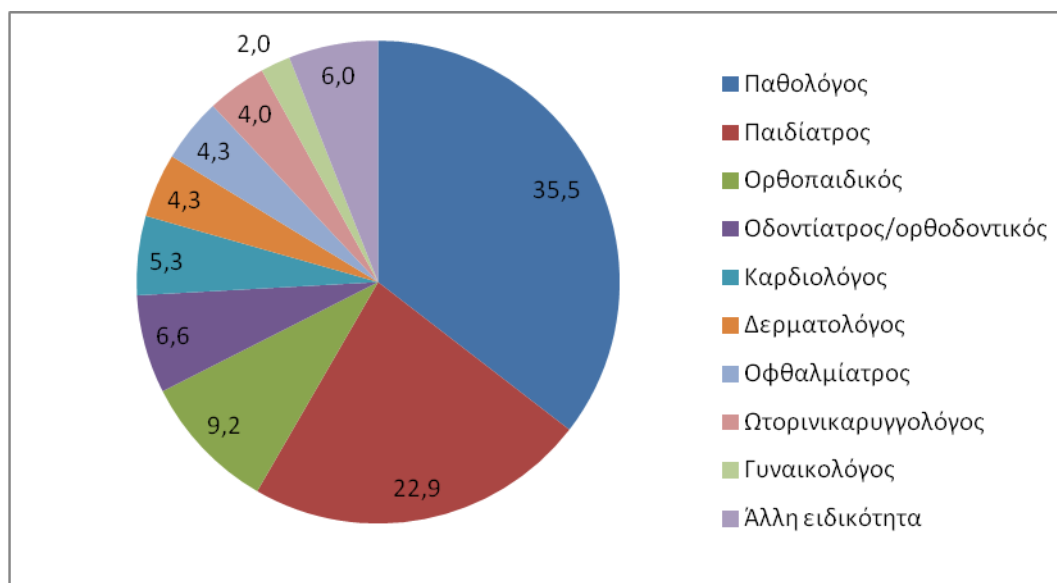
Αδέλφια αναφέρει ότι έχει το 86% των μαθητών με την μέση τιμή να είναι 1,5 αδέλφια (τυπική απόκλιση 0,9 αδέλφια). Δικό του δωμάτιο αναφέρουν ότι έχουν 2 στους 3 μαθητές με το ποσοστό των αγοριών να υπερτερεί με διαφορά στατιστικά σημαντική (Πίνακας Π3).

Εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι ανέφεραν ότι είχε το 78% των παιδιών. Το μέσο ποσό ήταν 20€ (Πίνακας Π3).

2.2 Περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με την τελευταία επίσκεψη του/της εφήβου σε γιατρό

Οι 9 στους 10 μαθητές ανέφεραν ότι είχαν επισκεφτεί γιατρό μέσα στο τελευταίο εξάμηνο, ενώ περίπου οι μισοί από αυτούς είχαν επισκεφτεί γιατρό τον τελευταίο μήνα (Πίνακας Π1). Οι 6 στους 10 επισκέφτηκαν παιδίατρο ή παθολόγο (Γράφημα 1). Η επίσκεψη σε παθολόγο στην Θεσσαλονίκη υπερτερεί σε σχέση με την Αθήνα και τις «άλλες πόλεις» (Πίνακας Π5). Περίπου διπλάσιο ποσοστό αγοριών ($p < 0,001$) αναφέρουν επίσκεψη σε ορθοπεδικό (Πίνακας Π1).

Γράφημα 1: Ερωτήσεις σχετικές με την ειδικότητα του/της ιατρού στην τελευταία επίσκεψη



Άνδρα γιατρό επισκέφτηκαν περίπου 3 στους 5, χωρίς να παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων του δείγματος στην επιλογή του φύλου του γιατρού. (Πίνακας Π1).

Το 75% των μαθητών επισκέφτηκε τον/τη γιατρό στο ιδιωτικό ιατρείο του/της (Πίνακας Π1).

Στις «άλλες πόλεις» το ποσοστό επισκεψιμότητας στο χώρο του ιδιωτικού ιατρείου φθάνει το 80%, ενώ μεγαλύτερο συγκριτικά ποσοστό σε επισκεψιμότητα εμφανίζουν οι χώροι των ασφαλιστικών ταμείων και του Κέντρου Υγείας στην Θεσσαλονίκη (Πίνακας Π5).

Στο χώρο αναμονής του ιατρείου δεν περίμεναν παραπάνω από 15 λεπτά περίπου οι 6 από τους 10 μαθητές, ενώ μέσα στο ιατρείο οι 6 από τους 10 μαθητές αναφέρουν ότι παρέμειναν μεταξύ 5 και 15 λεπτών (Πίνακας Π1), με 3 στους 10 να αναφέρει χρόνο παραμονής στο ιατρείο πάνω από 15 λεπτά (Πίνακας 2).

Ως προς την αιτία της επίσκεψης περίπου οι μισοί (55%) αναφέρουν ότι πήγαν στο γιατρό όντας υγιείς για να κάνουν εμβόλιο ή για να πάρουν βεβαίωση υγείας για τη γυμναστική. Μόνο 1 στους 4 αναφέρει ως αιτία της τελευταίας επίσκεψης την ασθένεια (Πίνακας Π1).

Οι απαντήσεις παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και κατά κατηγορία πόλης. Έτσι περισσότερα αγόρια εμφανίζονται να θέλουν βεβαίωση υγείας για γυμναστική, αλλά περισσότερα κορίτσια να πηγαίνουν για εμβόλιο/παρακολούθηση (Πίνακας Π1). Στην Αθήνα ($p < 0,001$) μεγαλύτερο ποσοστό ζητά βεβαίωση υγείας για γυμναστική, ενώ ως αιτία επίσκεψης την ασθένεια αναφέρουν περισσότερο στις «άλλες πόλεις» (Πίνακας Π5).

Στην ερώτηση για το πώς κρίνουν (και σε σχέση με την αιτία της τελευταίας επίσκεψης) τον χρόνο μέσα στο ιατρείο, 7 στους 10 μαθητές εκτιμούν ότι ο χρόνος ήταν αρκετός (Πίνακας Π1).

Πίνακας 2:Ερωτήσεις σχετικές με χρόνο αναμονής και παραμονής στο ιατρείο και ικανοποίησης στην τελευταία επίσκεψη

	Σύνολο N (%)* (n=2019)
Χρόνος αναμονής	
≤15 λεπτά	1296 (64,4)
>15 λεπτά	717 (35,6)
ΣΥΝΟΛΟ	2013
Χρόνος παραμονής μέσα στο ιατρείο	
≤15 λεπτά	1424 (70,7)
>15 λεπτά	590 (29,3)
ΣΥΝΟΛΟ	2014
Πόσο ικανοποιημένος /η έμεινες από την τελευταία αυτή επίσκεψη;	
Πολύ / αρκετά	1667 (83,3)
Μέτρια / λίγο	334 (16,7)
ΣΥΝΟΛΟ	2001

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Οι 8 στους 10 μαθητές ανέφεραν ότι συνοδεύονταν από κάποιον ενήλικο. Το 96% των εφήβων που δήλωσαν ότι ήταν μαζί με κάποιον ενήλικο, συνοδευόταν από τουλάχιστον ένα γονέα. Οι απαντήσεις παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p<0,001$) και κατά κατηγορία πόλης ($p<0,01$). Τα κορίτσια απαντούν καταφατικά περισσότερο από τα αγόρια και στην Αθήνα υπάρχει τάση να συνοδεύονται περισσότερο (Πίνακες Π1 και Π5).

Παρόλη την παρουσία συνοδού ενήλικα, το 86% των μαθητών εκτιμά ότι ο/η γιατρός απευθύνονταν μόνο ή κυρίως σε εκείνους κατά τη διάρκεια της επίσκεψης. Οι απαντήσεις παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p<0,001$) και κατά κατηγορία πόλης ($p<0,01$) (Πίνακες Π1 και Π5). Περισσότερο τα κορίτσια εκτιμούν ότι ο/η γιατρός απευθύνονταν μόνο ή κυρίως σε εκείνες κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, όπως επίσης και οι μαθητές/τριες στην Θεσσαλονίκη.

Πίνακας 3: Ερωτήσεις σχετικές με επικοινωνία με τον/την γιατρό στην τελευταία επίσκεψη κατά φύλο

	Αγόρια N (%)* (n=927)	Κορίτσια N (%)* (n=1092)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
†Ένιωθα άνετα να κάνω ερωτήσεις. Συμφωνών / μάλλον συμφωνών Διαφωνών / μάλλον διαφωνών ΣΥΝΟΛΟ	755 (85,0) 133 (15,0) 888	797 (76,3) 247 (23,7) 1044	1552 (80,3) 380 (19,7) 1932	<0,001
Αισθάνθηκα ότι δεν υπήρχε χρόνος να συζητήσουμε άλλα θέματα, που με απασχολούν. Συμφωνών / μάλλον συμφωνών Διαφωνών / μάλλον διαφωνών Δεν ξέρω ΣΥΝΟΛΟ	330 (35,7) 505 (54,6) 90 (9,7) 925	318 (29,3) 685 (63,2) 81 (7,5) 1084	648 (32,3) 1190 (59,2) 171 (8,5) 2009	0,004
Νομίζω πως έδειξε υπομονή με τις ερωτήσεις μου. Συμφωνών / μάλλον συμφωνών Διαφωνών / μάλλον διαφωνών Δεν ξέρω ΣΥΝΟΛΟ	662 (72,0) 170 (18,5) 87 (9,5) 919	814 (75,5) 151 (14,0) 113 (10,5) 1078	1476 (73,9) 321 (16,1) 200 (10,0) 1997	0,031
† Η εξέταση με έκανε να αισθάνομαι άβολα. Συμφωνών / μάλλον συμφωνών Διαφωνών / μάλλον διαφωνών ΣΥΝΟΛΟ	144 (16,0) 756 (84,0) 900	325 (30,6) 737 (69,4) 1062	469 (23,9) 1493 (76,1) 1962	<0,001

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απουσίες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

Κατά τη διάρκεια της επίσκεψης οι 8 στους 10 εφήβους (Πίνακας 3) συμφωνούν/μάλλον συμφωνούν ότι μπορούσαν να κάνουν άνετα ερωτήσεις στον/στη γιατρό με 7 στους 10 να θεωρούν ότι ο/η γιατρός έδειξε υπομονή με τις ερωτήσεις τους, ότι πρόσεχε αυτά που του/της έλεγαν οι έφηβοι (86%) και ότι εξήγησε καλά το πρόβλημα και τη θεραπεία που πρότεινε (90%) (Πίνακας Π1). Τα κορίτσια αναφέρουν ότι αισθάνονται λιγότερο άνετα να κάνουν ερωτήσεις στον/στη γιατρό ($p < 0,001$) (Πίνακας 3).

Περίπου οι 9 στους 10 εφήβους, θεωρούν ότι δεν χάθηκε χρόνος σε θέματα άσχετα με την αιτία της επίσκεψης, αν και 3 στους 10 εκτιμούν ότι δεν υπήρχε χρόνος για να συζητήσουν άλλα θέματα που τους απασχολούν. Στην τελευταία αυτή ερώτηση οι απαντήσεις παρουσιάζουν διαφορά μεταξύ των δύο φύλων και κατά κατηγορία πόλης. Μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών (36%) συμφωνεί/μάλλον συμφωνεί, ότι δεν υπήρχε αρκετός χρόνος για να συζητηθούν και άλλα θέματα. Περισσότερο χρόνο φαίνεται ότι χρειάζονται οι μαθητές στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη (Πίνακες Π1 και Π5).

Κατά την διάρκεια της εξέτασης 1 στους 4 εφήβους αισθάνθηκε άβολα με τα κορίτσια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας 3).

Συμπερασματικά οι 9 στους 10 εφήβους θεώρησαν ότι ο/η γιατρός τους αντιμετώπισε με σεβασμό και με εκτίμηση (Πίνακας Π1) κατά τη διάρκεια αυτής της τελευταίας επίσκεψης και οι 8 στους 10 αναφέρουν ότι έμειναν πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι (Πίνακας 2).

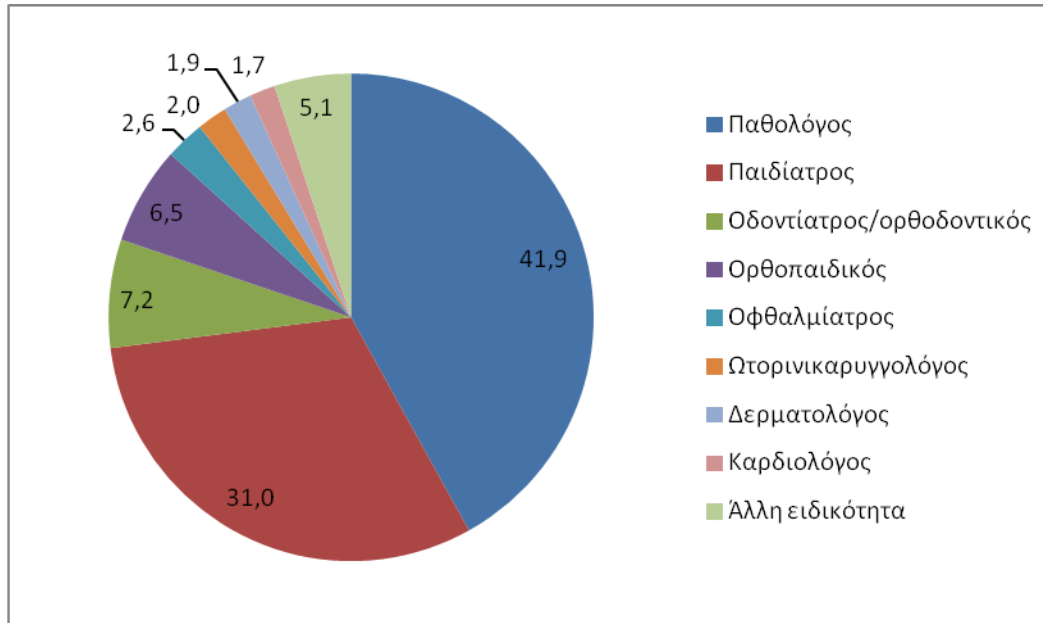
2.3 Περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με τις συνήθειες επισκέψεις του/της εφήβου σε γιατρό.

2.3.1 Συνθήκες επίσκεψης

Το 80% των εφήβων αναφέρουν ότι επισκέπτονται κάποιο γιατρό τουλάχιστον μία φορά το εξάμηνο (Πίνακας 4).

Οι 7 στους 10 επισκέπτονται παιδίατρο ή παθολόγο (Γράφημα 2). Τα αγόρια με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) επισκέπτονται περισσότερο ορθοπεδικό γιατρό και καρδιολόγο από τα κορίτσια (Πίνακας Π2). Οι απαντήσεις εμφανίζουν διαφορές και κατά κατηγορία πόλης. Έτσι στη Θεσσαλονίκη το ποσοστό επίσκεψης σε παθολόγο υπερτερεί (57%), όπως σχεδόν διπλάσιο εμφανίζεται και το ποσοστό επισκεψιμότητας σε δερματολόγο σε σχέση με τις «άλλες πόλεις» και την Αθήνα. Αντίθετα, η Θεσσαλονίκη έχει το μισό ποσοστό επισκεψιμότητας σε οφθαλμίατρο σε σχέση με τις «άλλες πόλεις» και την Αθήνα (Πίνακας Π6).

Γράφημα 2: Ερωτήσεις σχετικές με την ειδικότητα του/της ιατρού στις συνήθειες επισκέψεις



Συνήθως ο γιατρός που επισκέπτονται είναι ο ίδιος για τους μισούς περίπου μαθητές, ενώ 4 στους 10 αναφέρουν ότι είναι τις πιο πολλές φορές το ίδιο πρόσωπο (Πίνακας 4). Οι απαντήσεις διαφέρουν κατά κατηγορία πόλης. Στις «άλλες πόλεις» μεγαλύτερο ποσοστό εφήβων (92%) επισκέπτεται πάντα ή σχεδόν πάντα το ίδιο πρόσωπο (Πίνακας Π6).

Πίνακας 4: Ερωτήσεις σχετικές με τη συχνότητα επίσκεψης σε γιατρό, αν ο/η γιατρός είναι το ίδιο πρόσωπο, τον χώρο που πραγματοποιείται, το χρόνο αναμονής και παραμονής στο ιατρείο, στις συνήθεις επισκέψεις του/της εφήβου σε γιατρό

	Σύνολο N (%)[*] (n=2019)
Πόσο συχνά πηγαίνεις σε γιατρό; τουλάχιστον 1 φορά / 6μηνο ≤ 1 φορά / χρόνο ΣΥΝΟΛΟ	1609 (80,0) 403 (20,0) 2012
†Ο γιατρός που επισκέπτεσαι είναι Πάντα το ίδιο πρόσωπο Τις πιο πολλές φορές το ίδιο πρόσωπο Τις πιο πολλές φορές διαφορετικό πρόσωπο ΣΥΝΟΛΟ	923 (47,2) 815 (41,7) 216 (11,1) 1954
†Χώρος ιατρικής επίσκεψης Συνήθως στο ιατρείο του/της γιατρού Συνήθως στο χώρο ασφαλ. ταμείου Συνήθως στα Ε.Ι. νοσοκομείου Συνήθως στο ιατρείο του Κέν. Υγείας Συνήθως σε διαφορ. μέρος κάθε φορά ΣΥΝΟΛΟ	1541 (78,3) 222 (11,3) 70 (3,6) 85 (4,3) 50 (2,5) 1968
Συνήθης χρόνος αναμονής ≤15 λεπτά >15 λεπτά ΣΥΝΟΛΟ	1271 (63,3) 738 (36,7) 2009
Συνήθης χρόνος παραμονής μέσα στο ιατρείο ≤15 λεπτά >15 λεπτά ΣΥΝΟΛΟ	1270 (63,2) 738 (36,8) 2008

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" (7%) έχει ενσωματωθεί στις απουσίες τιμές (missings).

Ο γιατρός που επισκέπτονται είναι πάντα ή τις πιο πολλές φορές άνδρας σε ποσοστό 65%, με τα κορίτσια όμως να επισκέπτονται περισσότερο, με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$), γυναίκα γιατρό. Η διαφορά που έχουν τα δύο φύλα των μαθητών στο θέμα της επιλογής του φύλου του/της γιατρού είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) και φαίνεται και από το δεδομένο ότι περίπου 5 στα 10 κορίτσια αναφέρουν ότι έχει σημασία το φύλο του/της γιατρού σε σχέση με περίπου 2 στα 10 αγόρια, ενώ το 54% των κοριτσιών αναφέρει ότι προτιμά ο/η γιατρός να είναι γυναίκα, σε σχέση με το 20% των αγοριών που αναφέρει ότι προτιμά ο/η γιατρός να είναι άνδρας ($p < 0,001$) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Ερωτήσεις σχετικές με το φύλο γιατρού στις συνήθεις επισκέψεις σε γιατρό κατά φύλο

	Αγόρια N (%)* (n=927)	Κορίτσια N (%)* (n=1092)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Φύλο γιατρού				
<i>Πάντα άνδρας</i>	341 (37,2)	307 (28,4)	648 (32,4)	<0,001
<i>Πάντα γυναίκα</i>	144 (15,7)	196 (18,1)	340 (17,0)	
<i>Τις πιο πολλές φορές άνδρας</i>	296 (32,3)	364 (33,7)	660 (33,0)	
<i>Τις πιο πολλές φορές γυναίκα</i>	136 (14,8)	214 (19,8)	350 (17,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	917	1081	1998	
Έχει σημασία για σένα το φύλο του γιατρού;				
<i>Ναι</i>	214 (23,2)	524 (48,2)	738 (36,7)	<0,001
<i>Όχι</i>	709 (76,8)	564 (51,8)	1273 (63,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	923	1088	2011	
Προτιμώ ο/η γιατρός να είναι				
<i>Άνδρας</i>	183 (19,9)	60 (5,5)	243 (12,1)	<0,001
<i>Γυναίκα</i>	155 (16,9)	588 (54,1)	743 (37,0)	
<i>Δεν με νοιάζει</i>	581 (63,2)	439 (40,4)	1020 (50,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	919	1087	2006	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Οι 9 στους 10 μαθητές επισκέφτηκαν τον/τη γιατρό στο ιατρείο του/της ή σε χώρο ασφαλιστικού ταμείου, δηλαδή σε χώρο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Πίνακας 4). Οι απαντήσεις διαφέρουν κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,01$). Το ποσοστό επισκεψιμότητας στο ιδιωτικό ιατρείο υπερτερεί στις «άλλες πόλεις» (86%), ενώ αντίθετα είναι πολύ μικρότερο το ποσοστό επισκεψιμότητας στο χώρο του ασφαλιστικού ταμείου σε σχέση με την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη (Πίνακας Π6).

Παρατηρείται ότι ο χρόνος αναμονής δεν ήταν υπερβολικά μεγαλύτερος από το χρόνο παραμονής μέσα στο ιατρείο, αφού ο συνήθης χρόνος αναμονής ήταν ≤ 15 λεπτά, για 6 από τους 10 μαθητές και ο χρόνος παραμονής μέσα στο ιατρείο ήταν επίσης ≤ 15 λεπτά, για 6 από τους 10 μαθητές. Μόνο 3 στους 10 έμειναν για περισσότερο από 15 λεπτά μέσα στο ιατρείο (Πίνακας 4).

Η απόφαση για την επίσκεψη σε γιατρό αναφέρεται ότι είναι αποτέλεσμα συνεννόησης παιδιού και γονέων για περισσότερους από τους μισούς εφήβους (57%), ενώ 3 στους 10 αναφέρουν ότι δεν συμμετέχουν στην απόφαση. Τα αγόρια σε μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρουν ότι είναι δική τους η απόφαση ($p < 0,001$), ενώ τα κορίτσια σε μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρουν ότι συναποφασίζουν με τους γονείς. Στην ερώτηση, αν έχουν πάει ποτέ μόνοι σε γιατρό, το 47% απαντά ναι και το 53% όχι. Το ποσοστό των αγοριών που επισκέπτονται μόνοι τον/τη γιατρό είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο από αυτό των κοριτσιών ($p < 0,001$) (Πίνακας Π2). Οι απαντήσεις διαφέρουν κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,001$) με λιγότερους εφήβους

στην Αθήνα (4 στους 10) να πηγαίνουν μόνοι τους σε γιατρό σε σχέση με τη Θεσσαλονίκη και τις «άλλες πόλεις» (περίπου 6 στους 10) (Πίνακας Π6).

2.3.2 Διερεύνηση προβλημάτων επικοινωνίας με τον/την γιατρό

Ένας στους δύο εφήβους απάντησαν ότι έχουν πρόβλημα στην επικοινωνία με τον/τη γιατρό (Πίνακας Π2). Οι απαντήσεις διαφέρουν στατιστικά σημαντικά κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,001$). Στη Θεσσαλονίκη σημαντικά μικρότερο ποσοστό εφήβων (3 στους 10) αναφέρει πρόβλημα επικοινωνίας σε σχέση με την Αθήνα (6 στους 10) και τις «άλλες πόλεις» (5 στους 10) (Πίνακας Π6).

Τα παρακάτω αποτελέσματα αφορούν το υποσύνολο των εφήβων εκείνων που απάντησαν ότι υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας με τον γιατρό (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Ερωτήσεις σχετικές με τα προβλήματα επικοινωνίας στις συνήθειες επισκέψεις κατά φύλο

Εάν αντιμετωπίζεις πρόβλημα επικοινωνίας με το γιατρό, τι από τα παρακάτω θεωρείς πρόβλημα;				
	Αγόρια N (%)* (n=451)	Κορίτσια N (%)* (n=566)	Σύνολο N (%)* (n=1017)	Τιμή κριτηρίου P
Ο γιατρός δεν μου δίνει αρκετό χρόνο.				
Ναι	99 (22,0)	77 (13,6)	176 (17,3)	<0,001
Όχι	352 (78,0)	488 (86,4)	840 (82,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	451	565	1016	
Ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται για τα προβλήματά μου.				
Ναι	92 (20,4)	60 (10,6)	152 (15,0)	<0,001
Όχι	359 (79,6)	505 (89,4)	864 (85,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	451	565	1016	
Δεν γνωρίζει τα προβλήματά μου.				
Ναι	113 (25,1)	108 (19,1)	221 (21,8)	0,011
Όχι	338 (74,9)	457 (80,9)	795 (78,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	451	565	1016	
Ο γιατρός δεν με αντιμετωπίζει με εκτίμηση και σεβασμό.				
Ναι	76 (16,9)	60 (10,6)	136 (13,4)	0,012
Όχι	375 (83,1)	505 (89,4)	880 (86,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	451	565	1016	
Οι γιατροί κρίνουν αρνητικά τον τρόπο που ντύνομαι και φέρομαι.				
Ναι	72 (16,0)	55 (9,7)	127 (12,5)	0,006
Όχι	379 (84,0)	510 (90,3)	889 (87,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	451	565	1016	

*Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Από τους εφήβους, που απάντησαν ότι υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας με τους γιατρούς, 1 στους 4 αναφέρει ότι δεν έχει έναν σταθερό γιατρό (Πίνακας Π2). Ο/η γιατρός δεν δίνει αρκετό χρόνο για 1 από τους 6 μαθητές, με τα αγόρια να χρειάζονται περισσότερο χρόνο με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Οι απαντήσεις διαφέρουν κατά κατηγορία πόλης. Στην Θεσσαλονίκη ($p < 0,05$) σχεδόν 4

στους 10 εφήβους αναφέρουν ότι δεν έχουν δικό τους γιατρό και 3 στους 10 ($p < 0,01$) ότι ο/η γιατρός δεν τους δίνει αρκετό χρόνο (Πίνακας Π6).

Ο φόρτος εργασίας του/της γιατρού αναφέρεται ως πρόβλημα επικοινωνίας από 1 στους 3 εφήβους (Πίνακας Π2).

Το 36% των εφήβων αναφέρει ως πρόβλημα επικοινωνίας την μη δυνατότητα να είναι μόνος/μόνη στη συνάντηση με τον/τη γιατρό, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων (46%) αναφέρει ως πρόβλημα ότι δεν υπάρχει απόρρητο των όσων ειπωθούν μεταξύ αυτών και του/της γιατρού και ότι το περιεχόμενο της συνομιλίας θα μεταφερθεί στους γονείς (Πίνακας Π2). Στις «άλλες πόλεις» πάνω από τους μισούς εφήβους (54%) θεωρούν πρόβλημα επικοινωνίας ότι δεν υπάρχει απόρρητο. (Πίνακας Π6).

Η προσωπικότητα του/της γιατρού και ο τρόπος που τοποθετείται απέναντι στον/στην έφηβο διαμορφώνει σημαντικά τη δυναμική της επικοινωνίας. Το 15% των εφήβων θεωρεί ότι ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται για τα προβλήματα του, με τα αγόρια να υπερτερούν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$), ενώ 1 στους 5 εφήβους (και ιδιαίτερως τα αγόρια) θεωρεί ότι ο/η γιατρός δεν γνωρίζει τα προβλήματα του (Πίνακας 6).

Όμως ένας στους δύο εφήβους θεωρούν ότι ο/η γιατρός θα μπορούσε να είναι ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης, που θα συζητούσε διάφορα θέματα, αν και 3 στους 10 θεωρούν ότι οι γιατροί είναι αυταρχικοί και απόλυτοι (Πίνακας Π2).

Η ιδιαίτερη κουλτούρα των εφήβων, που σε ένα βαθμό εκφράζεται με χαρακτηριστικές εκφράσεις στο λόγο και με τις επιλογές στην εμφάνιση δεν μοιάζει να αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα, αφού το 88% θεωρεί ότι οι γιατροί δεν κρίνουν αρνητικά τον τρόπο που ντύνονται και φέρονται και το 80% ότι «μιλάμε την ίδια γλώσσα με τον/τη γιατρό». Βέβαια, τα αγόρια περισσότερο από τα κορίτσια θεωρούν ότι οι γιατροί τους κρίνουν αρνητικά ($p < 0,01$). Το 87% των εφήβων θεωρεί ότι οι γιατροί τους αντιμετωπίζουν με εκτίμηση και σεβασμό (Πίνακας 6). Πάντως διπλάσιοι έφηβοι στην Θεσσαλονίκη σε σχέση με την Αθήνα και τις «άλλες πόλεις» ($p < 0,05$) αναφέρουν ότι οι γιατροί δεν τους αντιμετωπίζουν με εκτίμηση και σεβασμό, ενώ 3 στους 10 θεωρούν ότι δεν μιλάνε την «ίδια γλώσσα με τον/τη γιατρό» (Πίνακας Π6).

Στην ερώτηση αν είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα που έχουν συναντήσει μέχρι τώρα, η οποία απευθύνεται στο σύνολο των εφήβων του

δείγματος, το 22% των εφήβων απαντά μέτρια ή καθόλου, δηλαδή 1 στους 5 εφήβους, με τα κορίτσια να είναι λιγότερο ικανοποιημένα ($p < 0,001$). (Πίνακας Π2).

2.3.3 Διερεύνηση απόψεων για βελτίωση των συνθηκών επίσκεψης

Αν και κάποιες από αυτές τις συνθήκες έχουν τεθεί ως ερώτημα στους εφήβους του υποσυνόλου που απάντησε ότι έχει πρόβλημα στην επικοινωνία με τον γιατρό, τίθενται ξανά στο σύνολο των εφήβων του δείγματος (Πίνακας Π2).

Η δυνατότητα για προσωπική συζήτηση με τον/την γιατρό και το ζήτημα του απόρρητου της συζήτησης αποτελούν ζήτημα προς επίλυση για την πλειονότητα των εφήβων. Έτσι 7 στους 10 εφήβους θα ήθελαν να έχουν την δυνατότητα να επισκέπτονται μόνοι τον/την γιατρό τους, με τα αγόρια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική. Οι 8 στους 10 επιθυμούν προσωπική συζήτηση με τον/την γιατρό, η οποία θα ήθελαν να μείνει απόρρητη. Οι έφηβοι δεν θεωρούν ότι οι γονείς είναι εμπόδιο στην επαφή τους με τον/την γιατρό, αφού το 87% των εφήβων θεωρεί ότι οι γονείς του θα επέτρεπαν να μιλήσει μόνος/η με τον/την γιατρό. Οι απαντήσεις διαφέρουν κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,01$) (Πίνακας Π6). Έτσι στις «άλλες πόλεις» μεγαλύτερο ποσοστό εφήβων συμφωνούν/μάλλον συμφωνούν πως οι γονείς δεν θα τους άφηναν να μιλήσουν μόνοι με τον/την γιατρό σε σχέση με την Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Το πρακτικό ζήτημα του να κλεισθεί ραντεβού με γιατρό, φαίνεται ότι δεν αποτελεί πρόβλημα για την πλειονότητα των εφήβων (74%), όπως επίσης και ο χώρος αναμονής του ιατρείου (70%).

Επισημαίνεται όμως ότι 3 στους 10 εφήβους δηλώνουν πως ο χώρος αναμονής του ιατρείου τον/την κάνει να αισθάνεται άβολα, και με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) τα κορίτσια αισθάνονται άβολα την ώρα της εξέτασης και δεν αισθάνονται καθόλου άνετα να κάνουν ερωτήσεις.

Ο χρόνος αναμονής αποτελεί πρόβλημα για τους μισούς περίπου εφήβους (48%), όπως επίσης πρόβλημα αποτελεί και ο χρόνος για συζήτηση διάφορων θεμάτων, που 1 στους 3 εφήβους εκτιμά ότι δεν είναι αρκετός.

2.3.4 Διερεύνηση αναγκών για συζήτηση θεμάτων σχετικών με την υγεία

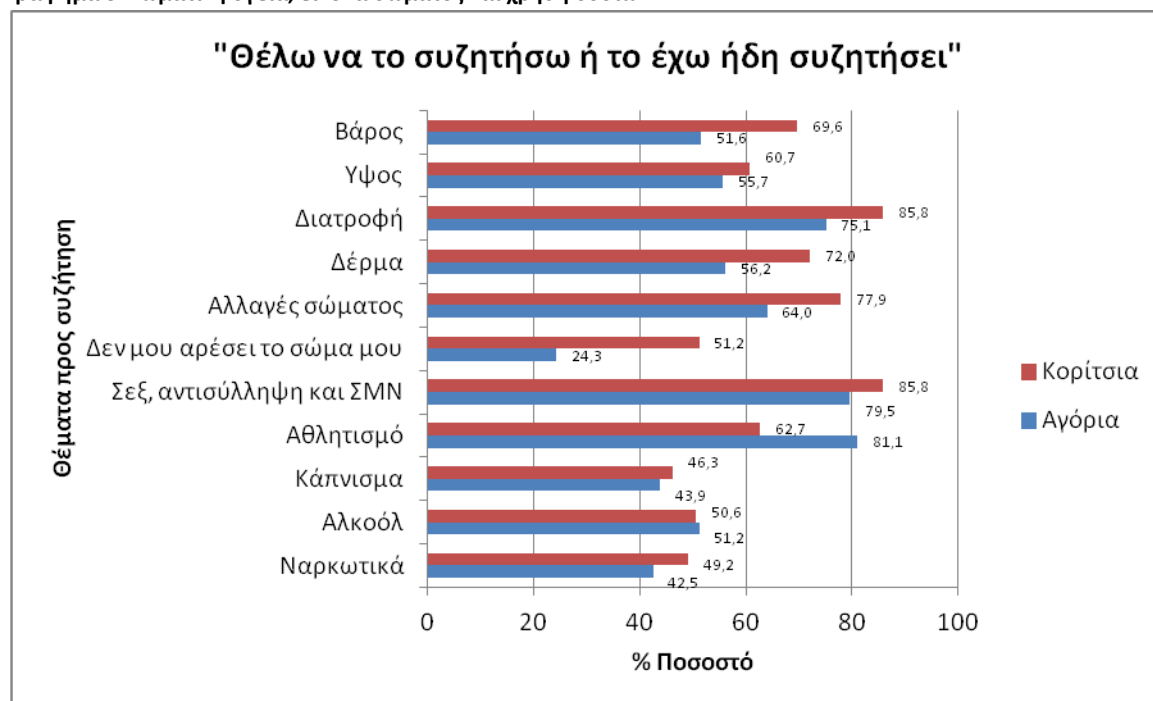
2.3.4.1 Αλλαγές στο σώμα

Το βάρος και το ύψος του σώματος, αλλά και η εικόνα του δέρματος έχουν ήδη απασχολήσει και συνεχίζουν να απασχολούν 6 στους 10 εφήβους (Γράφημα 3).

Οι γενικότερες αλλαγές στο σώμα αποτελούν θέμα για 6 από τους 10 εφήβους, με 4 στους 10 εφήβους να δηλώνουν ότι έχουν συζητήσει ή θέλουν να συζητήσουν ότι το σώμα τους δεν τους αρέσει (Γράφημα 3).

Τα κορίτσια υπερτερούν των αγοριών στην ανάγκη για συζήτηση όλων των παραπάνω θεμάτων, ιδιαιτέρως του βάρους και της εικόνας του σώματος και του δέρματος ($p < 0,001$) (Πίνακας Π2).

Γράφημα 3: Σωματική υγεία, εικόνα σώματος και χρήση ουσιών



2.3.4.2 Συμπεριφορές υγείας

Το 81% των εφήβων δηλώνει ότι η διατροφή αποτελεί θέμα για συζήτηση. Οι απαντήσεις για τη διατροφή τείνουν να διαφοροποιούνται κατά κατηγορία πόλης, χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική (Πίνακας Π6). Έτσι στις «άλλες πόλεις» μεγαλύτερο ποσοστό εφήβων εκτιμά ότι έχει ανάγκη να συζητήσει για τη διατροφή.

Ο αθλητισμός και τα αγωνίσματα απασχολούν 7 στους 10 εφήβους. Σημειώνεται ότι τα αγόρια ενδιαφέρονται περισσότερο με στατιστικά σημαντική

διαφορά από τα κορίτσια ($p < 0,001$) (Πίνακας Π2). Διπλάσια κορίτσια από αγόρια (4 στα 10 κορίτσια) δηλώνουν πως το θέμα δεν τις απασχολεί, παρόλο που όπως προαναφέρθηκε τα κορίτσια σε μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν με διαφορά στατιστικά σημαντική, ότι θέλουν να συζητήσουν ότι το σώμα τους δεν τις ικανοποιεί (Γράφημα 3).

Οι έφηβοι του δείγματος, με μέση ηλικία τα 15 χρόνια, δηλώνουν ότι το κάπνισμα απασχολεί ως θέμα για συζήτηση το 45% και το αλκοόλ το 51% από αυτούς. Τα ναρκωτικά είναι θέμα με απορίες για όχι πολύ μικρότερο ποσοστό (46%) (Πίνακας Π2).

Η έναρξη της σεξουαλικότητας είναι μείζον θέμα στην εφηβεία και αυτό το δεδομένο αποτυπώνεται στο γεγονός ότι 8 στους 10 εφήβους το έχουν ήδη συζητήσει ή θέλουν να το συζητήσουν. Τα κορίτσια υπερτερούν στην ανάγκη αυτήν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Γράφημα 3).

2.3.4.3 Συναισθηματικές ανάγκες

Η αποτύπωση της συναισθηματικής αναστάτωσης προκύπτει από το δεδομένο ότι 6 στους 10 δηλώνουν ότι ήδη τους απασχολεί το άγχος που βιώνουν. Οι μισοί περίπου (51%) δηλώνουν ότι θυμώνουν συχνά και ότι συχνά αλλάζουν διάθεση (54%) (Πίνακας Π2), 4 στους 10 αισθάνονται συχνά μόνοι και θλιμμένοι, με τις απαντήσεις κατά κατηγορία πόλης να διαφέρουν και οι έφηβοι στις «άλλες πόλεις» να δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι συχνά αισθάνονται μόνοι και θλιμμένοι (Πίνακας Π6). Σε όλα τα παραπάνω τα κορίτσια υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Γράφημα 4).

Για πολλούς εφήβους (46%) φαίνεται ότι αποτελεί θέμα για συζήτηση ακόμη και η δυσκολία που έχουν να συζητήσουν ώστε να εκφράσουν αυτά που νοιώθουν (Πίνακας Π2).

Ο ύπνος και η δυσκολία να κοιμηθούν, για 3 από τους 10 εφήβους αποτελεί πρόβλημα (Πίνακας Π2).

Όλη αυτή η συναισθηματική υπερφόρτωση και η ένταση που συνεπάγεται αποτυπώνεται και στο δεδομένο ότι 1 στους 5 εφήβους, στη μέση ηλικία των 15 χρόνων αναφέρει ότι έχει σκεφτεί ακόμη και να τραυματίσει τον εαυτό του (Πίνακας Π2).

Γράφημα 4: Ψυχική υγεία και σχέσεις



2.3.4.4. Σχέσεις

Οι σχέσεις με τους γονείς απασχολούν λίγο περισσότερο από τους μισούς εφήβους (57%), ενώ 2 στους 3 (67%) αναφέρουν ότι το θέμα της ανεξαρτησίας τους απασχολεί (Γράφημα 4).

Οι σχέσεις με τους φίλους είναι σημαντικές για τους εφήβους, αφού περίπου 3 στους 5, τις αναφέρουν ως θέμα που έχουν ανάγκη να συζητήσουν.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα κορίτσια απασχολούνται με τα παραπάνω περισσότερο από τα αγόρια με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας Π2).

2.4 Περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με θέματα και συμπεριφορές υγείας του/της εφήβου

2.4.1 Εκτίμηση υγείας

Οι έφηβοι αποτιμούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή ή καλή σε ποσοστό 90%, με τα αγόρια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Όμως, 1 στους 4 εφήβους αναφέρει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας που να τον/την απασχολεί, με τα κορίτσια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας Π4).

Νοσηλεία στο νοσοκομείο, οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή τους, αναφέρει 1 στους δύο μαθητές.

Ατύχημα κατά τους τελευταίους 12 μήνες, τέτοιο ώστε να χρειασθεί ιατρική βοήθεια, αναφέρει ότι είχε 1 στους 4 εφήβους, με τα αγόρια να υπερτερούν στην αναφορά τέτοιου ατυχήματος με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας Π4).

2.4.2 Σωματομετρική εκτίμηση

Με βάση το αναφερόμενο από τους εφήβους βάρος και ύψος σώματος, υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος ($BMI = \text{Βάρος Σώματος (Kg)} / \text{Υψος Σώματος}^2$ (m^2)).

Η κατηγοριοποίηση του BMI που κατέταξε τους μαθητές σε «φυσιολογικοί/αδύνατοι», «υπέρβαροι» και «παχύσαρκοι» έγινε με βάση τα ειδικά για το φύλο και την ηλικία διεθνή όρια που δημοσιεύθηκαν από τους Cole και συν⁷.

Στο σύνολο των εφήβων του δείγματος, στην κατηγορία «αδύνατος/φυσιολογικός» ανήκει το 78% των παιδιών. Στην κατηγορία «υπέρβαροι», ανήκει το 19% των εφήβων και στην κατηγορία «παχύσαρκοι» το 3%. Δηλαδή, περίπου 1 στους 4 εφήβους (23%) δηλώνουν βάρος και ύψος που τους τοποθετούν στην κατηγορία του/της υπέρβαρου/παχύσαρκου. Τα αγόρια υπερτερούν στην κατηγορία αυτή με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας 7).

Απεικονίζοντας την εκτίμηση του σωματικού τους βάρους, το 40% των εφήβων αναφέρουν ότι θεωρούν το βάρος τους κανονικό, με 6 στους 10 να εκτιμούν ότι θα το ήθελαν λιγότερο (49%) ή περισσότερο (12%) βάρος. Από αυτούς τους εφήβους

⁷ Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1240-3.

που θέλουν διαφορετικό το σωματικό τους βάρος, το 67% αναφέρει ότι κάτι ήδη έχει προσπαθήσει να κάνει για να το επηρεάσει, με 8 στους 10 από αυτούς, να προσπαθούν να χάσουν βάρος (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Ερωτήσεις σχετικές με το βάρος και το ύψος του σώματος του/της εφήβου, την προσπάθεια διαφοροποίησης του βάρους και την εκτίμηση της εικόνας σώματος με βάση τις αυτοαναφερόμενες τιμές κατά φύλο

	Αγόρια N (%)* (n=927)	Κορίτσια N (%)* (n=1092)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) από αυτοαναφερόμενο βάρος και ύψος				
Αδύνατο/φυσιολογικό	606 (67,1)	921 (86,5)	1527 (77,6)	<0,001
Υπέρβαρο	253 (28,0)	126 (11,8)	379 (19,3)	
Παχύσαρκο	44 (4,9)	18 (1,7)	62 (3,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	903	1065	1968	
Τι γνώμη έχεις για το βάρος σου;				
Είναι κανονικό	442 (48,5)	345 (32,1)	787 (39,6)	<0,001
Θα ήθελα να ήταν περισσότερο	163 (17,9)	74 (6,9)	237 (11,9)	
Θα ήθελα να ήταν λιγότερο	307 (33,7)	657 (61,1)	964 (48,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	912	1076	1988	
Έχεις ποτέ προσπαθήσει να κάνεις κάτι για το βάρος σου;				
Ναι	502 (54,7)	840 (77,3)	1342 (67,0)	<0,001
Όχι	416 (45,3)	246 (22,7)	662 (33,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	918	1086	2004	
Εάν ναι τι;	(502)	(840)	(1342)	
Να πάρεις βάρος	116 (23,2)	67 (8,0)	183 (13,7)	<0,001
Να χάσεις βάρος	343 (68,7)	711 (85,0)	1054 (79,0)	
Να μείνεις στο ίδιο βάρος	40 (8,0)	58 (6,9)	98 (7,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	499	836	1335	
Τι γνώμη έχεις για το ύψος σου;				
Είναι κανονικό	436 (47,4)	387 (35,7)	823 (41,1)	<0,001
Θα ήθελα να ήταν περισσότερο	343 (37,3)	570 (52,6)	913 (45,6)	
Είμαι αρκετά ψηλός/ή	141 (15,3)	126 (11,6)	267 (13,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	920	1083	2003	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Αν και τα αγόρια, όπως προαναφέρθηκε υπερτερούν στην κατηγορία «υπέρβαρου/παχύσαρκου» (με βάση το αναφερόμενο από τους ίδιους βάρος και ύψος), τα κορίτσια είναι, με διαφορά στατιστικά σημαντική, που έχουν χειρότερη εικόνα για το βάρος τους και έχουν προσπαθήσει να το επηρεάσουν, κυρίως να το μειώσουν ($p < 0,001$).

Οι μισοί περίπου μαθητές (54%) θεωρούν ότι το ύψος τους είναι ικανοποιητικό ή κανονικό, με τους άλλους μισούς (46%) να επιθυμούν περισσότερο ύψος.

2.4.3 Διατροφή

Η αναφορά στο ερωτηματολόγιο του «κανονικού πρωινού» είχε ως στόχο να αποτυπώσει το ποσοστό των παιδιών που κάθονται στο τραπέζι το πρωί να φάνε πρωινό, το αντιμετωπίζουν ως γεύμα και δεν ξεκινούν από το σπίτι μη έχοντας φάει

οτιδήποτε ή έχοντας πει μόνο μερικές γουλιές γάλα. Περίπου τα μισά παιδιά (53%) αναφέρουν ότι παίρνουν κανονικό πρωινό μόνο 3 μέρες την εβδομάδα, δηλαδή πρακτικά ίσως μόνο το Σαββατοκύριακο, που δεν έχουν σχολείο (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Συνήθειες διατροφικές επιλογές του/της εφήβου στο διάστημα μιας εβδομάδας κατά φύλο

	Αγόρια N (%)* (n=927)	Κορίτσια N (%)* (n=1092)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα. Από τις 7 ημέρες, πόσες μέρες τρως/πίνεις συνήθως;				
κανονικό πρωινό				
Καμία ημέρα την εβδομάδα	129 (14,2)	192 (17,9)	321 (16,2)	<0,001
1-3 ημέρες την εβδομάδα	300 (33,0)	424 (39,4)	724 (36,5)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	479 (52,8)	459 (42,7)	938 (47,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	908	1075	1983	
κάτι αγορασμένο από την καντίνα του σχολείου				
Καμία ημέρα την εβδομάδα	188 (20,9)	188 (17,5)	376 (19,0)	0,122
1-3 ημέρες την εβδομάδα	368 (40,8)	430 (39,9)	798 (40,3)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	345 (38,3)	459 (42,6)	804 (40,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	901	1077	1978	
σαλάτα				
Καμία ημέρα την εβδομάδα	70 (7,8)	48 (4,5)	118 (6,0)	0,003
1-3 ημέρες την εβδομάδα	266 (29,7)	277 (25,8)	543 (27,6)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	561 (62,5)	748 (69,7)	1309 (66,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	897	1073	1970	
φρούτο				
Καμία ημέρα την εβδομάδα	50 (5,5)	58 (5,4)	108 (5,5)	0,665
1-3 ημέρες την εβδομάδα	297 (32,9)	330 (30,8)	627 (31,7)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	556 (61,6)	685 (63,8)	1241 (62,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	903	1073	1976	
γάλα				
Καμία ημέρα την εβδομάδα	53 (5,8)	109 (10,1)	162 (8,1)	<0,001
1-3 ημέρες την εβδομάδα	86 (9,5)	165 (15,3)	251 (12,6)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	771 (84,7)	807 (74,7)	1578 (79,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	910	1081	1991	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Οι απαντήσεις μεταξύ των δύο φύλων διαφέρουν με τρόπο στατιστικά σημαντικό ($p < 0,001$). Η εικόνα των αγοριών μοιάζει να είναι λίγο καλύτερη από αυτήν των κοριτσιών σε σχέση με το πρωινό. Περισσότερα αγόρια τρώνε κανονικό πρωινό 4-7 μέρες την εβδομάδα σε σχέση με τα κορίτσια. Επίσης περισσότερα κορίτσια (18%) σε σχέση με αγόρια (14%) δεν τρώνε πρωινό καμία μέρα της εβδομάδας (Πίνακας 8).

Την καντίνα του σχολείου τη χρησιμοποιεί η πλειονότητα των μαθητών. Μόνο 1 στους 5 μαθητές αναφέρει ότι δεν χρησιμοποιεί την καντίνα του σχολείου καμία ημέρα την εβδομάδα. Οι υπόλοιποι λιγότερο ή περισσότερο συχνά χρησιμοποιούν την καντίνα του σχολείου με 4 στους 10 μαθητές να δηλώνουν ότι τη χρησιμοποιούν όλες τις μέρες του σχολείου (Πίνακας 8).

Ως προς τη χρήση της καντίνας υπάρχουν διαφορές κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,001$) (Πίνακας Π8). Στην Αθήνα περισσότεροι μαθητές (22%) αναφέρουν ότι καμιά μέρα της εβδομάδας δεν αγοράζουν κάτι από την καντίνα, σε σχέση με τη Θεσσαλονίκη (15%) και τις «άλλες πόλεις» (16%). Αντίθετα, σημαντική χρήση της καντίνας (4-7 ημέρες, δηλαδή σχεδόν όλη την εβδομάδα του σχολείου) κάνουν οι μαθητές των «άλλων πόλεων» (1 στους 2), σε σχέση με την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, στην οποία γίνεται μεγαλύτερη χρήση από ότι στην Αθήνα. Από τα δεδομένα προκύπτει ότι υπάρχει η τάση στα μικρότερα αστικά κέντρα να χρησιμοποιείται περισσότερο η σχολική καντίνα.

Από τις απαντήσεις των μαθητών προκύπτει ότι οι μισοί περίπου (54%) τρώνε χάμπουργκερ τουλάχιστον μια μέρα της εβδομάδας, ενώ ένα μικρό αλλά όχι αμελητέο ποσοστό (4%) τρώνε χάμπουργκερ 4 έως 7 μέρες την εβδομάδα. Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν εμφανίζουν οι απαντήσεις κατά κατηγορία πόλης (Πίνακας Π8).

Σε σχέση με το «σουβλάκι», μόνο 2 στα 10 παιδιά αναφέρουν ότι δεν τρώνε σουβλάκι καμιά μέρα της εβδομάδας, αντίθετα 1 έως 3 φορές την εβδομάδα αναφέρουν ότι τρώνε 7 στους 10 μαθητές. Τα αγόρια τρώνε σουβλάκι περισσότερο από τα κορίτσια με διαφορά στατιστικά σημαντική. Χαρακτηριστικά δεν τρώνε σουβλάκι καμιά ημέρα την εβδομάδα διπλάσια περίπου κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Διαφορές εμφανίζουν οι απαντήσεις κατά κατηγορία ($p < 0,001$) (Πίνακας Π8). Λιγότεροι έφηβοι στη Θεσσαλονίκη αναφέρουν ότι καταναλώνουν σουβλάκι σε σχέση με τους εφήβους στην Αθήνα ή στις «άλλες πόλεις».

Χρήση αναψυκτικού κάνουν από 4 έως 7 την εβδομάδα 4 στους 10 μαθητές, ενώ καμιά χρήση αναφέρουν 2 στους 10 μαθητές. Τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών στη χρήση με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας Π4).

Είναι αξιοσημείωτο ότι περίπου 2 στους 3 μαθητές αναφέρουν ότι τρώνε συχνά (4-7 μέρες την εβδομάδα) τόσο σαλάτα (66%) όσο και φρούτα (63%), ενώ 8 στους 10 αναφέρουν ότι πίνουν γάλα εξίσου συχνά (4-7 μέρες την εβδομάδα) (Πίνακας Π4).

2.4.4 Κάπνισμα

Οι μισοί μαθητές δεν έχουν καπνίσει ποτέ (56%). Οι υπόλοιποι έχουν μερικές φορές κάνει χρήση καπνού, αλλά τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο, το 87% δήλωσε ότι δεν καπνίζει (Πίνακας 9). Οι υπόλοιποι καπνίζουν, με 1 στους 10 μαθητές να αναφέρει ότι συστηματικά καπνίζει πάνω από 1 τσιγάρα την εβδομάδα (Πίνακας Π4).

Η αναφερόμενη συχνότητα καπνίσματος δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ κατηγοριών πόλεων (Πίνακας 10).

Από τους μαθητές που καπνίζουν ή κάπνισαν η πλειονότητα (57%) δοκίμασε τον καπνό σε ηλικία μικρότερη από 15 ετών. Για πρώτη φορά χρήση καπνού έκανε κάτω από την ηλικία των 10 χρόνων το 6% των μαθητών που έχουν καπνίσει, ενώ από 11-14 ετών το 51% (Πίνακας Π4).

Πίνακας 9: Εξαρτήσεις

	Αγόρια N (% , ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% , ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% , ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Κάπνισμα				
Όχι	800 (87,5, 84,8-89,8)	936 (86,1, 83,4-88,4)	1736 (86,8, 84,7-88,6)	0,370
Ναι	114 (12,5, 10,2-15,2)	151 (13,9, 11,6-16,6)	265 (13,2, 11,4-15,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	914	1087	2001	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (>1 ποτό/ημέρα για ≥3 ημέρες)				
Όχι	734 (80,7, 77,3-83,8)	922 (86,2, 83,6-88,5)	1656 (83,7, 81,7-85,5)	0,009
Ναι	175 (19,3, 16,2-22,7)	147 (13,8, 11,5-16,4)	322 (16,3, 14,5-18,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	909	1069	1978	
Έχεις ποτέ, έστω και μια φορά, χρησιμοποιήσει ναρκωτικά;				
Ναι	55 (6,1, 4,7-7,9)	38 (3,5, 2,4-5,2)	93 (4,7, 3,7-5,9)	0,018
Όχι	849 (93,9, 92,1-95,3)	1037 (96,5, 94,8-97,6)	1886 (95,3, 94,1-96,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	904	1075	1979	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95% (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

2.4.5 Αλκοόλ

Οι 9 στους 10 μαθητές αναφέρουν ότι έχουν κάποια στιγμή πει ποτό με αλκοόλ, με έναν στους 10 μαθητές να αναφέρουν ότι ήταν σε ηλικία μικρότερη των 10 χρόνων, όταν για πρώτη φορά το δοκίμασε (Πίνακας Π4).

Ως τακτική συνήθεια η χρήση αλκοόλ δεν αφορά καθόλου περίπου τους μισούς μαθητές (52%). Το 41% (4 στους 10 μαθητές) όμως αναφέρει ότι πίνει ποτό με αλκοόλ 1 ή 2 μέρες την εβδομάδα. Στην τακτικότερη χρήση αλκοόλ υπερτερούν τα

αγόρια με διαφορά στατιστικά σημαντική. Έτσι, το ποσοστό των αγοριών που αναφέρουν χρήση αλκοόλ 2 φορές εβδομαδιαίως ή συχνότερα (22%) είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών (13%) (Πίνακας Π4).

Οι απαντήσεις διαφοροποιούνται κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,001$) (Πίνακας Π8). Αναφέρεται συχνότερη χρήση στα πιο μικρά αστικά κέντρα. Έτσι, σχεδόν διπλάσια αναλογία παιδιών αναφέρουν χρήση αλκοόλ 2 φορές εβδομαδιαίως ή συχνότερα στη Θεσσαλονίκη (23%) και τις «άλλες πόλεις» (23%) σε σύγκριση με την Αθήνα (13%).

Συστηματική χρήση αλκοόλ, δηλαδή κατανάλωση περισσότερου από ένα αλκοολούχο ποτό για 3 ή περισσότερες ημέρες τον τελευταίο μήνα, έκανε 1 στους 6 μαθητές (Πίνακας 9). Οι απαντήσεις διαφέρουν κατά κατηγορία πόλης ($p < 0,001$), με το μικρότερο ποσοστό στην Αθήνα και σχεδόν το διπλάσιο στις «άλλες πόλεις» (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Κάπνισμα και αλκοόλ κατά κατηγορία πόλης.

	Αθήνα N (%)[*] (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (%)[*] (n=389)	Άλλη πόλη N (%)[*] (n=439)	Σύνολο N (%)[*] (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Κάπνισμα					
Όχι	1035 (87,8)	343 (88,6)	358 (82,3)	1736 (86,8)	0,091
Ναι	144 (12,2)	44 (11,4)	77 (17,7)	265 (13,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	1179	387	435	2001	
Κατά την διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (>1 ποτό/ημέρα για ≥3 ημέρες)					
Όχι	1019 (87,5)	308 (80,6)	329 (76,2)	1656 (83,7)	<0,001
Ναι	145 (12,5)	74 (19,4)	103 (23,8)	322 (16,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	1164	382	432	1978	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

2.4.6 Ναρκωτικά

Το 95% των μαθητών αναφέρει ότι δεν έχει, μέχρι τη στιγμή που ρωτήθηκε, χρησιμοποιήσει ποτέ ναρκωτικά (Πίνακας 9). Από τους εφήβους που δηλώνουν ότι έχουν έστω και μια φορά χρησιμοποιήσει ναρκωτικά, οι 9 στους 10 αναφέρουν ως ουσία το χασίς.

Πολλοί περισσότεροι μαθητές από αυτούς που έχουν χρησιμοποιήσει ναρκωτικά (οι μισοί περίπου, 47%) θεωρούν ότι η πρόσβαση σε ναρκωτικά είναι πολύ ή αρκετά εύκολη, αν κάποιος το επιθυμεί (Πίνακας Π4).

Αν και θέμα σύνθετο, 1 στους 4 μαθητές θεωρεί ότι ήδη ξέρει αρκετά για τα ναρκωτικά. Ένας στους πέντε όμως αναφέρει ότι θα αναζητούσε περισσότερες πληροφορίες (Πίνακας Π4).

Το 44% των εφήβων απαντούν ότι εάν ήθελαν να αναζητήσουν περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά θα τις αναζητήσουν από μη ενήλικα άτομα ή από άλλες πηγές (δηλ. από φίλους, διαδίκτυο, περιοδικά ή βιβλία) και όχι από ενήλικα κοντινά τους άτομα, όπως γονείς, γιατρό, καθηγητή ή συγγενή.

2.4.7 Οδήγηση

Με μέση ηλικία δείγματος τα 15 χρόνια, το 36% (περίπου 2 στους 5), έχει ήδη οδηγήσει μηχανάκι και το 45% απαντάει καταφατικά στην ερώτηση αν έχει οδηγήσει ποτέ αυτοκίνητο (Πίνακας 11). Τα αγόρια υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική. Έτσι 1 στα 2 αγόρια σε σχέση με 1 στα 4 κορίτσια αναφέρουν ότι έχουν οδηγήσει μηχανάκι. Αντίστοιχα, αυτοκίνητο αναφέρουν ότι έχουν οδηγήσει 6 στα 10 αγόρια σε σχέση με 3 στα 10 κορίτσια.

Πίνακας 11: Οδήγηση

	Αγόρια N (%)* (n=927)	Κορίτσια N (%)* (n=1092)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Έχεις ποτέ οδηγήσει μηχανάκι;				
Ναι	452 (49,7)	268 (24,7)	720 (36,1)	<0,001
Όχι	458 (50,3)	817 (75,3)	1275 (63,9)	
ΣΥΝΟΛΟ	910	1085	1995	
Έχεις ποτέ οδηγήσει αυτοκίνητο;				
Ναι	572 (62,7)	320 (29,5)	892 (44,6)	<0,001
Όχι	341 (37,3)	765 (70,5)	1106 (55,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	913	1085	1998	
Έχεις δίπλωμα οδήγησης για μηχανάκι;				
Ναι	29 (3,2)	6 (0,6)	35 (1,8)	<0,001
Όχι	880 (96,8)	1077 (99,4)	1957 (98,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	909	1083	1992	
Όταν είσαι επιβάτης σε αυτοκίνητο χρησιμοποιείς ζώνη ασφαλείας;				
Ποτέ	57 (6,2)	37 (3,4)	94 (4,7)	0,015
Σπάνια	199 (21,8)	270 (24,7)	469 (23,5)	
Τις περισσότερες φορές	348 (38,2)	416 (38,3)	764 (38,3)	
Πάντα	308 (33,8)	362 (33,4)	670 (33,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	912	1085	1997	
Όταν είσαι επιβάτης ή οδηγός σε μηχανάκι, χρησιμοποιείς κράνος;				
Ποτέ	163 (17,9)	178 (16,4)	341 (17,1)	0,393
Σπάνια	221 (24,3)	238 (22,0)	459 (23,0)	
Τις περισσότερες φορές	173 (19,0)	219 (20,2)	392 (19,6)	
Πάντα	177 (19,4)	202 (18,6)	379 (19,0)	
Δεν έχω ανέβει ποτέ σε μηχανάκι	177 (19,4)	247 (22,8)	424 (21,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	911	1084	1995	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

Στην ερώτηση αν έχουν δίπλωμα για μηχανάκι, μόλις το 2% απαντά καταφατικά. Το ποσοστό αφορά σχεδόν αποκλειστικά τα αγόρια (Πίνακας 11).

Ζώνη ασφαλείας αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν «σπάνια ή ποτέ» περίπου 3 στους 10 μαθητές όταν είναι επιβάτες σε αυτοκίνητο. Στατιστικά σημαντικά περισσότερο χρησιμοποιούν ζώνη ασφαλείας οι μαθητές από την Αθήνα ($p < 0,001$) (Πίνακας 12).

Κράνος όταν οδηγούν ή είναι επιβάτες σε μηχανή χρησιμοποιούν «σπάνια ή ποτέ» 4 στους 10 μαθητές, αλλά σημαντικά λιγότερο χρησιμοποιούν κράνος οι μαθητές από τις «άλλες πόλεις», με τους μισούς να αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν κράνος ποτέ ή σπάνια (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους κατά κατηγορία πόλης

	Αθήνα N (%)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (%)* (n=389)	Άλλη πόλη N (%)* (n=439)	Σύνολο N (%)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
Όταν είσαι επιβάτης σε αυτοκίνητο χρησιμοποιείς ζώνη ασφαλείας;					
Ποτέ	49 (4,2)	22 (5,7)	23 (5,3)	94 (4,7)	<0,001
Σπάνια	238 (20,2)	96 (25,0)	135 (30,9)	469 (23,5)	
Τις περισσότερες φορές	446 (37,9)	150 (39,1)	168 (38,4)	764 (38,3)	
Πάντα	443 (37,7)	116 (30,2)	111 (25,4)	670 (33,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	1176	384	437	1997	
Όταν είσαι επιβάτης ή οδηγός σε μηχανάκι, χρησιμοποιείς κράνος;					
Ποτέ	166 (14,1)	66 (17,2)	109 (24,9)	341 (17,1)	0,002
Σπάνια	265 (22,6)	75 (19,5)	119 (27,2)	459 (23,0)	
Τις περισσότερες φορές	240 (20,4)	79 (20,6)	73 (16,7)	392 (19,6)	
Πάντα	237 (20,2)	84 (21,9)	58 (13,3)	379 (19,0)	
Δεν έχω ανέβει ποτέ σε μηχανάκι	266 (22,7)	80 (20,8)	78 (17,8)	424 (21,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	1174	384	437	1995	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

2.4.8 Συναισθηματική κατάσταση

Τρεις στους 10 εφήβους, απάντησαν ότι κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ένοιωθαν λυπημένοι/ες τις περισσότερες φορές ή πάντα (Πίνακας Π4).

Προβλήματα με τον ύπνο αναφέρουν ότι είχαν τις περισσότερες φορές ή πάντα, 3 στους 10 εφήβους.

Αίσθημα αποτυχίας ή ότι έχουν απογοητεύσει την οικογένεια ανέφεραν ότι βιώνουν επίσης 3 στους 10 εφήβους, με τους εφήβους από τη Θεσσαλονίκη να εμφανίζουν καλύτερη εικόνα.

Σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις τα κορίτσια υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$), δηλαδή αναφέρουν ότι εμφανίζουν συχνότερα δυσκολίες που έχουν σχέση με το συναίσθημα (Πίνακας Π4). Έτσι, 5 στα 10 κορίτσια σε σχέση με 2 στα 10 αγόρια νοιώθουν λυπημένες τις περισσότερες φορές ή πάντα. Το 34% των κοριτσιών σε σχέση με το 21% των αγοριών τις περισσότερες φορές ή πάντα έχουν πρόβλημα με τον ύπνο. Ενώ σχεδόν διπλάσια κορίτσια (37%) από αγόρια (17%) νοιώθουν άσχημα για τον εαυτό τους και βιώνουν αίσθημα αποτυχίας.

Πίνακας 13: Σοβαρές και ήπιες ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
“Σοβαρές ενδείξεις”‡				
Όχι	877 (95,8, 94,5-96,9)	939 (86,5, 84,3-88,5)	1816 (90,8, 89,3-92,1)	<0,001
Ναι	38 (4,2, 3,1-5,5)	146 (13,5, 11,5-15,7)	184 (9,2, 7,9-10,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	915	1085	2000	
“Ήπιες ενδείξεις”§				
Όχι	774 (84,6, 81,8-87,0)	684 (63,1, 60,0-66,1)	1458 (72,9, 70,6-75,1)	<0,001
Ναι	141 (15,4, 13,0-18,2)	400 (36,9, 33,9-40,0)	541 (27,1, 24,9-29,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	915	1084	1999	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, τις περισσότερες φορές ή πάντα, ένοιωθε λυπημένος/η και είχε προβλήματα ύπνου και ένοιωθε άσχημα για τον εαυτό του/της (ότι έχει αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσε την οικογένεια του/της)

§ Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, τις περισσότερες φορές ή πάντα, εμφάνιζε 2 από τα 3: ένοιωθε λυπημένος/η, είχε προβλήματα ύπνου, ένοιωθε άσχημα για τον εαυτό του/της (ότι έχει αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσε την οικογένεια του/της)

Σοβαρά συμπτώματα κακής συναισθηματικής κατάστασης, υπό την έννοια ότι απαντούν θετικά και στις τρεις σχετικές ερωτήσεις (πόσο συχνά ένοιωθες, λυπημένος/η, πόσο συχνά είχες πρόβλημα στον ύπνο σου, και πόσο συχνά ένοιωσες ότι έχεις αποτύχει σε όλα, ή ότι απογοήτευσε την οικογένεια σου τις τελευταίες 2 εβδομάδες),), σύμφωνα με τα ευρήματα εμφανίζει περίπου 1 στους 10 μαθητές (9%). Λιγότερο σοβαρή κακή συναισθηματική κατάσταση, δηλαδή θετικές απαντήσεις στις δύο από τις τρεις παραπάνω ερωτήσεις, εμφανίζουν 1 στους 4 μαθητές (27%). Και στις παραπάνω κατηγορίες τα κορίτσια υπερτερούν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$), με ποσοστό μεγαλύτερο του διπλάσιου από τα αγόρια (Πίνακας 13).

2.4.9 Σεξουαλικές σχέσεις

Στην γενικά διατυπωμένη ερώτηση αν είχαν ποτέ σεξουαλική επαφή, 3 στους 10 απαντούν καταφατικά (Πίνακας Π4). Τα αγόρια υπερτερούν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$). Έτσι καταφατικά απαντούν περίπου 4 στα 10 αγόρια, σε σχέση με 2 στα 10 κορίτσια.

2.5 Πολυπαραγοντική ανάλυση: Αποτελέσματα ανάλυσης λογαριθμιστικής εξάρτησης (τελικά μοντέλα)

2.5.1 Παράγοντες που συσχετίζονται με προβληματική επικοινωνία με τον/την γιατρό (επισκέψεις γενικά)

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι η διαμονή στην πόλη της Θεσσαλονίκης ή στις «άλλες πόλεις» του δείγματος ευνοεί την καλύτερη επικοινωνία με τον/την γιατρό, σε σχέση με τη διαμονή στην Αθήνα (Πίνακας 14).

Αντίστοιχα, η καλύτερη επικοινωνία με τον/την γιατρό ευνοείται από το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα (Πίνακας 14).

Αντίθετα, το κάπνισμα του/της εφήβου είναι παράγοντας που κάνει πιθανότερη την προβληματική επικοινωνία με τον/την γιατρό (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με προβληματική επικοινωνία με το γιατρό (επισκέψεις γενικά).

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)† N=1831	Τιμή κριτηρίου p
Κατηγορία πόλης κατοικίας		
Αθήνα	επίπεδο αναφοράς	
Θεσσαλονίκη	0,47 (0,35–0,63)	<0,001
Άλλη πόλη	0,92 (0,78–1,09)	0,344
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα		
Έως απόφοιτος Λυκείου	επίπεδο αναφοράς	
Απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης	0,89 (0,82–0,97)	0,009
Κάπνισμα (εφήβου)		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	1,18 (1,07–1,31)	0,001

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

2.5.2 Παράγοντες που συσχετίζονται με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα (επισκέψεις γενικά)

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι το φύλο συσχετίζεται με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα. Έτσι η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα είναι λιγότερο πιθανό να συμβεί σε κορίτσια εφήβους (Πίνακας 15).

Η διαμονή στην Αθήνα ή στη Θεσσαλονίκη δεν έχει διαφορά ως προς την πιθανότητα της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα, ενώ η διαμονή στις «άλλες πόλεις» αυξάνει την πιθανότητα οι έφηβοι να είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα (Πίνακας 15).

Το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και η συνθήκη ότι ο/η έφηβος μένει και με τους δύο γονείς, συσχετίζονται επίσης με αυξημένη πιθανότητα να υπάρχει ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα. Αντίθετα το γεγονός ότι ο/η έφηβος καπνίζει μειώνει τις πιθανότητες της ικανοποίησης από την ιατρική βοήθεια (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα (επισκέψεις γενικά).

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)†	Τιμή κριτηρίου p
N=1846		
Φύλο		
Αγόρι	επίπεδο αναφοράς	
Κορίτσι	0,93 (0,89–0,98)	0,010
Κατηγορία πόλης κατοικίας		
Αθήνα	επίπεδο αναφοράς	
Θεσσαλονίκη	1,00 (0,93–1,07)	0,948
Άλλη πόλη	1,09 (1,03–1,16)	0,005
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας		
Έως απόφοιτος Λυκείου	επίπεδο αναφοράς	
Απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης	1,06 (1,01–1,10)	0,008
Μένει ο έφηβος και με τους δύο γονείς;		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	1,09 (1,00–1,19)	0,033
Κάπνισμα (εφήβου)		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	0,91 (0,84–0,97)	0,005

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

2.5.3 Παράγοντες που συσχετίζονται με την ύπαρξη προβλήματος υγείας που απασχολεί τον/την έφηβο

Η αναφορά για ύπαρξη προβλήματος υγείας που απασχολεί τους εφήβους είναι στατιστικά σημαντικά πιθανότερο να συμβεί όταν πρόκειται για κορίτσια εφήβους (Πίνακας 16).

Είναι πολύ πιθανότερο οι έφηβοι να αναφέρουν πρόβλημα υγείας σε περίπτωση που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (με βάση το αναφερόμενο από τους ίδιους βάρος και ύψος) και μάλιστα στην περίπτωση της παχυσαρκίας με στατιστικά σημαντική διαφορά (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με ύπαρξη προβλήματος υγείας που απασχολεί τον έφηβο.

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)†	Τιμή κριτηρίου p
N=1961		
Φύλο		
Αγόρι	επίπεδο αναφοράς	
Κορίτσι	1,70 (1,40–2,07)	<0,001
Δείκτης Μάζας Σώματος (με βάση αναφερόμενο βάρος και ύψος) ‡		
Αδύνατος/η ή Κανονικός/η	επίπεδο αναφοράς	
Υπέρβαρος/η	1,19 (1,00–1,41)	0,056
Παχύσαρκος/η	2,09 (1,50–2,91)	<0,001

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

‡ Βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 2.4.2

2.5.4 Παράγοντες που συσχετίζονται με τραυματισμό ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας

Τραυματισμός ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερο πιθανό να συμβεί αν πρόκειται για κορίτσια εφήβους (Πίνακας 17).

Έφηβοι που καπνίζουν και οι έφηβοι που κάνουν συστηματική χρήση αλκοόλ, έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν τραυματισμό ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με τραυματισμό ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)†	Τιμή κριτηρίου p
N=1945		
Φύλο		
Αγόρι	επίπεδο αναφοράς	
Κορίτσι	0,66 (0,57–0,76)	<0,001
Κάπνισμα (εφήβου)		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	1,37(1,12–1,67)	0,002
Συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (εφήβου) ‡		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	1,27 (1,07–1,52)	0,007

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

‡ Συστηματική κατανάλωση αλκοόλ: >1 ποτό/ημέρα για ≥3 ημέρες (Βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 2.4.5)

2.5.5 Παράγοντες που συσχετίζονται με αυτο-αναφερόμενο Δείκτη Μάζας Σώματος (υπέρβαρος/η ή παχύσαρκος/η)

Αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος (με βάση το αναφερόμενο από τους ίδιους βάρος και ύψος) είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερο πιθανό να αναφερθεί αν πρόκειται για κορίτσια εφήβους (Πίνακας 18).

Η ανώτερη εκπαίδευση του πατέρα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αναφορά βάρους και ύψους που αντιστοιχούν σε χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με Δείκτη Μάζας Σώματος (υπέρβαρος/η ή παχύσαρκός/η).

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)†	Τιμή κριτηρίου p
N=1808		
Φύλο		
Αγόρι	επίπεδο αναφοράς	
Κορίτσι	0,42 (0,89–0,98)	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα		
Έως απόφοιτος Λυκείου	επίπεδο αναφοράς	
Απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης	0,74 (0,63–0,87)	<0,001

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

2.5.6 Παράγοντες που συσχετίζονται με σοβαρές και ήπιες ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς

Τα κορίτσια εμφανίζουν με στατιστικά σημαντική διαφορά μεγαλύτερη πιθανότητα από τα αγόρια να έχουν ήπιες ή σοβαρές ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς (περίπου διπλάσια και τριπλάσια πιθανότητα αντίστοιχα) (Πίνακας 19).

Το κάπνισμα στους εφήβους φαίνεται επίσης να συσχετίζεται ισχυρά με τις ήπιες ή σοβαρές ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς, αφού με στατιστικά σημαντική διαφορά έφηβοι που καπνίζουν έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να τις εμφανίζουν (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με σοβαρές και ήπιες ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς.

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)† για σοβαρές ενδείξεις‡	Τιμή κριτηρίου p	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)† για ήπιες ενδείξεις§	Τιμή κριτηρίου p
	N=1989		N=1988	
Φύλο				
Αγόρι	επίπεδο αναφοράς		επίπεδο αναφοράς	
Κορίτσι	3,21 (2,37–4,33)	<0,001	2,37 (1,99–2,83)	<0,001
Κάπνισμα (εφήβου)				
Όχι	επίπεδο αναφοράς		επίπεδο αναφοράς	
Ναι	2,18 (1,59–2,98)	<0,001	1,54 (1,29–1,85)	<0,001

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

‡ Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, τις περισσότερες φορές ή πάντα, ένοιωθε λυπημένος/η και είχε προβλήματα ύπνου και ένοιωθε άσχημα για τον εαυτό του/της (ότι έχει αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσε την οικογένεια του/της)

§ Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, τις περισσότερες φορές ή πάντα, εμφάνιζε 2 από τα 3: ένοιωθε λυπημένος/η, είχε προβλήματα ύπνου, ένοιωθε άσχημα για τον εαυτό του/της (ότι έχει αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσε την οικογένεια του/της)

2.5.7 Παράγοντες που συσχετίζονται με κάπνισμα εφήβου

Το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα και η συνθήκη να μένει ο/η έφηβος και με τους δύο γονείς κάνει με στατιστικά σημαντική διαφορά λιγότερο πιθανό να καπνίζει ο/η έφηβος (Πίνακας 20).

Αντίθετα η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ από τον/την έφηβο αυξάνει με τρόπο στατιστικά σημαντικό την πιθανότητα ο/η έφηβος να καπνίζει (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται με κάπνισμα (εφήβου).

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)†	Τιμή κριτηρίου p
N=1802		
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα		
Έως απόφοιτος Λυκείου	επίπεδο αναφοράς	
Απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης	0,73 (0,55–0,96)	0,025
Μένει ο έφηβος και με τους δύο γονείς;		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	0,55 (0,45–0,66)	<0,001
Συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (εφήβου) ‡		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	4,18 (3,38–05,17)	<0,001

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

‡ Συστηματική κατανάλωση αλκοόλ: >1 ποτό/ημέρα για ≥3 ημέρες(Βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 2.4.5).

2.5.8 Παράγοντες που συσχετίζονται με συστηματική κατανάλωση αλκοόλ από εφήβους

Το φύλο είναι προστατευτικός παράγοντας όσον αφορά τη συστηματική κατανάλωση αλκοόλ, με τα κορίτσια να εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίζουν το φαινόμενο (Πίνακας 21).

Όπως προκύπτει από την πολυπαραγοντική ανάλυση υπάρχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα για συστηματική χρήση αλκοόλ από εφήβους αν αυτοί διαμένουν στη Θεσσαλονίκη και στις «άλλες πόλεις» του δείγματος (Πίνακας 19).

Αν ο/η έφηβος καπνίζει υπάρχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνει και συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης: παράγοντες που συσχετίζονται συστηματική κατανάλωση αλκοόλ[‡] από εφήβους

Μεταβλητή έκθεσης	Σταθμισμένο RR* (ΔΑ 95%)†	Τιμή κριτηρίου p
(n=1970)		
Φύλο		
Αγόρι	επίπεδο αναφοράς	
Κορίτσι	0,74 (0,60–0,90)	0,003
Κατηγορία πόλης κατοικίας		
Αθήνα	επίπεδο αναφοράς	
Θεσσαλονίκη	1,53 (1,21–1,94)	<0,001
Άλλη πόλη	1,72 (1,37–2,16)	<0,001
Κάπνισμα (εφήβου)		
Όχι	επίπεδο αναφοράς	
Ναι	3,77 (3,20–4,46)	<0,001

* Σταθμισμένο RR (risk ratio, λόγος κινδύνων) για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%. Είναι σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων κατοικίας και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό κατά συστάδες.

‡ Συστηματική κατανάλωση αλκοόλ: >1 ποτό/ημέρα για ≥3 ημέρες(Βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 2.4.5).

3. Συζήτηση -Συμπεράσματα

Στα πλαίσια της διατριβής πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική/συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) σε μαθητές της Α΄ Λυκείου από τα σχολεία των πόλεων (Πολυενομικών Συγκροτημάτων ή Δήμων) με συνολικό πληθυσμό πάνω από 60.000 κατοίκους. Στο ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο έγινε προσπάθεια οι παρεχόμενες πληροφορίες αφενός να αποτυπώνουν τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τα θέματα υγείας του πληθυσμού μελέτης και αφετέρου τις συνθήκες που επικράτησαν κατά την τελευταία όσο και κατά τις συνήθεις επισκέψεις σε γιατρό, με στόχο τη διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων των εφήβων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και τη διατύπωση προτάσεων βελτίωσης της συνήθους πρακτικής.

3.1 Ισχυρά σημεία και περιορισμοί της μελέτης

Ισχυρό σημείο της συγκεκριμένης μελέτης είναι ότι αποτυπώνει με λεπτομερή και ποσοτικοποιημένο τρόπο πληροφορίες σχετικές με τις απόψεις των εφήβων για τη φροντίδα της υγείας τους και για το πλαίσιο των συναντήσεων τους με τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο αστικό περιβάλλον των μεγάλων πόλεων της Ελλάδας. Το υλικό αυτό μπορεί να είναι χρήσιμο κατά τη διαδικασία σχεδιασμού και διαμόρφωσης υπηρεσιών υγείας για εφήβους στην Ελλάδα, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αναδιοργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (39).

Επιπρόσθετα η μελέτη παρέχει πληροφορίες για εκείνες τις ομάδες των εφήβων, που αναφέρουν περισσότερα προβλήματα επικοινωνίας με τους γιατρούς και/ή μειωμένη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (π.χ. έφηβοι με γονείς χαμηλού ή μέσου εκπαιδευτικού επιπέδου, παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών, έφηβοι που καπνίζουν (Πίνακες 14-19). Στις ανάγκες αυτών των εφήβων πρέπει να στοχεύουν ειδικότερα οι υπηρεσίες υγείας και οι γιατροί.

Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι ο πληθυσμός μελέτης ήταν έφηβοι από τις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας (60.000 κάτοικοι ή περισσότερο). Άρα τα αποτελέσματα αναφέρονται στον συγκεκριμένο πληθυσμό της Ελλάδας και δεν μπορούν να επεκταθούν στον πληθυσμό των εφήβων των μικρότερων πόλεων. Επιπρόσθετα η έρευνα βασίζεται στις απόψεις των εφήβων, οι οποίοι απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο. Η αποτύπωση όμως των αναγκών υγείας οφείλει να συμπεριλαμβάνει και τις απόψεις των γονέων, των επαγγελματιών

υγείας, αλλά και μετρήσεις σχετικές με τη νοσηρότητα, δεδομένα που δεν συμπεριελήφθησαν σε αυτή τη μελέτη.

Συμπερασματικά οι έφηβοι σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν ότι θέλουν οι γιατροί να γνωρίζουν τον τρόπο σκέψης τους και τα προβλήματα τους, να μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά μαζί τους, να υπάρχει η δυνατότητα περισσότερου χρόνου, διαχρονικότητα της φροντίδας, σεβασμός του απορρήτου, και δυνατότητα για ιδιωτικότητα (ατομικές συναντήσεις).

3.2 Αναφερόμενα προβλήματα υγείας

Στην παρούσα μελέτη οι έφηβοι αποτιμούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πολύ καλή ή καλή σε ποσοστό 90%, με τα αγόρια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$). Όμως, 1 στους 4 εφήβους αναφέρει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας που να τον/την απασχολεί, με τα κορίτσια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας Π4).

Ένα πλήθος θεμάτων υγείας απασχολεί τους εφήβους του δείγματος οι οποίοι ανέφεραν ότι έχουν ανάγκη να τα συζητήσουν ή τα έχουν ήδη συζητήσει με το γιατρό (Πίνακας Π2). Το επίπεδο/ποσοστό ενδιαφέροντος εξαρτάται από το θέμα υγείας και το φύλο. Τα θέματα αυτά αφορούν το σώμα τους (βάρος και ύψος, διατροφή, δέρμα), τις αλλαγές που η εφηβεία προκαλεί στο σώμα τους, και πως αισθάνονται για αυτές και την εικόνα τους, για τον αθλητισμό, αλλά και συνήθειες που γνωρίζουν ότι απειλούν την υγεία τους (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά).

Πιο συγκεκριμένα περίπου 1 στους 4 εφήβους (23%) δηλώνουν βάρος και ύψος που τους τοποθετούν στην κατηγορία του/της υπέρβαρου/παχύσαρκου. Τα αγόρια υπερτερούν στην κατηγορία αυτή με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας 7). Αν και τα αγόρια, όπως προαναφέρθηκε υπερτερούν στην κατηγορία «υπέρβαρου/παχύσαρκου», τα κορίτσια είναι, με διαφορά στατιστικά σημαντική, που έχουν χειρότερη εικόνα για το βάρος τους και έχουν προσπαθήσει να το επηρεάσουν, κυρίως να το μειώσουν ($p < 0,001$). Είναι πολύ πιθανότερο οι έφηβοι να αναφέρουν πρόβλημα υγείας σε περίπτωση που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (με βάση το αναφερόμενο από τους ίδιους βάρος και ύψος) και μάλιστα στην περίπτωση της παχυσαρκίας με στατιστικά σημαντική διαφορά (Πίνακας 16).

Τα ατυχήματα αποτελούν θέμα υγείας αφού 1 στους 4 μαθητές ανέφερε ότι στους τελευταίους 12 μήνες χρειάστηκε ιατρική βοήθεια λόγω ατυχήματος ή τραυματισμού, με τα αγόρια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική

($p < 0,001$) (Πίνακας Π4). Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση τραυματισμός ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερο πιθανό να συμβεί αν πρόκειται για κορίτσια εφήβους (Πίνακας 17). Έφηβοι που καπνίζουν και οι έφηβοι που κάνουν συστηματική χρήση αλκοόλ, έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να είχαν τραυματισμό ή ατύχημα τους τελευταίους 12 μήνες με συνέπεια την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Πίνακας 17).

Στην ερώτηση αν έχουν οδηγήσει ποτέ αυτοκίνητο, απαντά καταφατικά το 45% των μαθητών του δείγματος, με μέση ηλικία τα 15 χρόνια, με τα αγόρια να υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$) (Πίνακας Π4).

Σε σχέση με τη χρήση καπνού, μόνο οι μισοί μαθητές δεν έχουν καπνίσει ποτέ (56%), ενώ από τους μαθητές που καπνίζουν ή κάπνισαν η πλειονότητα (57%) δοκίμασε τον καπνό σε ηλικία μικρότερη από 15 ετών (Πίνακας Π4), αλλά οι μισοί περίπου από τους μαθητές (45%) δηλώνουν ότι το θέμα του καπνίσματος θέλουν ή το έχουν ήδη συζητήσει (Πίνακας Π2). Το κάπνισμα στους εφήβους φαίνεται να συσχετίζεται ισχυρά με τις ήπιες ή σοβαρές ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς, αφού με στατιστικά σημαντική διαφορά έφηβοι που καπνίζουν έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να τις εμφανίζουν (Πίνακας 19). Το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα και η συνθήκη να μένει ο/η έφηβος και με τους δύο γονείς κάνει με στατιστικά σημαντική διαφορά λιγότερο πιθανό να καπνίζει ο/η έφηβος (Πίνακας 20).

Το θέμα του αλκοόλ ανέφεραν ότι θέλουν να το συζητήσουν ή το έχουν ήδη συζητήσει οι μισοί μαθητές (51%) (Πίνακας Π2). Ως τακτική συνήθεια η χρήση αλκοόλ δεν αφορά καθόλου περίπου τους μισούς μαθητές (52%), όμως το 41% (4 στους 10 μαθητές) αναφέρει ότι πίνει ποτό με αλκοόλ 1 ή 2 μέρες την εβδομάδα. Στην τακτικότερη χρήση αλκοόλ υπερτερούν τα αγόρια με διαφορά στατιστικά σημαντική. Έτσι, το ποσοστό των αγοριών που αναφέρουν χρήση αλκοόλ 2 φορές εβδομαδιαίως ή συχνότερα (22%) είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών (13%) (Πίνακας Π4).

Όπως προκύπτει από την πολυπαραγοντική ανάλυση υπάρχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα για συστηματική χρήση αλκοόλ από εφήβους αν αυτοί διαμένουν στη Θεσσαλονίκη και στις «άλλες πόλεις» του δείγματος (Πίνακας 19). Το εύρημα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης για την ερμηνεία του, επειδή αν και όλες οι πόλεις του δείγματος είναι μεγάλα αστικά κέντρα, μπορεί να

υπάρχουν διαφορές στη στάση των ενηλίκων σχετικά με τη χρήση του αλκοόλ από τους εφήβους.

Αν ο/η έφηβος καπνίζει υπάρχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνει και συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 21) και αντίθετα η συστηματική κατανάλωση αλκοόλ από τον/την έφηβο αυξάνει με τρόπο στατιστικά σημαντικό την πιθανότητα ο/η έφηβος να καπνίζει (Πίνακας 20). Το φύλο είναι προστατευτικός παράγοντας όσον αφορά τη συστηματική κατανάλωση αλκοόλ, με τα κορίτσια να εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίζουν το φαινόμενο (Πίνακας 21).

Το 46% των μαθητών ανέφερε ότι θέλουν να το συζητήσουν ή έχουν ήδη συζητήσει το θέμα των ναρκωτικών ουσιών (Πίνακας Π2). Στην περίπτωση των ναρκωτικών ουσιών είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι το 44% των εφήβων απάντησαν ότι εάν ήθελαν να αναζητήσουν περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά θα τις αναζητήσουν από μη ενήλικα άτομα ή από άλλες πηγές (δηλ. από φίλους, διαδίκτυο, περιοδικά ή βιβλία) και όχι από ενήλικα κοντινά τους άτομα, όπως γονείς, γιατρό, καθηγητή ή συγγενή. Σημειώνεται ότι το 95% των μαθητών ανέφερε ότι δεν είχε, μέχρι τη στιγμή που ρωτήθηκε, χρησιμοποιήσει ποτέ ναρκωτικά (Πίνακας 9).

Μείζον θέμα αποτελούν οι πληροφορίες για τη σεξουαλική υγεία, αλλά και τα θέματα που έχουν σχέση με την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση και τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους.

Στην γενικά διατυπωμένη ερώτηση αν είχαν ποτέ σεξουαλική επαφή, 3 στους 10 απαντούν καταφατικά (Πίνακας Π4). Τα αγόρια υπερτερούν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,001$).

Τρεις στους 10 εφήβους, απάντησαν ότι κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες ένοιωθαν λυπημένοι/ες τις περισσότερες φορές ή πάντα (Πίνακας Π4). Προβλήματα με τον ύπνο αναφέρουν ότι είχαν τις περισσότερες φορές ή πάντα, 3 στους 10 εφήβους. Αίσθημα αποτυχίας ή ότι έχουν απογοητεύσει την οικογένεια ανέφεραν ότι βιώνουν επίσης 3 στους 10 εφήβους. Σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις τα κορίτσια υπερτερούν με διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$), δηλαδή αναφέρουν ότι εμφανίζουν συχνότερα δυσκολίες που έχουν σχέση με το συναίσθημα (Πίνακας Π4). Όλη αυτή η συναισθηματική υπερφόρτωση και η ένταση που συνεπάγεται αποτυπώνεται και στο δεδομένο ότι 1 στους 5 εφήβους, στην

μέση ηλικία των 15 χρόνων αναφέρει ότι έχει σκεφτεί ακόμη και να τραυματίσει τον εαυτό του (Πίνακας Π2).

Για πολλούς εφήβους (46%) φαίνεται ότι αποτελεί θέμα για συζήτηση ακόμη και η δυσκολία που έχουν να συζητήσουν ώστε να εκφράσουν αυτά που νοιώθουν (Πίνακας Π2).

Επισημαίνεται ότι για αρκετά από αυτά τα θέματα τα κορίτσια δηλώνουν μεγαλύτερη ανάγκη για υποστήριξη με στατιστικά σημαντική διαφορά από τα αγόρια. Η αναφορά για ύπαρξη προβλήματος υγείας που απασχολεί τους εφήβους είναι στατιστικά σημαντικά πιθανότερο να συμβεί όταν πρόκειται για κορίτσια εφήβους (Πίνακας 16). Οι απαντήσεις των κοριτσιών μαρτυρούν μια αγωνία για την εικόνα σώματος και πιο συγκεκριμένα τις απασχολεί το βάρος, η διατροφή, το δέρμα, οι αλλαγές που έχουν παρατηρήσει στο σώμα τους λόγω της εφηβείας και ότι δεν ικανοποιούνται από την εικόνα του σώματος τους. Αν και κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος (με βάση το αναφερόμενο από τους ίδιους βάρος και ύψος) είναι στατιστικά σημαντικά λιγότερο πιθανό να αναφερθεί αν πρόκειται για κορίτσια εφήβους (Πίνακας 18).

Τα κορίτσια επίσης απασχολούν θέματα σχετικά με τη σεξουαλική υγεία, την αντισύλληψη και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς και η ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση τα κορίτσια εμφανίζουν με στατιστικά σημαντική διαφορά μεγαλύτερη πιθανότητα από τα αγόρια να έχουν ήπιες ή σοβαρές ενδείξεις καταθλιπτικής συμπεριφοράς (περίπου διπλάσια και τριπλάσια πιθανότητα αντίστοιχα) (Πίνακας 19).

Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι το φύλο συσχετίζεται με την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα. Έτσι η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα είναι λιγότερο πιθανό να συμβεί σε κορίτσια εφήβους (Πίνακας 15), γεγονός που ενδεχομένως να συσχετίζεται με την μεγαλύτερη έννοια των κοριτσιών για θέματα υγείας και τις μεγαλύτερες απαιτήσεις τους από τους επαγγελματίες υγείας.

Τα θέματα που προβληματίζουν τους εφήβους της παρούσας μελέτης δεν διαφέρουν από τα θέματα που θεωρούνται μείζονα θέματα υγείας και πρόληψης για τους εφήβους παγκοσμίως. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στο γενικό μέρος, ένας σημαντικός όγκος βιβλιογραφίας δείχνει ότι σημαντικά προβλήματα υγείας εμφανίζονται κατά την εφηβεία, που μπορούν να επηρεάσουν την τρέχουσα σωματική και ψυχική υγεία των εφήβων, αλλά και να έχουν συνέπειες στην ενήλικη

ζωή τους με σημαντικό τον κίνδυνο για μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (1,2,3,4,5,6,7,8,9). Επιπρόσθετα η υγεία των εφήβων φαίνεται να συσχετίζεται ισχυρά με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, στο βαθμό που αυτές επηρεάζουν την προσωπική και οικογενειακή ζωή, τη ζωή της κοινότητας και της χώρας. Η πλειονότητα των παραπόνων σε σχέση με την υγεία (ειδικά μεταξύ των κοριτσιών) αλλά και των προβλημάτων υγείας παρουσιάζονται συχνότερα σε εφήβους που ζουν σε λιγότερο ευνοϊκές κοινωνικές συνθήκες. Οι συγκεκριμένοι έφηβοι εμφανίζονται συστηματικά πιθανότερο να αναφέρουν μέτρια ή κακή υγεία (1,10,11,12,13,14).

Το ενδιαφέρον των εφήβων να συζητήσουν θέματα υγείας αποτελεί πραγματική ανάγκη και προτεραιότητα και όχι θεωρητικό ενδιαφέρον. Όλα τα προαναφερθέντα θέματα υγείας είναι υπαρκτά στην καθημερινότητα των εφήβων, τα αντιμετωπίζουν και τους προβληματίζουν και έχουν ανάγκη υποστήριξης και αξιόπιστης πληροφορίας, που όμως θα εξατομικεύεται. Επιπρόσθετα, αποτελούν σημαντικά θέματα πρόληψης και δημόσιας υγείας.

Οι ίδιοι οι έφηβοι αντλούν πληροφορίες για θέματα υγείας από ένα πλήθος πηγών, όπως από την οικογένεια, τους φίλους, το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, διάφορα έντυπα (15).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω στην συγκεκριμένη μελέτη, ένας στους πέντε ανέφερε ότι θα αναζητούσε περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά (Πίνακας Π4). Το 44% των εφήβων απάντησαν ότι εάν ήθελαν να αναζητήσουν περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά θα τις αναζητούσαν από φίλους, το διαδίκτυο, περιοδικά ή βιβλία και όχι από ενήλικα κοντινά τους άτομα, όπως γονείς, γιατρό, καθηγητή ή συγγενή.

Οι έφηβοι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο ή άλλες πηγές για να πάρουν απαντήσεις σε ερωτήματα και προβληματισμούς σε σχέση με την υγεία τους. Δεν μπορούν όμως πάντα να αξιολογήσουν και να αξιοποιήσουν την πληροφορία. Η αποτελεσματικότητα της χρήσης του διαδικτύου ή των άλλων πηγών για αυτό το σκοπό θα εξαρτηθεί από την ικανότητα του εφήβου να αναζητήσει, να κατανοήσει, να αναλύσει και να αξιολογήσει την πληροφορία και τελικά να την εφαρμόσει σε σχετικές συμπεριφορές υγείας. Αυτό προϋποθέτει ότι έχουν γίνει σχετικές παρεμβάσεις, ώστε οι έφηβοι να αναπτύξουν τις σχετικές δεξιότητες (16). Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εκτιμήθηκε ποιες πηγές πληροφοριών σχετικές με την υγεία χρησιμοποιούν οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες, πόσο καλά μπορούν να κατανοήσουν, να επικοινωνήσουν και κριτικά να αξιολογήσουν

πληροφορίες σχετικές με την υγεία και εάν το επίπεδο της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας (health literacy) συσχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας (17). Δεν διαπιστώθηκε σαφής συσχέτιση μεταξύ πηγής πληροφόρησης και εγγραμματοσύνης. Το 60% των συμμετεχόντων είχε καλό επίπεδο πληροφορίας αλλά μικρή δυνατότητα αποτελεσματικής χρήσης της, ενώ χαμηλή εγγραμματοσύνη συσχετίστηκε με συμπεριφορές ρίσκου, όπως κάπνισμα και παχυσαρκία. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα τα άτομα χρειάζεται να αναπτύξουν κατάλληλες δεξιότητες ώστε να μπορούν να συλλέξουν, να επικοινωνήσουν και να χρησιμοποιήσουν την πληροφορία.

Διαπιστώνεται ότι υπάρχει σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών υγείας των εφήβων και της εγγραμματοσύνης τους σε θέματα υγείας (health literacy) (18,19). Έτσι σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με στόχο τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της χαμηλής εγγραμματοσύνης και του αυξημένου βάρους σώματος σε παιδιά και ενήλικες, βρέθηκε ότι χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης συσχετίζονται σημαντικά με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος, υπερβαρία και παχυσαρκία. Η συσχέτιση είναι ισχυρότερη στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων (20).

Επιπρόσθετα πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης συσχετίζονται θετικά με καλύτερο επίπεδο υγείας. Για παράδειγμα στη μελέτη Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας είναι ένας από τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στις διαφορές στο επίπεδο υγείας και συσχετίζεται με την εκπαιδευτική πορεία, όπως με τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα και τις μετά το σχολείο επιδιώξεις (21).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας αποτελείται «από τις κοινωνικές και γνωστικές δεξιότητες, που καθορίζουν το κίνητρο και τη δυνατότητα του ατόμου να έχει πρόσβαση, να κατανοεί και να χρησιμοποιεί την πληροφορία με τρόπο που να προάγει και να διατηρεί επίπεδο καλής υγείας» (21).

Σύμφωνα με τον Don Nutbeam (22) η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας είναι σχετικά καινούριος όρος στην προαγωγή της υγείας. Πρόκειται για ένα σύνθετο όρο που περιγράφει ένα ευρύ πεδίο αποτελεσμάτων σε δράσεις αγωγής υγείας και επικοινωνίας και σε αυτό το πλαίσιο η αγωγή υγείας έχει στόχο να βελτιώσει την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας. Το αποτέλεσμα της βελτίωσης υπερβαίνει την

ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει και να επικοινωνήσει την πληροφορία ή την ικανότητα του να διαβάζει φυλλάδια ή να κλείνει ραντεβού σε υπηρεσίες υγείας, αφού θεωρείται ότι είναι κρίσιμος παράγοντας για να προάγει την ενδυνάμωση των ατόμων. Σημειώνεται ότι δράσεις αγωγής υγείας που βασίζονται αποκλειστικά στην εκπαίδευση και στην επικοινωνία, δεν έχουν ουσιαστικό και σταθερό αποτέλεσμα σε επίπεδο αλλαγής της συμπεριφοράς και έχουν χαμηλή επίπτωση στο να μειώσουν το χάσμα στο επίπεδο υγείας μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών και οικονομικών κατηγοριών της κοινωνίας.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Nutbeam (22) (health outcome model) η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας διακρίνεται σε λειτουργική (functional), σε διαδραστική (interactive) και κριτική (critical), που όταν συνυπάρχουν συντελούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η λειτουργική εγγραμματοσύνη αναφέρεται στο αποτέλεσμα της παραδοσιακής αγωγής υγείας, που βασίζεται στην επικοινωνία πληροφοριών για τους κινδύνους στην υγεία, της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και της συμμόρφωσης με τις ιατρικές οδηγίες και συνταγές. Η διαδραστική εγγραμματοσύνη αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να συντονίσει την λειτουργική εγγραμματοσύνη και στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, κινήτρων και αυτοπεποίθησης που επιτρέπουν στο άτομο να ενεργήσει με βάση την πληροφορία που έχει. Η κριτική εγγραμματοσύνη αναφέρεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που επιτρέπουν στο άτομο να δράσει σε ατομικό, κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο.

Αν και η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας επικεντρώνεται σε θέματα υγείας, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας και της συνολικής εγγραμματοσύνης. Άτομα με μειωμένη ικανότητα σε ανάγνωση και γραφή έχουν μειωμένη πρόσβαση στην αγωγή υγείας και μειωμένη ικανότητα να ενεργήσουν στην πληροφορία που δέχτηκαν. Φτωχή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας είναι συχνότερη μεταξύ ενηλίκων με χαμηλή εκπαίδευση, κακή γλωσσική επίδοση, με κάποια μαθησιακή δυσκολία ή κάποια σωματική αναπηρία. Οι ενήλικες με χαμηλή συνολική εγγραμματοσύνη είναι πιθανότερο να αισθάνονται ντροπή, να έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και μικρή κοινωνική υποστήριξη (19,22).

Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας μπορεί να ορισθεί ως το επίπεδο της δυνατότητας ενός ατόμου να συλλέξει, να επικοινωνήσει, να επεξεργαστεί και να κατανοήσει βασικές πληροφορίες σε σχέση με την υγεία του και τις υπηρεσίες υγείας και να λάβει σχετικές αποφάσεις, στο πλαίσιο των αυξημένων απαιτήσεων

της σύγχρονης κοινωνίας (23,24,25,26), αλλά και να αναπτύξει άλλες σημαντικές δυνατότητες, όπως την ικανότητα να αντιληφθεί τις προσωπικές του προτιμήσεις και επιθυμίες σε θέματα υγείας, αλλά και την ικανότητα να αντιληφθεί τις ηθικές συνέπειες των πράξεων του στα άλλα άτομα και στον κόσμο (21).

Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας θεωρείται βασική παράμετρος στην Δημόσια Υγεία και στην Φροντίδα Υγείας και ένα χρήσιμο εργαλείο για την κατανόηση και τη μείωση των ανισοτήτων υγείας, επειδή πρόκειται για δεξιότητα η οποία μπορεί να διδαχθεί και να αναπτυχθεί (19,21,27). Χαμηλή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη δυνατότητα αποτελεσματικής διαχείρισης της ασθένειας, λανθασμένο τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες σε θέματα σχετικά με την υγεία, δυσκολία στη διαχείριση του συστήματος υγείας, αυξημένη πρόσβαση στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αυξημένο κόστος υπηρεσιών υγείας και μειωμένο επίπεδο υγείας (26,27). Η χαμηλή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας έχει αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας στη διάρκεια του βίου ενώ περίπου το 47% του πληθυσμού στην Ευρώπη θεωρείται ότι έχει χαμηλή ή ανεπαρκή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας (28).

Σε μελέτη που έγινε στο Βέλγιο σε πληθυσμό ενηλίκων βρέθηκε ότι χαμηλή εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας συσχετίζεται με μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η βελτίωση της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας μπορεί να αποτελεί μια αποτελεσματική στρατηγική για την καλύτερη/αποδοτικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και εμμέσως για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (29).

Σε δείγμα φοιτητών στην Ελλάδα (2013), ηλικίας 18-24 ετών βρέθηκε ότι το εισόδημα της οικογένειας, δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και συμπεριφορές υγείας και ρίσκου όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η φυσική άσκηση συσχετίζονται με το επίπεδο υγείας και την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας (30). Αντίστοιχα ευρήματα είχε μελέτη στην Ελλάδα με στόχο να διαπιστώσει τη συσχέτιση της εγγραμματοσύνης σε θέματα διατροφής και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε ενήλικες, όπου διαπιστώθηκε ότι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και το υψηλότερο εισόδημα συσχετίζονται θετικά με το επίπεδο της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας και το επίπεδο εγγραμματοσύνης σε θέματα διατροφής (31).

Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται και με την ικανότητα του ατόμου να κατανοήσει μηνύματα υγείας που αναρτώνται στο διαδίκτυο, τα οποία πρέπει να είναι διατυπωμένα με τρόπο απλό, χωρίς δυσνόητους ιατρικούς όρους, που προάγουν την επικοινωνία και την κατανόηση, και που απευθύνονται σε ευρύ κοινό χρηστών και δεν προάγουν τις ανισότητες (32,33).

Στη βιβλιογραφία η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας στα παιδιά και τους εφήβους, ανεξαρτήτως ορισμού και μοντέλου -το οποίο οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα χαρακτηριστικά των ηλικιών αυτών- περιγράφεται ως μια πολυπαραγοντική και σύνθετη ικανότητα. Ένα σύνολο δυνατοτήτων, δεξιοτήτων, δεσμεύσεων και γνώσεων που επιτρέπουν σε ένα άτομο να προσεγγίσει την πληροφορία υγείας αποτελεσματικά, ώστε να καταλήξει σε αποφάσεις και δράσεις που προάγουν την υγεία του. Στη διαμόρφωση των παραπάνω βασική σημασία για τα παιδιά και τους εφήβους έχει το κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο και το περιβάλλον της οικογένειας. Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι εξαρτημένοι από τους γονείς/φροντιστές για οικονομικές και υλικές παροχές, αλλά και για κοινωνικές παροχές (π.χ. πρόσβαση στη φροντίδα υγείας). Έχει διαπιστωθεί μια ισχυρή επίπτωση της εγγραμματοσύνης των ενηλίκων στα παιδιά τους, σε επίπεδο επιλογών φροντίδας υγείας και σε επίπεδο επικοινωνίας και ενημέρωσης (34,35).

Το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων μπορεί να διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ γονιού και εφήβου και αυτό να ενισχύει την ικανότητα του γονιού να αναγνωρίσει τις ανάγκες του έφηβου παιδιού του για φροντίδα υγείας ή/και να προάγει την πρόσβαση σε ευαισθητοποιημένες/εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (36). Οι γονείς έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση των σωματικών και ψυχικών αναγκών υγείας και στην τελική απόφαση να αναζητηθεί επαγγελματική βοήθεια από τους νέους (37).

Σε αυτή τη μελέτη το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και η συνθήκη ότι ο/η έφηβος μένει και με τους δύο γονείς, συσχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα να υπάρχει ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, ενώ το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα συσχετίζεται θετικά με την καλύτερη επικοινωνία με τον γιατρό (Πίνακες 14,15). Η ανώτερη εκπαίδευση του πατέρα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αναφορά βάρους και ύψους που αντιστοιχούν σε χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (Πίνακας 18). Επιπρόσθετα (όπως αναφέρθηκε και παραπάνω) το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα και η συνθήκη να

μένει ο/η έφηβος και με τους δύο γονείς κάνει με στατιστικά σημαντική διαφορά λιγότερο πιθανό να καπνίζει ο/η έφηβος (Πίνακας 20).

Ως παράδειγμα για τα παραπάνω θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν, τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αποτελούν μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Το 1/3 του φορτίου νοσηρότητας στον πλανήτη για εφήβους και νεαρούς ενήλικες αφορά την ψυχική νόσο. Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 70%-75% των ψυχικών προβλημάτων των ενηλίκων αρχικά εμφανίζονται στην εφηβεία ή στους νεαρούς ενήλικες. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας που δεν αντιμετωπίζονται επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε προσωπικό, εκπαιδευτικό και επαγγελματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο σωματικής υγείας (μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης). Παρά τη σοβαρότητα του προβλήματος το 70%-80% των ατόμων δεν έχουν τη σχετική φροντίδα. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την αναζήτηση φροντίδας είναι το «στίγμα» και η ντροπή, η αναποτελεσματικότητα στη διαπίστωση των συμπτωμάτων και η τάση για αυτο-αντιμετώπιση (selfreliance) του προβλήματος (38).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (39) που συμπεριέλαβε ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες, βρέθηκε ότι οι παράγοντες που εμποδίζουν τους έφηβους στην αναζήτηση βοήθειας περιλαμβάνουν το «στίγμα» της ψυχικής νόσου, την αγωνία για εμπιστευτικότητα και εμπιστοσύνη στη δομή/επαγγελματία υγείας που θα απευθυνθούν, τη δυσκολία πρόσβασης και ανεύρεσης κατάλληλου επαγγελματία ψυχικής υγείας και την τάση για αυτο-αντιμετώπιση των ψυχικών συμπτωμάτων (selfreliance). Η τάση των εφήβων για αυτο-αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων έχει επανειλημμένα εμφανιστεί σε πολλές μελέτες και αφορά την προτίμηση των εφήβων για αυτοβοήθεια, ως θεραπεία των ψυχικών δυσκολιών τους. Επιπρόσθετα οι έφηβοι δηλώνουν ότι έχουν σημασία τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας, στον οποίο θα απευθυνθούν. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η φυλή, η δυνατότητα του επαγγελματία να βοηθήσει αποτελεσματικά, η αξιοπιστία και ο βαθμός που είναι ήδη γνωστός στον έφηβο. Η απόφαση για αναζήτηση βοήθειας και το είδος της παρεχόμενης βοήθειας τους προκαλεί φόβο. Έχει διαπιστωθεί όμως ότι οι έφηβοι που έχουν δεδομένες σχέσεις με επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να ζητήσουν βοήθεια στο μέλλον, επειδή υπάρχει εμπιστοσύνη και μικρότερος φόβος για το άγνωστο. Οι θετικές πρότερες εμπειρίες διευκολύνουν την απόφαση για αναζήτηση βοήθειας, ενώ αποτελούν και μια πηγή

πληροφόρησης ή εγγραμματοσύνης σε θέματα ψυχικής υγείας, που θεωρείται βασικής σημασίας στη διαδικασία αναζήτησης βοήθειας.

Υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος διεθνούς βιβλιογραφίας που αναφέρει ότι οι συναισθηματικές διαταραχές στους εφήβους και στα νέα άτομα αυξάνεται σημαντικά, ιδιαίτερα στις έφηβες και τις νεαρές γυναίκες. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα στην Μ. Βρετανία έδειξαν αύξηση 68% των εφήβων κοριτσιών ηλικίας 13-16 ετών που προσήλθαν στο Νοσοκομείο λόγω αυτοτραυματισμού, μεταξύ του 2011 και του 2014. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι δεν είναι βέβαιοι για την αιτία της αύξησης, είναι όμως πιθανό να μην πρόκειται για αληθινή αύξηση των περιστατικών, αλλά για αυξημένη προσέλευση και διάγνωση, εξαιτίας της μεγαλύτερης ανάγκης των ατόμων να μιλήσουν για την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να οφείλεται στην καλύτερη ενημέρωση τους σε σχέση με θέματα ψυχικής υγείας (mental health literacy) (40). Η περίοδος της εφηβείας έχει αυξημένη πιθανότητα για την ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών, που έχουν αρνητική επίπτωση στην ακαδημαϊκή πρόοδο, στις κοινωνικές σχέσεις, αυξημένη πιθανότητα για χρήση ουσιών και αυτοκτονικό ιδεασμό ενώ συσχετίζονται με αύξηση των συγκρούσεων με τους γονείς (41).

Η αντίδραση των γονέων στις συναισθηματικές εκρήξεις των εφήβων προβάλλει άμεσα ή έμμεσα την αποδοχή των συναισθημάτων αυτών, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική κατάσταση των νέων. Η κριτική των γονέων και η απόρριψη μπορούν να υπονομεύσουν την αυτοπεποίθηση και να πυροδοτήσουν αρνητικά συναισθήματα, που μπορούν να είναι πρόδρομα κατάθλιψης, ενώ ο γονεϊκός έλεγχος μπορεί να μειώσει το αίσθημα αυτοκυριαρχίας του εφήβου και να αυξήσει το αίσθημα της ανικανότητας. Οι πεποιθήσεις των γονέων σχετικά με την κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που αντιδρούν. Οι γονείς που έχουν χαμηλή εγγραμματοσύνη σε σχέση με την κατάθλιψη είναι πιθανότερο να προσφέρουν μικρότερη υποστήριξη στο παιδί τους. Βελτίωση της εγγραμματοσύνης των γονέων σε σχέση με την κατάθλιψη προάγει την καλύτερη/αποτελεσματικότερη ανταπόκριση των γονέων (41).

Τα σχολεία είναι βασικό θεσμικό πλαίσιο στο οποίο η εγγραμματοσύνη παιδιών και εφήβων μπορεί να αναπτυχθεί, επειδή μπορούν να απευθύνονται σχεδόν σε όλα τα παιδιά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Μέσα στο σχολικό περιβάλλον η αγωγή υγείας σε ένα ευρύ πεδίο θεμάτων υγείας, αποτελεί κρίσιμη ευκαιρία για την προαγωγή της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας. Η αποτελεσματικότητα

είναι μεγαλύτερη εάν η προσπάθεια προέρχεται από το σχολικό περιβάλλον και όχι από εξωτερικούς συνεργάτες, ώστε να έχει συνέχεια στο χρόνο και να αντανakλά τη συνολικότερη πολιτική του σχολείου σε θέματα προαγωγής της υγείας (21,28,42, 43). Ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούσαν να ενισχύσουν την προσπάθεια του σχολείου για αγωγή υγείας, με συγκεκριμένο/επιλεγμένο τρόπο.

Πολλά άρθρα επισημαίνουν την εμπλοκή των συνομηλίκων στη διαμόρφωση της εγγραμματοσύνης παιδιών και εφήβων, την οποία μπορούν να εφαρμόσουν σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων στις επίσημες και ανεπίσημες κοινωνικές τους δομές (34,35).

Μια από τις σημαντικότερες έρευνες που έχει διεξαχθεί σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης και στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Health Literacy Survey (HLS-EU) κατά τα έτη 2009-2012. Η εν λόγω έρευνα, στην Ελλάδα, πραγματευόταν το ζήτημα της επαρκούς εγγραμματοσύνης υγείας στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό και διερευνούσε τους παράγοντες επιρροής της. Η έρευνα έδειξε ότι η Ελλάδα τείνει προς τον μέσο όρο του Ευρωπαϊκού δείγματος με το 55% του ελληνικού δείγματος να ανήκει στην κατηγορία της «άριστης» και «επαρκούς» εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας (44,45). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τα άτομα με μικρότερο εισόδημα –είτε πρόκειται για ευπαθή άτομα (π.χ. χήρες), είτε πρόκειται για φτωχούς και άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο– τείνουν να μην έχουν τόση εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να αποκτούν και να αξιοποιούν πληροφορίες για θέματα υγείας. Η οικογένεια και ο γιατρός είναι αυτοί που τα άτομα συμβουλεύονται πιο συχνά για πληροφορίες πάνω σε θέματα υγείας, ενώ σύμφωνα με την έρευνα HLS-EU η επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς είναι ισχυρή στην Ελλάδα.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι γονείς με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης έχουν μεγαλύτερη αγωνία όταν επισκέπτονται με τα παιδιά τους χώρο υγείας και μεγαλύτερη ανάγκη πληροφοριών, παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μειώνεται το άγχος των γονέων (46). Επιπρόσθετα άτομα με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης έχουν δυσκολία στην κατανόηση πληροφοριών που παρέχονται μέσω φυλλαδίων σε χώρους υγείας, γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά τη διαμόρφωση των φυλλαδίων αυτών αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πρέπει να διαπιστώσουν στο ατομικό ραντεβού, ότι δεν υπάρχουν δυσνόητα σημεία (47).

Οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν παιδιά, εφήβους και υποστηρίζουν τις οικογένειες στο μέγεθος των παιδιών τους, δεν μπορούν φυσικά να επηρεάσουν το επίπεδο της γενικής εγγραμματοσύνης. Μπορούν όμως, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας -που εξ' ορισμού αποτελεί την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας- να επηρεάσουν το επίπεδο εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας των φροντιστών/γονέων, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας των παιδιών είτε άμεσα (π.χ. φροντίδα σε ασθένεια, εμβόλια κ.λπ.) είτε έμμεσα, δηλαδή διαμορφώνοντας τις στάσεις και τις συμπεριφορές υγείας των παιδιών τους. Οι επαγγελματίες υγείας στο πρωτοβάθμιο πλαίσιο έχουν την ιδιαιτερότητα της διαχρονικής φροντίδας και της διαμόρφωσης σχέσεων εμπιστοσύνης και μπορούν να έχουν την πληροφορία σε σχέση με το εκπαιδευτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των φροντιστών/γονέων ώστε να μπορούν να τους υποστηρίξουν ανάλογα.

Επιπρόσθετα οι επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να διαμορφώσουν το επίπεδο εγγραμματοσύνης των ίδιων των εφήβων σε θέματα που αφορούν την υγεία τους, με τις πληροφορίες για τις ανάγκες υγείας των εφήβων να αποτελούν ένα εργαλείο για τη στοχευμένη και αποτελεσματικότερη υποστήριξη των ίδιων των εφήβων.

Βασική προϋπόθεση οι επαγγελματίες να έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες και οι δομές τις απαραίτητες προδιαγραφές, ώστε να αυξήσουν τη διαγνωστική τους ευαισθησία στις ρητές και άρρητες ανάγκες των νέων ατόμων.

Έτσι τα άτομα που παρέχουν πληροφορία και υπηρεσίες σε σχέση με την υγεία, όπως οι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, είναι απαραίτητο να διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες, ώστε να (23):

- Βοηθούν τα άτομα να αναζητήσουν πληροφορίες και υπηρεσίες
- Να επικοινωνούν θέματα σχετικά την υγεία και τη φροντίδα υγείας
- Να μπορούν να επεξεργαστούν ποιες είναι οι ρητά δηλωμένες, όσο και οι σιωπηρά υπονοούμενες ανάγκες των ατόμων
- Να μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες και υπηρεσίες
- Να μπορούν να αποφασίσουν ποιες πληροφορίες και υπηρεσίες, είναι κατάλληλες για τις διαφορετικές καταστάσεις και άτομα

Όπως είναι σημαντικό και τα άτομα/χρήστες των υπηρεσιών υγείας να αναπτύξουν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να μπορούν (23):

- Να βρουν υπηρεσίες και πληροφορίες

- Να επικοινωνήσουν τις ανάγκες και προτιμήσεις τους και να ανταποκριθούν σε πληροφορίες και υπηρεσίες
- Να επεξεργαστούν το νόημα και τη χρησιμότητα των πληροφοριών και των υπηρεσιών
- Να κατανοήσουν τις επιλογές, τις συνέπειες και το πλαίσιο των πληροφοριών και των υπηρεσιών
- Να αποφασίσουν ποιες πληροφορίες και υπηρεσίες είναι σχετικές με τις ανάγκες τους, ώστε να δράσουν αναλόγως

3.3 Υπηρεσίες υγείας

Στην παρούσα μελέτη, το 90% των επισκέψεων των εφήβων σε γιατρό, έγινε σε παθολόγο ή παιδίατρο, σε πλαίσιο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δεδομένο που συνάδει με προηγούμενες μελέτες (48). Στις περισσότερες περιπτώσεις (75%), αυτές οι επισκέψεις δεν αφορούσαν νόσο. Επιπρόσθετα το 80% των εφήβων ανέφεραν ότι επισκέπτονται γιατρό τουλάχιστον μια φορά στους έξι μήνες. (Πίνακας Π1,Π2). Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, που αναφέρουν ότι το 70-90% των εφήβων επισκέπτονται πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο (2,49). Η παρουσία των εφήβων στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχει ευκαιρίες για συζήτηση με τους εφήβους, των κρίσιμων θεμάτων που τους απασχολούν.

Οι μισοί περίπου από τους μαθητές που έλαβαν μέρος στην μελέτη ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα επικοινωνίας με τον γιατρό που συνήθως επισκέπτονται. Πρόκειται για σημαντικό πρόβλημα με δυνητικές απώτερες επιπτώσεις, που οι συμμετέχοντες στη μελέτη το απέδωσαν σε συγκεκριμένες συνθήκες ή παράγοντες.

Σε αυτούς περιλαμβάνονται η οργάνωση της φροντίδας με τρόπο που δεν εξασφαλίζει στους εφήβους τη δυνατότητα να έχουν «τον δικό τους γιατρό» (διαχρονική φροντίδα), ο ανεπαρκής χρόνος επίσκεψης (χρόνος για συζήτηση), η έλλειψη ευαισθητοποίησης των γιατρών στα προβλήματα/θέματα των εφήβων, η μη εξασφάλιση της ιδιωτικότητας κατά την επίσκεψη λόγω συνθηκών χώρου και στάσης των γιατρών, με αποτέλεσμα οι έφηβοι να αισθάνονται ανασφαλείς ως προς την τήρηση του απόρρητου.

Η ικανοποιητική επικοινωνία με τους εφήβους απαιτεί γνώση των ειδικών χαρακτηριστικών αυτού του σταδίου ανάπτυξης και δυνατότητα κατανόησης του

κοινωνικού πλαισίου των συμπεριφορών στην εφηβεία, που διαφέρει από αυτό των παιδιών ή των ενηλίκων (50,51).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι παιδίατροι αντιμετωπίζουν τους εφήβους ως δύσκολους ή απαιτητικούς «ασθενείς», με θέματα ή προβλήματα, που οι παιδίατροι δεν μπορούν πάντα να κατανοήσουν ή να αντιμετωπίσουν (52,53). Η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας για τους εφήβους με αποτέλεσμα να συνιστάται επίσημη εκπαίδευση σε γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας (37,52,53,54,55). Σε σχετική ανασκόπηση ο Melville (1989) αναφέρει ότι συχνά οι έφηβοι, πίσω από τα βιολογικά συμπτώματα που παρουσιάζουν, έχουν κρυμμένα/αθέατα ζητήματα, στα οποία ένας μη εκπαιδευμένος επαγγελματίας υγείας δεν είναι εύκολο να διεισδύσει (56). Ένας ουσιαστικός τρόπος της βελτίωσης των ικανοτήτων των γιατρών στην συμβουλευτική και στην επικοινωνία είναι η εκπαίδευση σε τεχνικές συμβουλευτικής και σε επικοινωνιακές δεξιότητες (48,57).

Έχει αποδειχτεί ότι οι έφηβοι θεωρούν τους επαγγελματίες υγείας αξιόπιστους και η άποψη/συμβουλή που παρέχουν μπορεί να έχει δυναμικά θετικό αντίκτυπο στις συμπεριφορές υγείας των εφήβων (49). Επιπρόσθετα η παρουσία ενός γνωστού και έμπιστου ατόμου μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία, ενώ οι έφηβοι είναι περισσότερο πρόθυμοι να συζητήσουν θέματα που έχουν συζητηθεί και στο παρελθόν (49). Κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι η διαμονή στην πόλη της Θεσσαλονίκης ή στις «άλλες πόλεις» του δείγματος ευνοεί την καλύτερη επικοινωνία με τον/την γιατρό, σε σχέση με τη διαμονή στην Αθήνα (Πίνακας 14), ενώ η διαμονή στις «άλλες πόλεις» αυξάνει την πιθανότητα οι έφηβοι να είναι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα (Πίνακας 15). Ίσως η διαμονή σε μικρότερες πόλεις να ευνοεί την παρουσία ενός γνωστού και έμπιστου ατόμου και να προάγει την επικοινωνία.

Ο διαθέσιμος χρόνος για συμβουλευτική είναι σημαντική παράμετρος για καλύτερη ποιότητα στη φροντίδα υγείας των εφήβων, όπως συστηματικά φαίνεται σε μελέτες (52,53,55,58,59).

Η εμπιστευτικότητα/απόρρητο και η ιδιωτικότητα έχουν επίσης κρίσιμη σημασία για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στους εφήβους και ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι εκείνοι οι έφηβοι που δεν προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας, επειδή δεν υπάρχει εμπιστευτικότητα/απόρρητο είναι οι περισσότερο ευάλωτοι και αυτοί με τη μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα (36,60).

Πολλοί έφηβοι επιθυμούν να συζητήσουν μόνοι με τους γιατρούς τους ευαίσθητα θέματα υγείας, αλλά τις περισσότερες φορές διστάζουν εξαιτίας της μη δυνατότητας για ιδιωτική συζήτηση (36). Το ζήτημα της εμπιστευτικότητας /απόρρητου στις συζητήσεις με εφήβους αποτελεί ένα κρίσιμο θέμα στην φροντίδα υγείας και μια πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, η οποία συσχετίζεται με το οικογενειακό, ιατρικό, ηθικό, νομικό, κοινωνικό και διοικητικό πλαίσιο (61).

Συνήθως οι γονείς είναι πρόθυμοι να επιτρέψουν στο έφηβο παιδί τους να συζητήσει μόνο του με τους γιατρούς, εφόσον όμως πρώτα έχουν ενημερωθεί για την πολιτική και τα όρια του απόρρητου (59). Η σημασία της συμφωνίας των γονέων σε μια απόρρητη συζήτηση σχετίζεται με τις νομικές έννοιες της συγκατάθεσης (consent), της ικανότητας (competence) και του απορρήτου (confidentiality) στους εφήβους κάτω των 18 ετών, στη νομοθεσία κάθε χώρας (62,60,63). Ακόμη όμως και με τη δυνητική συγκατάθεση των γονέων, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αρνηθούν να συνομιλήσουν με εφήβους χωρίς τη παρουσία ενήλικα, ιδιαίτερα αν υπάρχει αβεβαιότητα σε σχέση με ηθικά και νομικά ζητήματα και φόβος για νομικές επιπτώσεις (63,64). Η βαρύνουσα σημασία των παραπάνω είχε ως συνέπεια πολλοί φορείς σχετικοί με τη φροντίδα υγείας να διαμορφώσουν σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες (59).

Στην Ελλάδα, καμιά από τις ειδικότητες που δυνητικά θα εμπλακούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των εφήβων δεν παρέχει συστηματική εκπαίδευση στην εφηβική ιατρική, που δεν αποτελεί αναγνωρισμένη υποειδικότητα. Επιπρόσθετα η εφηβική ιατρική δεν αποτελεί μέρος της ύλης της βασικής εκπαίδευσης σε προπτυχιακό επίπεδο.

Είναι αξιοσημείωτο ότι παρά την κριτική που ασκούν οι έφηβοι στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, η πλειονότητα τους (78%) αναφέρει ότι είναι πάρα πολύ ή πολύ ικανοποιημένοι με την φροντίδα υγείας, σύμφωνα με τη μέχρι τώρα εμπειρία τους (Πίνακας Π2). Το γεγονός αυτό ίσως να αποτυπώνει τις χαμηλές προσδοκίες που έχουν από τους γιατρούς και τις συναντήσεις μαζί τους, ιδιαίτερα σε ότι αφορά ευαίσθητα θέματα.

3.4 Συμπεράσματα

Αρκετές χώρες στον παγκόσμιο χάρτη δεν έχουν καταφέρει να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των εφήβων (6,7). Σε αυτή τη θέση βρίσκονται και οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, όπου οι έφηβοι εξυπηρετούνται στους ίδιους χώρους όπως οι

ενήλικες ή/και τα παιδιά, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα για τις ανάγκες τους, με επιπρόσθετο το γεγονός ότι η οικονομική κρίση δεν έχει μόνο επιπτώσεις στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων, αλλά και στη δυνατότητα του συστήματος υγείας να προάγει την υγεία του πληθυσμού και να διαχειριστεί τις υπηρεσίες υγείας (65,66).

Η βελτίωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και η εφαρμογή προδιαγραφών, ώστε να γίνουν κατάλληλες για νέους ανθρώπους, θα έχει ως αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη φροντίδα των νέων ατόμων, τη δυνατότητα για ενεργητικότερη συμμετοχή τους σε θέματα που αφορούν την υγεία τους με αποτέλεσμα την άμεση και μακροπρόθεσμη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (1,2,3,67,68).

4. Βιβλιογραφικές παραπομπές

Βιβλιογραφία γενικού μέρους

Εισαγωγή-Εφηβεία-Πληθυσμός των εφήβων-Αλλαγές στην εφηβεία

1. World Health Organization. Adolescent friendly health services. An agenda for change. October 2002. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf
2. WHO/ FCH/ CAH/02.18 Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement. Geneva, 7-9 March 2001
3. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescent Development. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/
4. Sacks D. Age limits and adolescents. Canadian Pediatric Society, Adolescent Health Committee. Paediatr Child Health 2003;8(9):577. Reaffirmed, 2014. Available at: <http://www.cps.ca/en/documents/position/age-limits-adolescents>
5. American Academy of Pediatrics. Adolescence 11-21 years. Available at: <https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/18-Adolescence.pdf>
6. UNESCO. Learning to live together. What do we mean by “youth”? Available at: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>
7. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 2018 Mar;2(3):223-228.
8. United Nations. World Population Monitoring. Adolescents and Youth: A concise Report. Available at: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/12_66976_adolescents_and_youth.pdf
9. United Nations. World Population Prospects. Key findings and advance tables. 2015 Revision. Available at: http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
10. UNFPA. The power of 1,8 billion. Adolescence, youth and the transformation of the future. State of the world’s population, 2014. Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf
11. Εθνική Στατιστική Αρχή. Μόνιμος πληθυσμός κατά φύλο, ομάδες ηλικιών και

- τόπο γέννησης. Απογραφή πληθυσμού 2011. Διαθέσιμο στο:
[http://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SAM03/-](http://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SAM03/)
12. Εθνική Στατιστική Αρχή. Πληθυσμός κατά φύλο και ομάδες ηλικιών. Σύνολο Ελλάδος κατά βαθμό αστικότητας, γεωγραφικά διαμερίσματα και νομοί κατά αστικές και αγροτικές περιοχές. Απογραφή πληθυσμού 2001. Διαθέσιμο στο:
<http://www.statistics.gr/documents/20181/e38e701d-9bdb-44f6-8b81-41097b7ab656>
 13. Coleman JC. The nature of adolescence. 4th edt. Routledge 2011.
 14. World Health Organization. Nutrition in adolescence –Issues and Challenges for the Health Sector. Issues in Adolescent Health and Development. 2005 Available at:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43342/9241593660_eng.pdf;jsessionid=32835BEC379B2F36C360F4A4FAC6618B?sequence=1

Βιολογικές αλλαγές

Ήβη

1. Patton GC., Viner R. Pubertal transitions in health. Lancet. 2007 Mar 31;369(9567):1130-9.
2. Viner RM, Allen NB, Patton GC. Puberty, Developmental Processes, and Health Interventions. In: Bundy DAP, Silva Nd, Horton S, et al., editors. Child and Adolescent Health and Development. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov 20. Chapter 9. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525269/> doi: 10.1596/978-1-4648-0423-6/pt2.ch9
3. Steinberg L. Adolescence. 9th edition. International edition 2011. The McGraw Hill Companies. ISBN:978-125-900742-2.
4. Siervogel R.M, Demerath E.W, Schubert C, Remsberg K.E, Chumlea W.C, Sun S, Czerwinski S.A, Towne B: Puberty and Body Composition. Horm Res 2003;60(suppl 1):36-45.
5. Karapanou O, Papadimitriou A. Determinants of menarche. Reprod Biol Endocrinol. 2010;8:115.
6. Papadimitriou A. The Evolution of the Age at Menarche from Prehistorical to Modern Times. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Dec;29(6):527-530.
7. Abreu AP, Kaiser UB. Pubertal development and regulation. The Lancet. Diabetes

- & endocrinology. 2016;4(3):254-264.
8. Papadimitriou A, Chiotis D, Tsiftis G, Hatzisimeon M, Maniati M, Krikos X, Tzonou A, Dacou-Voutetakis C. Secular growth changes in the Hellenic population in the twentieth century. *Hormones (Athens)*. 2002 Oct-Dec;1(4):245-50.
 9. Papadimitriou A, Douros K, Kleanthous K, Papadimitriou DT, Attilakos A, Fretzayas A. Pubertal maturation of contemporary Greek boys: no evidence of a secular trend. *J Adolesc Health*. 2011 Oct;49(4):434-6.
 10. Papadimitriou A, Pantiotou S, Douros K, Papadimitriou DT, Nicolaidou P, Fretzayas A. Timing of pubertal onset in girls: evidence for non-Gaussian distribution. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008 Nov;93(11):4422-5.
 11. Papadimitriou A, Fytanidis G, Douros K, Bakoula C, Nicolaidou P, Fretzayas A. Age at menarche in contemporary Greek girls: evidence for levelling-off of the secular trend. *Acta Paediatr*. 2008;97(6):812-5.
 12. Pantiotou S, Papadimitriou A, Douros K, Priftis K, Nicolaidou P, Fretzayas A. Maturation tempo differences in relation to the timing of the onset of puberty in girls. *Acta Paediatr*. 2008 Feb;97(2):217-20.
 13. Pantiotou K. Data on pubertal development in Greek boys. A longitudinal study. *Hormones (Athens)*. 2007 Apr-Jun;6(2):148-51.
 14. Papadimitriou A, Stephanou N, Papantzimas K, Glynos G, Philippidis P. Sexual maturation of Greek boys. *Ann Hum Biol*. 2002 Jan-Feb;29(1):105-8.
 15. Dacou-Voutetakis C, Klontza D, Lagos P, Tzonou A, Katsarou E, Antoniadis S, Papazisis G, Papadopoulos G, Matsaniotis N. Age of pubertal stages including menarche in Greek girls. *Ann Hum Biol*. 1983 Nov-Dec;10(6):557-63.
 16. McLean M, Davis AJ, Reindollar RH. Abnormalities of Female Pubertal Development. [Updated 2015 Aug 19]. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278950/>
 17. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Mar;2(3):223-228.
 18. Blum RW, Astone NM, Decker MR, Mouli C. A conceptual framework for early adolescence: a platform for research. *International journal of adolescent medicine and health*. 2014;26(3):321-331.

Εγκέφαλος

1. Stiles J. Jernigan T.L. The Basics of Brain Development. *Neuropsychol Rev.* 2010 Dec; 20(4): 327–348.
2. Jonson S.B., Blum R.W., Giedd J.N. Adolescent Maturity and the Brain: The Promise and Pitfalls of Neuroscience Research in Adolescent Health Policy. *J Adol Health* 45(3): 216–221, 2009
3. Arain M, Haque M, Johal L, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2013;9:449-461.
4. Foulkes L., Blakemore S.J. Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nature Neuroscience* volume 2018; 21, p 315–323.
5. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ: Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(25): 425–31.
6. Brain Development Cooperative Group. Total and Regional Brain Volumes in a Population-Based Normative Sample from 4 to 18 Years: The NIH MRI Study of Normal Brain Development. *Cerebral Cortex (New York, NY).* 2012;22(1):1-12.
7. Smith AR, Chein J, Steinberg L. Impact of socio-emotional context, brain development, and pubertal maturation on adolescent risk-taking. *Hormones and behavior.* 2013;64(2):323-332.
8. Sebastian C., Burnett S., Blakemore S.J Development of the self-concept during adolescence. *Trends in cognitive science.* 2008, Volume 12, Issue 11, p 441–446.
9. Blakemore S.J., Robbins T.W. Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience.* 2012;15:1184–1191.
10. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive science* Volume 9, Issue 2, February 2005, p 69–7
11. Blakemore S.J. The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience* 2008; 9, 267-277.
12. Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE. The Role of Puberty in the Developing Adolescent Brain. *Human Brain Mapping.* 2010;31(6):926-933.
13. Herting MM, Sowell ER. Puberty and structural brain development in humans. *Frontiers in neuroendocrinology.* 2017;44:122-137.
14. Steinberg L. Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? *ANN. N.Y. Acad.Sci.* 2004. 1021:51-58

15. Blakemore S.J. Brain development in adolescence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014;85
16. Steinberg L. Albert D. Judgment and Decision Making in Adolescence. *Journal of research on adolescence* 2011 Volume 21, Issue 1
17. Peeters M, Oldehinkel T, Vollebergh W. Behavioral Control and Reward Sensitivity in Adolescents' Risk Taking Behavior: A Longitudinal TRAILS Study. *Frontiers in Psychology*. 2017;8:231.
18. Steinberg L. Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 2009, Vol 64(8), 739-750.
19. Steinberg L., Morris AS. Adolescent development. *Ann Rev of Psychology* 2001;vol. 52:1-716.
20. Steinberg L. Adolescent development and juvenile justice. *Ann. Rev. of Clin. Psychology* April 2009; vol.5:1-485
21. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Teen Brain: Behavior, Problem Solving, and Decision Making. Available at: https://www.aacap.org/aacap/families_and_youth/facts_for_families/FFF-Guide/The-Teen-Brain-Behavior-Problem-Solving-and-Decision-Making-095.aspx

Υπνος

1. Owens J. Adolescent sleep working group and committee on adolescence. Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences. *Pediatrics* 2014; 134(3). Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/08/19/peds.2014-1696.full.pdf>
2. Adolescent sleep needs and patterns. Research report and recourse guide. 2000 National Sleep Foundation. Available at: https://sleepfoundation.org/sites/default/files/sleep_and_teens_report1.pdf
3. Carskadon M. A. Sleep in Adolescents: The Perfect Storm. *Pediatr Clin North Am*. 2011 June ; 58(3): 637–647. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130594/pdf/nihms-291181.pdf>
4. Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, Way N. Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child Dev*. 2004 ;75(1):84-95.
5. Millman R. Excessive Sleepiness in Adolescents and Young Adults: Causes,

- Consequences, and Treatment Strategies. *Pediatrics* 2005;115;1774
6. Carskadon M.A., Wolfson A. R., Acebo C., Tzischinsky O., Seifer R. Adolescent Sleep Patterns, Circadian Timing, and Sleepiness at a Transition to Early School Days. *SLEEP*, Vol. 21, No. 8, 1998
 7. Carskadon M.A., Acebo C., Jenni O.G. Regulation of adolescent sleep: Implications for behavior. *Ann.N.Y.Acad.Sci* 1021:276-291,2004
 8. Wolfson A. R., Carskadon M.A. Understanding adolescent's sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Med Rev* 2003, Vol. 7, No. 6, pp 491-506.
 9. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine.* 2016;12(11):1549-1561.
 10. Lazaratou, H., Dikeos, D.G., Anagnostopoulos, D.C. et al. Sleep problems in adolescence A study of senior high school students in Greece *Europ. Child & Adolescent Psych* 2005; 14: 237.
 11. LaBerge I., Petit D., Simard C., Vitaro F., Tremblay R.E., Montplaisir J. Development of sleep patterns in early adolescence. *J. Sleep Res.* (2001) 10, 59-67
 12. LeBourgeois M.K., Giannotti F., Cortesi F., Wolfson A.R. Harsh J. The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *Pediatrics* 2005Jan; 115;Issue suppl 1
 13. Jenni O.G., Achermann P., Carskadon M.A. Homeostatic Sleep Regulation in adolescents. *SLEEP* 2005;vol.28;11.
 14. Wolfson A. R., Carskadon M.A. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development* 1998;vol.69;4;875-887
 15. Roehrs T., Roth T. Caffeine: sleep and daytime sleepiness. *Sleep Med Rev* 2008;12(2):153-62
 16. Durner JS., Dingnes DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Semin Neurol.* 2005;25(1):117-29
 17. Taras H., PottS-Datema W. Sleep and student performance at school. *J Sch Health.* 2005;75(7):248-54
 18. Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L. Sleep loss, learning capacity and academic

- performance. *Sleep Med Rev.* 2006 Oct; 10(5):323-37. Epub 2006 Mar 24.
19. Lazaratou H, Soldatou A, Dikeos D. Medical comorbidity of sleep disorders in children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry.* 2012 Sep;25(5):391-7.
 20. Roberts, R., Roberts C., Duong H. (2009) Sleeplessness in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of adolescence* 2009;32(5):1045–1057
 21. Gruber R., Wiebe ST., Wells SA., Cassoff J., Monson E. Sleep and academic success: mechanisms, empirical evidence, and interventional strategies. *Adolesc Med State Rev.* 2010;21(3):522-41
 22. Carskadon M. A. Wolfson A.R. Understanding adolescent's sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Med Rev*2003;7(6);491-506
 23. Carskadon M.A., Harvey K., Dement W.C. Sleep loss in young adolescents. *Sleep* 1981;4(3):299-312
 24. Walker M.P. Cognitive consequences of sleep and sleep loss. *Sleep Med.* 2008;9;suppl. 1:29-34
 25. Blissitt PA. Sleep, memory and learning. *J Neurosci Nurs.* 2001;33(4):208-15
 26. Balikin TJ., Rupp T., Picchioni D., Wesensten NJ. Sleep loss and sleepiness: current issues. *Chest.* 2008;134(3):653-60.
 27. Johnson EO., Roth T., Schultz L., Breaslau N. Epidemiology of DSM-IV Insomnia in Adolescence: Lifetime Prevalence, Chronicity, and an Emergent Gender Difference. *Pediatrics* 2006;117:e247-56
 28. Roane B.M., Taylor D.J. Adolescent Insomnia as a Risk Factor for Early Adult Depression and Substance Abuse. *SLEEP*, Vol. 31, No. 10, 2008. Available at: <http://www.journalsleep.org/Articles/311004.pdf>
 29. Fatima Y., Doi SA., Mamun AA. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev.* 2015 Feb;16(2):137-49.
 30. Ohayon M.M., Carskadon M.A., Guilleminault C., MD3; Vitiello M.V. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *SLEEP*, Vol. 27, No. 7, 2004 Available at: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Vitiello/publication/8140802_Metaanalysis_of_quantitative_sleep_parameters_from_childhood_to_old_age_in_healthy_individuals_Developing_normative_sleep_values_across_the_human_

31. Moseley L., Gradisar M. Evaluation of a School-Based Intervention for Adolescent Sleep Problems. *Sleep* 2009; Vol. 32, No. 3.
32. Hansen M., Janssen I., Schiff A., Zee P.C., Dubocovich M.L. The Impact of School Daily Schedule on Adolescent Sleep. *Pediatrics* 2005;115;1555
33. Marx R, Tanner-Smith EE, Davison CM, Ufholz LA, Freeman J, Shankar R, Newton L, Brown RS, Parpia AS, Cozma I, Hendrikx S. Later school start times for supporting the education, health, and well-being of high school students. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 3;7:CD009467.
34. Morgenthaler TI, Hashmi S, Croft JB, Dort L, Heald JL, Mullington J. High School Start Times and the Impact on High School Students: What We Know, and What We Hope to Learn. *J Clin Sleep Med.* 2016 Dec 15;12(12):1681-1689.
35. Wheaton AG, Chapman DP, Croft JB. School Start Times, Sleep, Behavioral, Health, and Academic Outcomes: a Review of the Literature. *The Journal of school health.* 2016;86(5):363-381.
36. Crowley SJ, Wolfson AR, Tarokh L, Carskadon MA. An update on adolescent sleep: New evidence informing the perfect storm model. *J Adolesc.* 2018 Aug;67:55-65.

Κοινωνικές αλλαγές

1. Steinberg L. *Adolescence*. 9th edition. International edition 2011. The McGraw Hill Companies. ISBN:978-125-900742-2.
2. Coleman JC. *The nature of adolescence*. 4th ed. Routledge 2011
3. Crockett, L. J. (1997). Cultural, historical, and subcultural contexts of adolescence: Implications for health and development. In J. Schulenberg, J. Maggs, & K. Hurrelman (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 23-53). New York: Cambridge University Press.

Η υγεία των εφήβων

1. Viner M R., Barker M. Young people's health: the need for action. *BMJ* 2005; 330:901-903
2. Patton GC., Coffey C., Cappa C., Currie D., Riley L., Gore F., Degenhardt L., Richardson D., Astone N., Sangowawa AO., Mokdad A., Ferguson J. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*

2012; 379:1665-75

3. Gore F.M., Bloem P.J., Patton G.C., Ferguson J., Joseph V., Coffey C., Sawyer S.M., Mathers C.D. Global burden of disease in young people aged 10—24 years: a systematic analysis. *The Lancet* 2011; Vol 377, p 2093 – 2102.
4. Macfarlane A., McPherson A. Primary health care and adolescence, editorial. *BMJ* 1995;311:825
5. Patton G.C., Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 2007;Vol 369:1130-39
6. Kleinert S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. *Lancet* 2007; Mar 31;369(9567):1057-8
7. Blum R.W. Young people: not as healthy as they seem. *Lancet* 2009; vol 374 p. 853-854
8. World Health Organization. Current trends in adolescent health in Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/news/news/2013/02/adolescence-a-unique-time-requiring-a-tailored-response/current-trends-in-adolescent-health-in-europe>
9. Viner R.M, Coffey C., Mathers C., Bloem P., Costello A., Santelli J., Patton G.C. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet* 2011; Vol 377, p 1162 – 1174.
10. Due P., Lynch J., Holstein B., Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epid Comm Health* 2003;57:692–698
11. Swedish National Institute of Public Health. Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition. A 2011:11 ISBN (PDF) 978-91-7257-866-1 Available at: <file:///C:/Users/Dell/Documents/phd/articleforsubmission/Social%20health%20inequalities%20in%20swedish%20children%20and%20adolescents.pdf>
12. Petanidou D., Giannakopoulos G., Tzavara C., Dimitrakaki C., Ravens-Sieberer U., Kolaitis G., Tountas Y. Identifying the sociodemographic determinants of subjective health complaints in a cross-sectional study of Greek adolescents *Annals of General Psychiatry* 2012; 11:17. Available at: www.annals-general-psychiatry.com/content/11/1/17
13. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (eds.) (2008) *Inequalities in young people's*

- health: HBSC international report from the 2005/06 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
14. Viner, R.M. et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 379, 1641–1652 (2012)
 15. Quon, E. C., & McGrath, J. J. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology* 2014; 33(5), 433-447. Available at: <http://dx.doi.org/10.1037/a0033716>
 16. Patton GC., Coffey C., Sawyer SM., Viner RM., Haller DM., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; vol 374 p 881-92.
 17. Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Theleritis C., Patelakis A., Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, 2013 Feb; 12(1): 53–59.
 18. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*. 2011; Oct 22;378(9801):1459.
 19. Kokkevi, A., M. Stavrou, E. Kanavou and A. Fotiou (2014). The Repercussions of the Economic Recession in Greece on Adolescents and their Families, Innocenti Working Paper No.2014-07, UNICEF Office of Research, Florence
 20. Kokkevi, A., Stavrou, M., Kanavou, E., Fotiou, A. Adolescents in the school environment. Series of Short Reports: Adolescents, Behaviours & Health. University Mental Health Research Institute. Athens, 2015 Health Behavior in School Age Children Greece 2014. Available at: http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/hbscgr.php
 21. Patton GC., Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 2007;Vol 369:1130-39
 22. Tylee A., Haller D.M., Graham T., Churchill R., Sanci L.A. Youth- friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet* 2007; vol 369 p 1565-1573
 23. European Commission. Report on health inequalities in the European Union. Brussels, September 2013. Available at: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf
 24. Kentikelenis A., Papanicolas I., Economic crisis, austerity and the Greek public health system. Viewpoint. *European Journal of Public Health*, 2011;vol 22;1;4-5

25. World Health Organization. Adolescent friendly health services: An agenda for change. Geneva:WHO;2002. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?ua=1
26. Royal College of Paediatrics and Child Health. Bridging the gaps: health care for adolescents. June, 2003. Available at: <http://rcpch.adlibhosting.com/files/Bridging%20the%20Gaps%20-%20Health%20Care%20for%20Adolescents%202003-06.pdf>
27. Ambresin A.E., Bennett K., Patton G.C., Sanci L.A., Sawyer S.M. Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives. Review article. Journal of Adolescent Health 2013; vol 52 p670-681
28. Kang M., Bernard D., Booth M., Quine S., Alpenstein G., Usherwood T., Bennett D. Access to primary care for Australian young people: service provider perspectives. British Journal of General Practice 2003; 53: 947-952

Παχυσαρκία

1. World Health Organization. Nutrition in adolescence –Issues and Challenges for the Health Sector. Issues in Adolescent Health and Development. 2005 Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43342/9241593660_eng.pdf;jsessionid=32835BEC379B2F36C360F4A4FAC6618B?sequence=1
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Evidence for gender responsive actions to prevent and manage overweight and obesity. Young people's health as a whole-of-society response. 2011. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/158101/316637_WHO_brochure_226x226_2-overweight_obesity.pdf
3. Rokholm B, Baker JL, Sørensen TI. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999--a review of evidence and perspectives. Obes Rev. 2010 Dec;11(12):835-46.
4. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet (London, England). 2015;385(9986):2510-2520.
5. Reilly J, Wilson M, Summerbell C, Wilson D. Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. Archives of Disease in Childhood. 2002;86(6):392-394.

6. Whitlock EP(1), Williams SB, Gold R, Smith PR, Shipman SA. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2005 Jul;116(1):e125-44.
7. Moschonis G, Chrousos GP, Lionis C, Mougios V, Manios Y. Healthy Growth Study group. Association of total body and visceral fat mass with iron deficiency in preadolescents: the Healthy Growth Study. *Br J Nutr*. 2012 Aug;108(4):710-9.
8. Weiss R, Caprio S. The metabolic consequences of childhood obesity. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2005 Sep;19(3):405-19.
9. Johnson W, Kuh D, Hardy R. A Life Course Perspective on Body Size and Cardio-metabolic Health. In: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, et al., editors. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2015. Chapter 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385361/> doi: 10.1007/978-3-319-20484-0_4.
10. Fatima Y., Doi SA., Mamun AA. Longitudinal impact of sleep on overweight and obesity in children and adolescents: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. *Obes Rev*. 2015 Feb;16(2):137-49.
11. Goodman E. Whitaker R.C. A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. *Pediatrics* Sep 2002, 110 (3) 497-504.
12. Mannan M., Mamun A., Doi S., Clavarino A. Prospective Associations between Depression and Obesity for Adolescent Males and Females- A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *PLoS One*. 2016 Jun 10;11(6):e0157240.
13. Matziou V, Hatira K, Perdikaris P, Zachos I, Mellou K, Bakoula C. Weight status and depressive symptoms in 18 year-old Greek adolescents. *Pediatric Reports*. 2010;2(2):e16.
14. Griffiths LJ, Wolke D, Page AS, Horwood JP. Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*. 2006;91(2):121-125.
15. Mihas, C. , Mariolis, A. , Manios, Y. , Naska, A. , Panagiotakos, D. , Arapaki, A. , Alevizos, A. , Mariolis-Sapsakos, T. and Tountas, Y. (2009), Overweight/obesity and factors associated with body mass index during adolescence: the VYRONAS study. *Acta Pædiatrica*, 98: 495-500.
16. Tsitsika AK., Andrie EK., Psaltopoulou T., Tzavara CK., Sergentanis TN., Ntanasis-

- Stathopoulos I., Bacopoulou F., Richardson C., Chrousos GP., Tsolia M. Association between problematic internet use, socio-demographic variables and obesity among European adolescents. *Eur J Public Health*. 2016 Aug;26(4):617-22.
17. Jelastopulu E, Kallianezos P, Merekoulias G, Alexopoulos EC, Sapountzi-Krepia D. Prevalence and risk factors of excess weight in school children in West Greece. *Nurs Health Sci*. 2012 Sep;14(3):372-80.
 18. Veltsista A, Kanaka C, Gika A, Lekea V, Roma E, Bakoula C. Tracking of overweight and obesity in Greek youth. *Obes Facts*. 2010 Jun;3(3):166-72.
 19. Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Ξανθάκη Μ., Σταύρου Μ., Καναβού Ε. Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους. Σειρά Θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011.
 20. Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Σταύρου Μ., Καναβού Ε. Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Σειρά Θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011.
 21. McCabe M.P., Fuller-Tyszkiewicz M., Mellor D., Ricciardelli L., Skouteris H., Mussap A. Body satisfaction among adolescents in eight different countries. *J Health Psychol*. 2012 Jul;17(5):693-701.
 22. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. Expert Committee. *Pediatrics*. 2007 Dec;120 Suppl 4:S164-92.
 23. Kirschenbaum DS., Gierut KJ. Five recent expert recommendations on the treatment of childhood and adolescent obesity: toward an emerging consensus-- a stepped care approach. *Child Obes*. 2013 Oct;9(5):376-85.
 24. Pratt HD., Tsitsika AK. Fetal, childhood, and adolescence interventions leading to adult disease prevention. *Prim Care*. 2007 Jun;34(2):203-17.
 25. Bacopoulou F., Landis G., Rentoumis A., Tsitsika A., Efthymiou V. Mediterranean diet decreases adolescent waist circumference. *Eur J Clin Invest*. 2017 Jun;47(6):447-455.

Ακούσιοι τραυματισμοί

1. Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A review of unintentional injuries in adolescents. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:195-212.

2. Mytton J, Towner E, Brussoni M, et al. Unintentional injuries in school-aged children and adolescents: lessons from a systematic review of cohort studies. *Injury Prevention* 2009; 15:111-124.
3. Smithson J, Garside R, Pearson M. Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Injury Prevention* 2011; 17:119-126.
4. Grossman, David C. "The History of Injury Control and the Epidemiology of Child and Adolescent Injuries." *The Future of Children* 10, no. 1 (2000): 23-52.
5. Bhuchar M, Kendrick D, Orton E, Whitehead J, Mhizha-Murira J, Clarkson M, Watson MC, Mulvaney CA, Staniforth JUL, Bhuchar M, Kendrick D. School-based education programmes for the prevention of unintentional injuries in children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 12. Art. No.: CD010246.DOI: 10.1002/14651858.CD010246.pub2.
6. Laflamme L , Hasselberg M, Burrows S. 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's—Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. Hindawi Publishing Corporation. *International Journal of Pediatrics*;2010, Article ID 819687, 23 pages.
7. Brenner R.A., Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Prevention of Drowning in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics* Aug 2003, 112 (2) 440-445.
8. Sleet DA, Moffett DB. Framing the problem: injuries and public health. *Fam Community Health*. 2009;32(2):88-97.
9. Valent F, Little D'A, Bertollini R, Nemer LE, Barbone F, Tamburlini G. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet* 2004; 363: 2032–39
10. Eurostat Statistics explained. Accidents and injuries statistics.2018.Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_and_injuries_statistics#Deaths_from_accidents.2C_injuries_and_assault
11. Engström K, Diderichsen F, Laflamme L. Socioeconomic differences in injury risks in childhood and adolescence: a nation-wide study of intentional and unintentional injuries in Sweden. *Injury Prevention* 2002;8:137-142.
12. Hingson RW, Heeren T, Jamanka A, Howland J. Age of Drinking Onset and Unintentional Injury Involvement After Drinking. *JAMA*. 2000;284(12):1527–

1533.

13. Agran P.F., Winn D, Anderson C, Trent R, Walton-Haynes L. Rates of Pediatric and Adolescent Injuries by Year of Age. *Pediatrics* Sep 2001, 108 (3) e45.
14. MacKenzie EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiol Rev.* 2000;22(1):112-9.
15. Miller TR., Romano EO., Spicer RS. The Cost of Childhood Unintentional Injuries and the Value of Prevention. *Unintentional injuries in childhood* 2000;10:1
16. Embree TE, Romanow NTR, Djerboua MS, et al. Risk Factors for Bicycling Injuries in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics* 2016;138(5):e20160282
17. Pike I, Piedt S, Warda L, et al .Developing injury indicators for Canadian children and youth: a modified-Delphi approach. *Injury Prevention* 2010;16:154-160.
18. E Towner, T Dowswell, S Jarvis. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. *Injury Prevention* 2001;7:161–164
19. E Towner, T Dowswell, S Jarvis. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2. *Injury Prevention* 2001;7:249–25

Κάπνισμα

1. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 2014;370:60–8
2. Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Ξανθάκη Μ., Καναβού Ε. Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011
3. Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Καναβού Ε, Σταύρου Μ, & Richardson C (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
4. Villanti AC., Mckay HS., Abrams DB., Holtgrave DR., Bowie JV. Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults. A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2010
5. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health.* 2009

6. Patnode CD., O'Connor E., Whitlock EP., Perdue LA., Soh C., Hollis J. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013 Feb 19;158(4):253-60
7. Wiehe SE., Garrison MM., Christakis DA., Ebel BE., Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health.* 2005 Mar;36(3):162-9.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013

Αλκοόλ

1. Marshall EJ. Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences, *Alcohol and Alcoholism*, Volume 49, Issue 2, March/April 2014, p 160–164.
2. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet.* 2011 Jun 18;377(9783):2093-102. Review. Erratum in: *Lancet.* 2011 Aug 6;378(9790):486.
3. Stolle M., Sack PM., Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence *Epidemiology, Consequences, and Interventions.*2009. *Deutsches Arzteblatt international.* 106. 323-8. 10.3238/arztebl.2009.0323.
4. Hingson RW, Heeren T, Jamanka A, Howland J. Age of Drinking Onset and Unintentional Injury Involvement After Drinking. *JAMA.* 2000;284(12):1527–1533.
5. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med.* 2011;8(2):e1000413. Published 2011 Feb 8.
6. Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, et al. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health.* 2015;25 Suppl 2(Suppl 2):69–72.
7. Κοκκέβη Ά., Φωτίου Α., Καναβού Ε., Σταύρου Μ. Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2015
8. Κοκκέβη Ά, Φωτίου Α, Καναβού Ε, Σταύρου Μ, & Richardson C (2016).

Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

9. Willy Pedersen, Tilmann von Soest. Adolescent Alcohol Use and Binge Drinking: An 18-Year Trend Study of Prevalence and Correlates. *Alcohol and Alcoholism* 2015.Vol. 50, No. 2, pp. 219–225.
10. Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., and Lobstein, T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction* 2017, 112: 7– 20.
11. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. 2009. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 44, No. 3, pp. 229–243.
12. Scalese M, Denoth F, Siciliano V, Bastiani L, Cotichini R, Cutilli A, Molinaro S. Energy Drink and Alcohol mixed Energy Drink use among high school adolescents: Association with risk taking behavior, social characteristics. *Addict Behav.* 2017 Sep;72:93-99.
13. Shih RA, Miles JN, Tucker JS, Zhou AJ, D'Amico EJ. Racial/ethnic differences in the influence of cultural values, alcohol resistance self-efficacy, and alcohol expectancies on risk for alcohol initiation. *Psychol Addict Behav.* 2012;26(3):460–470.
14. Tanner-Smith EE., Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2015;51:1-18.
15. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NM. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Aug 21;(8):CD007025.

Οδήγηση

1. Trends in transport accident mortality rates. *Health at a glance*, OECD 2013. Available at: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/trends-in-transport-accident-mortality-rates-selected-oecd-countries-1990-2011_health_glance-2013-graph11-en#page1
2. European Commission. *Mobility and Transport. Road Safety. SafetyNet* (2009)

- Novice Drivers, Available at:
http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/pdf/novice_drivers.pdf
3. Road safety in the European Union. Trends, statistics and main challenges. European Union. March 2015. Available at:
http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/vademecum_2015.pdf
 4. Eurostat. Statistics explained. Road safety statistics at regional level. Available at:
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Road_safety_statistics_at_regional_level
 5. The Teen Driver. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and Committee on Adolescence. Pefile:///C:/Users/Dell/Downloads/ReviewOfLitDriverEduEval2010.pdf
 diatrics 2006;118;2570 DOI: 10.1542/peds.2006-2830
 6. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Οδικά Τροχαία Ατυχήματα. Απρίλιος 2016. Available at:
http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=185652&_documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el
 7. N Kinnear, L Lloyd, S Helman, P Husband, J Scoons, S Jones, S Stradling, F McKenna, J Broughton, TRL PPR673. Novice drivers: Evidence review and Evaluation Pre-driver training, Graduated Driver Licensing. Transport Research Laboratory (TRL) findings. Department of Transport, UK. Available at:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/249282/novice-driver-research-findings.pdf
 8. Lonero L., Mayhew D. Teen driver safety. Review of the Literature on Driver Education Evaluation 2010 Update. AAA Foundation for Traffic Safety. (AAA: American Automobile Association) Available at:
<https://www.aaafoundation.org/sites/default/files/LSEDElitReview.pdf>
 9. Mortality from transport accidents. OECDiLibrary. Available at:

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/mortality-from-transport-accidents_health_glance-2013-9-en;jsessionid=3d2niamtifre4.x-oecd-live-03

10. Ελληνική Αστυνομία. Στατιστικά στοιχεία τροχαίας 2015. Αριθμός επικίνδυνων παραβάσεων ανά είδος. Σύγκριση 2014-2015. Available at: http://www.astynomia.gr/images/stories//2015/statistics15/troxaia2015_1.png
11. Royal Automobile Club of Victoria (RACV) Ltd. The effectiveness of driver training/education as a road safety measure. 2016 edition update. Available at: <https://www.racv.com.au/wps/wcm/connect/3fa1fb26-ebdf-4e14-9209-a5dbdd06d8f1/RACV-the-effectiveness-of-driver-training-education-as-a-road-safety-measure.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=3fa1fb26-ebdf-4e14-9209-a5dbdd06d8f1>
12. Russell K.F., Vandermeer B., Hartling L. Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. Cochrane database of systematic reviews, 2011. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003300.pub3/full>
13. Preventing Teen Motor Crashes: Contributions from the Behavioral and Social Sciences: Workshop Report. Program for a Workshop on Contributions from the Behavioral and Social Sciences in Reducing and Preventing Teen Motor Crashes, National Research Council. 2007 The National Academies Press. Wasington D.C. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9667/pdf/Bookshelf_NBK9667.pdf.
14. The Royal Society for the Prevention of Accidents. Pre-driver education and training. Policy paper. United Kingdom, 2012. Available at: <http://www.rospa.com/rospaweb/docs/advice-services/road-safety/teachers/pre-driver-education-policy-paper.pdf>

Ναρκωτικά

1. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016 Mar;3(3):251-64.
2. Hall WD, Patton G, Stockings E, Weier M, Lynskey M, Morley KI, Degenhardt L. Why young people's substance use matters for global health. *Lancet Psychiatry*. 2016 Mar;3(3):265-79.
3. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*. 2014;370(23):2219–2227.
4. Κοκκέβη Ά., Φωτίου Α., Καναβού Ε., Σταύρου Μ. Εξαρτητικές συμπεριφορές στην εφηβεία: Μέρος Α. Χρήση ουσιών. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2015.
5. Κοκκέβη Ά, Φωτίου Α, Καναβού Ε, Σταύρου Μ, & Richardson C (2016). Πανελλήνια Έρευνα στο Μαθητικό Πληθυσμό για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών και άλλες Εξαρτητικές Συμπεριφορές (16χρονοι) – Έρευνα ESPAD 2015. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
6. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ: Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(25): 425–31.
7. Li MC, Brady JE, DiMaggio CJ, Lusardi AR, Tzong KY, Li G. Marijuana use and motor vehicle crashes. *Epidemiol Rev*. 2012;34(1):65–72.
8. Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*. 2004 Oct;99(10):1333-41.
9. Broyd SJ, van Hell HH, Beale C, Yücel M, Solowij N. Acute and Chronic Effects of Cannabinoids on Human Cognition-A Systematic Review. *Biol Psychiatry*. 2016 Apr 1;79(7):557-67.
10. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002;325(7374):1195–1198.
11. Gage SH.,Hickman M., Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biol Psychiatry*. 2016; 79: 549-556

12. Di Forti M., Quattrone D., Freeman TP et al. the EU-GEI WP2 Group. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2019; May;6(5):427-436.

Ψυχική υγεία

1. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. Adolescents and mental health. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/
2. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of Adolescent Health*. 2016;59(4 Suppl):S49-S60.
3. Vikram Patel, Alan J Flisher, Sarah Hetrick, Patrick McGorry, Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369(9569): 1302-1313.
4. Gulliver A., Griffiths KM., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010;10:113.
5. Frasquilho D, Matos MG, Salonna F, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2016;16:115.
6. Pfoertner TK, Rathmann K, Elgar FJ, de Looze M, Hofmann F, Ottova-Jordan V, et al. Adolescents' psychological health complaints and the economic recession in late 2007: a multilevel study in 31 countries. *Eur J Public Health*. 2014;24(6):961-7.
7. Kapi A, Veltsista A, Kavadias G, Lekea V, Bakoula C. Social determinants of self-reported emotional and behavioral problems in Greek adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(7):594-8.
8. Mental Health and Addictions Scorecard and Evaluation Framework (MHASEF) Research Team. The Mental Health of Children and Youth in Ontario: A Baseline Scorecard. Institute for Clinical Evaluative Sciences. 2015. Available at: <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2015/Mental-Health-of-Children-and-Youth>

9. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven De Haan K, Sawyer M, Ainley J, Zubrick SR. The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Department of Health, Canberra. 2015. Available at: [https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/\\$File/child2.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9DA8CA21306FE6EDCA257E2700016945/$File/child2.pdf)
10. Magklara K., Bellos S., Niakas D., Stylianidis S., Kolaitis G., Mavreas V., Skapinakis P. Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry* 2015; 15:199
11. Sixty-Fifth-World health Assembly WHA65.4 Agenda item 13.2. 25 May 2012. The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Geneva: World Health Organization; 2012.
12. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(10):17943–52.
13. Lazaratou H, Dikeos DG, Anagnostopoulos DC, Soldatos CR. Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure. *Community Ment Health J.* 2010;46(3):289–95.
14. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *Eur Psychiatry.* 1993;8(3):139–46.
15. Zacharopoulou V, Tsironi M, Zyga S, et al. Depressive Symptoms Among Adolescent Students in Greek High Schools. *Health Psychol Res.* 2014;2(3):1962.
16. Duncan L, Boyle MH, Abelson J, Waddell C. Measuring Children’s Mental Health in Ontario: Policy Issues and Prospects for Change. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2018;27(2):88-98.
17. E. Coppens - I. Vermet - J. Knaeps - M. De Clerck I. De Schrijver - J.P. Matot - Ch. Van Audenhove. Adolescent mental health care in Europe: state of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE* network. Brussels December 2015. Available at: <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-UK-2015.pdf>
18. Renaud J, Séguin M, Lesage AD, Marquette C, Choo B, Turecki G. Service Use

and Unmet Needs in Youth Suicide: A Study of Trajectories. *Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2014;59(10):523-530.

19. While P, Roscoe A, Windfuhr K, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379:1005–1012.

Σεξουαλική υγεία

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Defining sexual health.2006 Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
2. Tulloch T., Kaufman M. Adolescent Sexuality. *Ped in Review* 2013;34;29.
3. World Health Organization. Developing sexual health programmes. A framework for action. 2010. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/
4. Creatsas, G. Improving adolescent sexual behavior: a tool for better fertility outcome and safe motherhood. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1997;58: 85-92.
5. Deligeoroglou E., Christopoulos P., Creatsas G. Contraception in adolescence. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Dec;1092:78-90.
6. Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Contraceptive use and consistency in U.S. teenagers' most recent sexual relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36(6):265–275.
7. Pringle J, Mills KL, McAteer J, et al. The physiology of adolescent sexual behaviour: A systematic review. *Cogent Soc Sci*. 2017;3(1):1368858.
8. WHO. Regional Office for Europe. HBSC. Sexual Health. Fact Sheet. 2016. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/319455/HBSC-factsheet-sexual-health.pdf?ua=1
9. WHO. Regional Office for Europe. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being. Health behaviour in school-aged children (hbsc) study: international report from the

2013/2014 survey. 2016

10. Guttmacher Institute. Adolescent Sexual and Reproductive Health in the United States. Fact Sheet. 2017. Available at: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adolescent-sexual-and-reproductive-health-in-united-states.pdf>
11. Κοκκέβη Ά., Φωτίου Α., Σταύρου Μ., Καναβού Ε. Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011
12. Tsitsika A, Greydanus D, Konstantoulaki E, Bountziouka V, Deligiannis I, Dimitrakopoulou V, Critselis E, Tounissidou D, Tsolia M, Papaevagelou V, Constantopoulos A, Kafetzis D. Adolescents dealing with sexuality issues: a cross-sectional study in Greece. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010 Oct;23(5):298-304.
13. Tsitsika A., Andrie E., Deligeoroglou E., Tzavara C., Sakou I., Greydanus D., Papaevangelou V., Tsolia M., Creatsas G., Bakoula C. Experiencing sexuality in youth living in Greece: contraceptive practices, risk taking, and psychosocial status. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014 Aug;27(4):232-9.
14. Creatsas GK. Sexuality: sexual activity and contraception during adolescence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1993 Dec;5(6):774-83.
15. World Health Organization. Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. Geneva, 2004. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42903/9241591455_eng.pdf;jsessionid=8D1EAF932A71666E1512D95030CC8D89?sequence=1
16. Creatsas GC. Adolescent pregnancy in Europe. *Int J Fertil Menopausal Stud*. 1995;40 Suppl 2:80-4
17. Creatsas G. Sequelae of premature sexual life. *J R Soc Med*. 1995 Jul;88(7):369-71.
18. Deligeoroglou E., Christopoulos P., Creatsas G. Pregnancy and abortion in greek adolescent gynecologic clinics. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2004;43 Suppl 4:37-40.
19. Creatsas G. Improving adolescent sexual behavior: a tool for better fertility outcome and safe motherhood. *Int J Gynaecol Obstet*. 1997 Jul;58(1):85-92.
20. Creatsas G., Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2002 Sep;7(3):167-72.
21. Hassan EA., Creatsas GC. Adolescent sexuality: a developmental milestone or risk-taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually

- transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000 Aug;13(3):119-24.
22. Madkour AS, Xie Y, Harville EW. The association between prepregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *J Adolesc Health*. 2013;53(3):413–419.
 23. Dittus PJ, Michael SL, Becasen JS, Gloppen KM, McCarthy K, Guilamo-Ramos V. Parental Monitoring and Its Associations With Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;136(6):e1587–e1599.
 24. Diorio C, RN, Pluhar E, Belcher L. Parent-Child Communication About Sexuality, *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children* 2003; 5:3-4, 7-32.
 25. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatr*. 2016;170(1):52–61. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2731
 26. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(11):CD006417.
 27. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet*. 2007 Apr 7;369(9568):1220-31.

Οι έφηβοι στις υπηρεσίες υγείας

Υπηρεσίες υγείας φιλικές προς τους εφήβους

Βασικά χαρακτηριστικά λειτουργίας υπηρεσιών φιλικών προς τους εφήβους

1. UNFPA/UNICEF/WHO. Youth friendly health services: Responding to the needs of young people in Europe. Homans H. 2003. Geneva. Switzerland
2. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA
Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 369(9572): 1565–73
3. Haller DM, Sanci LA, Patton GC, Sawyer SM. Toward youth friendly services: a survey of young people in primary care. *J Gen Intern Med.* 2007;22(6):775-81.
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. United Kingdom. Bridging the gaps: health care for adolescents. June, 2003. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychiatric-bulletin/article/bridging-the-gaps-health-care-for-adolescents/2F4A38C5C0AAC7E1711A62B5D5F1B9D2/core-reader#>
5. World Health Organization: Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 1: Standards and criteria. 2015 Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf?ua=1
6. World Health Organization. Primary Health Care. Main terminology. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>
7. Gauthier M, Issenman RM, Wilson I; Canadian Paediatric Society. Position statement. A model of paediatrics: Rethinking health care for children and youth. *Paediatric Human Resource Planning Committee. Paediatr Child Health* 2009;14(5): 319-25
8. Fleming Theresa, Elvidge J. Youth Health Services Literature Review: A rapid review of school based health services; community based youth specific health services & General Practice health care for young people.2010. Commissioned

- by Waitemata District Health Board. New Zealand. Available at:
<https://researchspace.auckland.ac.nz/handle/2292/16871>
9. World Health Organization: Adolescent friendly health services. An agenda for change. October 2002. Διαθέσιμο στο:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf;jsessionid=1C0F3601BE980AA109BA3B85144417E8?sequence=1
 10. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). Adolescent Health Services: Missing Opportunities. Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention, and Healthy Development, R.S. Lawrence, J. Appleton Gootman, and L.J. Sim, Editors. Board on Children, Youth, and Families. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
 11. Thomée S, Malm D, Christianson M, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services — a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive Health*. 2016;13:147.
 12. Chandra-Mouli V, Baltag V, Ogbaselassie L. Strategies to sustain and scale up youth friendly health services in the Republic of Moldova. *BMC Public Health*. 2013;13:284.
 13. World Health Organization-NHS Scotland. Youth-friendly health policies and services in the European Region. Sharing experiences. 2010. Editors: Baltag Valentina and Mathieson Alex. Available at:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf
 14. World Health Organization. Global consultation on adolescent friendly health services a consensus statement. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva, 7-9 March 2001. Available at:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_18/en/
 15. Macdonald NE. Adolescent access to healthcare. *Paediatr Child Health*. 2003;8(9):551–552.
 16. World Health Organization 2015. Policy brief. Building an adolescent-competent workforce. Available at:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183151/WHO_FWC_MCA_15.05_eng.pdf?sequence=1

17. World Health Organization 2015. Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers. ISBN 978 92 4 150831 5. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148354/9789241508315_eng.pdf;jsessionid=1B4F95EF13D7B61C10ECF9BE5A3D60F3?sequence=1
18. Payne D, Martin C, Viner R, Skinner R. Adolescent medicine in paediatric practice. *Arch Dis Child*. 2005;90(11):1133–1137.

Συζήτηση-Συμπεράσματα

1. Viner R M., Barker M. Young people’s health: the need for action. *BMJ* 2005; 330:901-903.
2. Tylee A., Haller D.M., Graham T., et al. Youth- friendly primary–care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet* 2007; 369:1565-73.
3. Patton GC., Coffey C., Cappa C., et al. Health of the world’s adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012; 379:1665-75.
4. Gore F.M., Patton GC., et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377:2093-102.
5. Macfarlane A., McPherson A. Primary health care and adolescence, editorial. *BMJ* 1995;311:825-6.
6. Patton GC., Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet* 2007; 369:1130-39.
7. Kleinert S. Adolescent health: an opportunity not to be missed. *Lancet* 2007; 369:1057-8.
8. Blum RW. Young people: not as healthy as they seem. *Lancet* 2009; 374: 853-4.
9. World Health Organization. Current trends in adolescent health in Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/news/news/2013/02/adolescence-a-unique-time-requiring-a-tailored-response/current-trends-in-adolescent-health-in-europe>.
10. Viner RM., Coffey C., Mathers C., et al. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet* 2011; 377: 1162 – 1174.
11. Due P., Lynch J., Holstein B., Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:692–98.

12. Swedish National Institute of Public Health. Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition. A 2011:11 ISBN (PDF) 978-91-7257-866-1 Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/1e1c21315ee84ef8baedc85f25bd8d9a/a2011-11-social-health-inequalities-in-swedish-children-and-adolescents.pdf>
13. Petanidou D., Giannakopoulos G., Tzavara C., et al. Identifying the sociodemographic determinants of subjective health complaints in a cross-sectional study of Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry* 2012; 11:17.
14. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (eds.) (2008) Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 Survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/pre-2009/inequalities-in-young-peoples-health.-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey>.
15. Vardavas CI, Kondilis BK, Patelarou E, Akrivos PD, Falagas ME. Health literacy and sources of health education among adolescents in Greece. *Int J Adolesc Med Health*. 2009 Apr-Jun;21(2):179-86.
16. Jain AV, Bickham D. Adolescent health literacy and the Internet: challenges and opportunities. *Curr Opin Pediatr*. 2014 Aug;26(4):435-9.
17. Sansom-Daly UM, Lin M, Robertson EG, Wakefield CE, McGill BC, Girgis A, Cohn RJ. Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2016 Jun;5(2):106-18.
18. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc*. 2018 Jan;62:116-127.
19. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009 Feb;163(2):131-40.
20. Michou M, Panagiotakos DB, Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: a systematic review. *Cent Eur J Public Health*. 2018 Sep;26(3):234-241.
21. Paakkari L, Inchley J, Schulz A, Weber MW, Okan O. Addressing health literacy in schools in the WHO European Region. *Public health panorama* 2019; 5:(2–3):123–329

22. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15: 259–67.
23. CDC. What is health literacy? Available at: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
24. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
25. Berkman ND., Davis TC., McCormack L. Health Literacy: What Is It?, *Journal of Health Communication* 2010;15:S2, 9-19.
26. Okan O, Lopes E, Bollweg TM, et al. Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2018;18(1):166.
27. Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2013;13(5):421–429.
28. McDaid D. Investing in health literacy: What do we know about the cobenefits to the education sector of actions targeted at children and young people? Policy briefs and summaries. World Health Organization Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. 2016.
29. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:1032-1038.
30. Vozikis A, Drivas K, Milioris K. Health literacy among university students in Greece: determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Arch Public Health*. 2014;72(1):15.
31. Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C, Costarelli V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *Int J Food Sci Nutr*. 2019 Dec;70(8):1007-1013.
32. Hoedebecke K, Beaman L, Mugambi J, et al. Health care and social media: What patients really understand. *F1000Res*. 2017;6:118.
33. Xesfingi S, Vozikis A. eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. *Interact J Med Res*. 2016 May 25;5(2):e16.
34. Manganello J A. Health Literacy and Adolescents: a framework and agenda for future

- Research. *Health Education Research* 2007; 23: 840–847
35. Bröder J, Okan O, Bauer U, et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models [published correction appears in *BMC Public Health*. 2017 May 9;17(1):419]. *BMC Public Health*. 2017;17(1):361.
 36. Lehrer JA., Pantell R., Tebb K., Shafer MA. Forgone Health Care among U.S. Adolescents: Associations between Risk Characteristics and Confidentiality Concern. *J Adolesc Health* 2007; 40(3):218–26.
 37. Anderson J E, Lowen C . Connecting youth with health services: Systematic review. *Can Fam Physician* 2010; 56:778–84.
 38. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*. 2015;15:291.
 39. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.
 40. Gunnell David, Kidger Judi, Elvidge Hamish. Adolescent mental health in crisis *BMJ* 2018; 361 :k2608
 41. Johnco C, Rapee RM. Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2018 Dec1;241:599-607.
 42. Kutcher S, Wei Y. Mental health and the school environment: secondary schools, promotion and pathways to care. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Jul;25(4):311-6.
 43. Salerno JP. Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *J Sch Health*. 2016;86(12):922–931.
 44. Κονδύλη Β., Μαγουλάς Χ., Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης Δ., (2009-2012). The European Health Literacy Project. Η Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Εγγραμματοσύνη σε Θέματα Υγείας. Available at: http://www.esdy.edu.gr/files/006_Koinoniologias/HLS_EU%20country%20report_Greece_2012_GR.pdf
 45. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.

46. Kampouroglou G, Velonaki VS, Pavlopoulou I, Drakou E, Kosmopoulos M, Kouvas N, Tsagkaris S, Fildissis G, Nikas K, Tsoumakas K. Parental anxiety in pediatric surgery consultations: the role of health literacy and need for information. *J Pediatr Surg*. 2019 Aug 8. pii: S0022-3468(19)30504-4.
47. Kondilis BK, Akrivos PD, Sardi TA, Soteriades ES, Falagas ME. Readability levels of health pamphlets distributed in hospitals and health centres in Athens, Greece. *Public Health*. 2010 Oct;124(10):547-52.
48. Cahill P., Papageorgiou A. Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *Br J Gen Pract*. 2007;57(544): 904–11.
49. Walker Z., Townsend J., Oakley L. et al. Health promotion for adolescents in primary care: randomized controlled trial. *BMJ* 2002; 325:524.
50. McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ* 2005; 330: 465-7.
51. Daley AM, Polifroni EC, Sadler LS. "Treat Me Like a Normal Person!" A Meta-Ethnography of Adolescents' Expectations of Their Health Care Providers. *J Pediatr Nurs*. 2017 Sep - Oct;36:70-83.
52. Jacobson L., Richardson G., Parry-Langdon N., Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. *Br J Gen Pract*. 2001; 51: 811–816.
53. Akinbami LJ., Gandhi H., Cheng TL. Availability of adolescent health services and confidentiality in primary care practices. *Pediatrics* 2003; 111(2):394-401.
54. Veit FC., Coffey CM., et al. Barriers to effective primary health care for adolescents. *Med J Aust*. 1996; 165(3):131-3.
55. Kang M., Bernard D., Booth M., et al. Access to primary care for Australian young people: service provider perspectives. *Br J Gen Pract*. 2003; 53: 947-952.
56. Melville AWT. Caring for adolescents. *Fam Pract* 1989;6:245-246.
57. Sanci L.A., Coffey C. M. M., Veit F. C. M. et al. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320(7229):224–230.
58. Jacobson LD., Wilkinson C., Owen PA. Is the potential of teenage consultations being missed? : a study of consultation times in primary care. *Fam Pract*. 1994;11(3):296-9.
59. McKee MD., Rubin E., Campos G., O'Sullivan L F. Challenges of Providing Confidential Care to Adolescents in Urban Primary Care: Clinician Perspectives. *Ann Fam Med*. 2011; 9(1):37-43.

60. Society for adolescent medicine: Confidential health care for adolescents: position paper of the society of adolescent medicine. *J Adolesc Health* 2004;35:160–67.
61. Kokkevi A., Stavrou M., Kanavou E., Fotiou A. (2014). The Repercussions of the Economic Recession in Greece on Adolescents and their Families, Innocenti Working Paper No.2014-07, UNICEF Office of Research, Florence. Available at: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/07_greek_layout.pdf.
62. Kang M., Bernard D., Booth M., et al. Access to primary care for Australian young people: service provider perspectives. *Br J Gen Pract.* 2003; 53: 947-52.
63. Larcher V. Consent, competence, and confidentiality. *BMJ* 2005; 330:353–56.
64. Bravender T., Price CN., English A. Primary care providers' willingness to see unaccompanied adolescents. *J Adolesc Health* 2004; 34(1):30-6.
65. European Commission. Report on health inequalities in the European Union. Brussels, 2013. Available at: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf.
66. Kentikelenis A., Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Viewpoint. Eur J Public Health* 2012; 22(1):4-5.
67. World Health Organization. Adolescent friendly health services: An agenda for change. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67923/1/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf
68. Ambresin A.E., Bennett K., Patton G.C., et al. Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn from Young People's Perspectives.

Γ. ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ABSTRACT

Περίληψη

Σκοπός: Η μελέτη έχει στόχο τη διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων των 15χρονων εφήβων από τη χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε μεγάλες πόλεις της Ελλάδας και τη διατύπωση προτάσεων βελτίωσης της συνήθους πρακτικής.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα των 15χρονων εφήβων μαθητών, που ζούσαν στις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας. Η δειγματοληψία έγινε με διαστρωμάτωση (stratification) βάσει γεωγραφικών κριτηρίων και δειγματοληψία μαθητών «κατά συστάδες» (cluster sampling), με χρήση των σχολείων ως «συστάδες» μαθητών. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με τη χορήγηση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 2019 μαθητές από τους 2342 μαθητές που ήταν το σύνολο των μαθητών των τμημάτων που επελέγησαν (βαθμός απόκρισης 86%). Τα κορίτσια αποτελούσαν το 54%. Το 92% των μαθητών είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα. Οι μισοί μαθητές (50%) ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν προβλήματα επικοινωνίας με τους γιατρούς που συνήθως επισκέπτονται. Οι αιτίες των προβλημάτων επικοινωνίας περιλαμβάνουν: α/ οργανωτικά θέματα, π.χ. ανεπαρκή χρόνο στη συνάντηση με τον/την γιατρό (17%), β/ θέματα σχετικά με την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα, π.χ. ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα να είναι ο/η έφηβος μόνος/η με τους γιατρούς (36%), έλλειψη εμπιστοσύνης των εφήβων ότι το περιεχόμενο της συζήτησης με τον/την γιατρό δεν θα αποκαλυφθεί στους γονείς τους (46%), γ/ έλλειψη κατανόησης της οπτικής τους, π.χ. ο/η γιατρός «δεν ενδιαφέρεται για τα προβλήματα μου» (15%), «δεν μου φέρεται με σεβασμό» (13%). Το φύλο του γιατρού είναι σημαντικό για περίπου το 1/3 των μαθητών του δείγματος της μελέτης (κορίτσια 48%, αγόρια 23%), με τα κορίτσια να προτιμούν γυναίκα γιατρό (54%).

Συμπέρασμα: Η μελέτη καταγράφει σημαντικά προβλήματα επικοινωνίας των εφήβων με τους γιατρούς και επισημαίνει τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εφήβους οφείλει να συνάδει με τις ανάγκες υγείας και πρόληψης και τις αναπτυξιακές ανάγκες της ηλικίας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες επικοινωνιακές δεξιότητες, να διατίθεται περισσότερος χρόνος στη συνάντηση, εμπιστευτικότητα και ιδιωτικότητα. Η τροποποίηση των σχετικών υπηρεσιών είναι απαραίτητη.

Λέξεις κλειδιά: Έφηβοι, επικοινωνία, εμπιστευτικότητα, φροντίδα υγείας.

Abstract

Purpose: This study aims to explore experiences and views of 15 year old adolescents on primary health care services in large cities in Greece, and make policy and practice recommendations.

Methods: A representative sample of 15-year old students, living in large cities of Greece, was selected using stratified cluster sampling. Information was collected using a structured questionnaire.

Results: The questionnaire was completed by 2019 of the 2342 students in the school classes selected (response rate 86%). Girls were 54%; 92% were born in Greece. Half of the students (50%) reported having communication problems with the physician(s) they usually visit. Reasons of communication problems included: a/organizational problems, e.g. inadequate consultation time (17%); b/privacy and confidentiality issues, e.g. not having the opportunity to be alone with the doctor (36%), lack of confidence that their discussion with the doctor will not be disclosed to their parents (46%); c/lack of understanding their perspective, e.g. the doctor “is not interested in my problems” (15%), he/she “does not treat me with respect” (13%). The gender of the physician is important for about one third of the students of the study sample (girls 48%, boys 23%), and girls tend to prefer a female doctor (54%).

Conclusions: This study shows important communication problems of adolescents and points out contributing factors. Adolescents need developmentally appropriate health care, professionals who can communicate effectively, more consultation time, confidentiality and privacy. Service provision should be accordingly modified.

Key words

Adolescents, communication, confidentiality, health care

Δ. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής μου επιτροπής την Κα Νικολαΐδου Καρπαθίου Π., τον Κο Παπαδημητρίου Α., και τον Κο Παναγιωτόπουλο Π. για την συνεισφορά τους στην ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής, αλλά και την Κα Παπαευαγγέλου Β., που αποδέχτηκε να συμμετέχει στην τριμελή συμβουλευτική επιτροπή, όταν αφυπηρέτησε η Κα Νικολαΐδου Καρπαθίου Π.

Πολύτιμη υπήρξε η συμβολή του Κου Παπαμιχαήλ Δ. στην επεξεργασία των δεδομένων.

Ευχαριστώ τους φίλους και συνεργάτες μου στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, στη Δ/ση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, που αμέριστα με υποστήριξαν σε όλη τη διαδρομή αυτού του εγχειρήματος.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την Κα Αντωνιάδου Κουμάτου Ιωάννα, που διαμόρφωσε πολύπλευρα τον τρόπο σκέψης και στάσης μου ως παιδίατρο και με ενέπνευσε και υποστήριξε να ξεκινήσω αυτήν την προσπάθεια.

Ε. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1.Ερωτηματολόγιο

A. Θυμήσου λίγο την τελευταία επίσκεψη σου στο γιατρό

(συμπλήρωσε με «χ»το αντίστοιχο τετραγωνάκι)

α1. Πόσος χρόνος έχει περάσει από την τελευταία φορά που πήγες στο γιατρό;

- | | |
|-----------------------|---|
| 1 μήνας | ↑ |
| 1 έως 6 μήνες | ↑ |
| 6 έως 12 μήνες | ↑ |
| Δεν ξέρω/ Δεν θυμάμαι | ↑ |

α2. Ποια ήταν η ειδικότητα του γιατρού στην τελευταία σου επίσκεψη;

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------|
| Παιδίατρος | ↑ | |
| Παθολόγος | ↑ | |
| Ωτορινολαρυγγολόγος | ↑ | |
| Ορθοπαιδικός | ↑ | |
| Άλλη ειδικότητα | ↑ | α2.1 Ποιά;..... |
| Δεν γνωρίζω/ δεν θυμάμαι | ↑ | |

α3. Ήταν άνδρας ή γυναίκα;

- | | |
|---------|---|
| Άνδρας | ↑ |
| Γυναίκα | ↑ |

α4. Σε ποιο χώρο έγινε η επίσκεψη στο γιατρό ;

- | | |
|----------------------------------|---|
| Σε ιατρείο του γιατρού | ↑ |
| Σε χώρο του ασφαλιστικού ταμείου | ↑ |
| Σε εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου | ↑ |
| Σε ιατρείο του Κέντρου Υγείας | ↑ |
| Δεν ξέρω /Δεν θυμάμαι | ↑ |

α5. Πόση ώρα περίμενες στον χώρο αναμονής για να μπεις στο ιατρείο;

- | | |
|----------------------|---|
| Λιγότερο από 5 λεπτά | ↑ |
| 5-15 λεπτά | ↑ |
| 16-30 λεπτά | ↑ |
| Πάνω από 30 λεπτά | ↑ |

α6. Ποια ήταν η αιτία της επίσκεψης;

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Παρακολούθηση ή/και εμβολιασμός | ↑ | |
| Ήμουν άρρωστος/η | ↑ | |
| Χρειαζόμουν βεβαίωση υγείας για
γυμναστήριο/ γυμναστική σχολείου | ↑ | |
| Άλλη αιτία | ↑ | α6.1 Ποιά;..... |
| Δεν θυμάμαι | ↑ | |

α7. Πόση ώρα έμεινες μέσα στο ιατρείο;

- | | |
|----------------------|---|
| Λιγότερο από 5 λεπτά | ↑ |
| 5-15 λεπτά | ↑ |
| 16-30 λεπτά | ↑ |
| Πάνω από 30 λεπτά | ↑ |

α8. Νομίζεις ότι ο χρόνος που έμεινες μέσα στο ιατρείο;

Ήταν πολύς ↑

Ήταν αρκετός ↑

Ήταν λίγος ↑

Ήταν πολύ λίγος

α9. Κατά την διάρκεια της επίσκεψης ήσουν μαζί με κάποιο ενήλικο;

Ναι ↑ α9.1 Ποιον;.....

Όχι ↑

α10. Ο γιατρός κατά την διάρκεια της επίσκεψης απευθυνόταν:

Μόνο σε εσένα ↑

Κυρίως σε εσένα ↑

Μόνο στο/ στη συνοδό σου ↑

Κυρίως στο/ στη συνοδό σου ↑

α11. Κατά την διάρκεια αυτής της τελευταίας επίσκεψης, τι συνέβη; (Συμπλήρωσε με «χ» στο αντίστοιχο τετραγωνάκι)

	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω
1. Αισθάνθηκα ότι είχα μια καλή κουβέντα με το γιατρό					
2. Ένοιωθα άνετα να κάνω ερωτήσεις					
3. Αισθάνθηκα ότι δεν δίνει αρκετή προσοχή σε αυτά που λέω					
4. Αισθάνθηκα ότι με θεωρεί ακόμη μικρό/ μικρή σε ηλικία					
5. Αισθάνθηκα ότι δεν υπήρχε χρόνος να συζητήσουμε άλλα θέματα, που με απασχολούν					
6. Νομίζω πως πολύς χρόνος χάθηκε σε πράγματα που δεν με αφορούν					
7. Αισθάνθηκα ότι ο γιατρός και εγώ δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε					
8. Νομίζω πως έδειξε υπομονή με τις ερωτήσεις μου					
9. Η εξέταση με έκανε να αισθάνομαι άβολα					
10. Ο γιατρός φρόντισε να μην με βλέπει κανείς κατά την διάρκεια της εξέτασης					
11. Ο γιατρός φρόντισε να μην μας ακούει κανείς κατά την διάρκεια της εξέτασης					

β6. Προτιμώ το άτομο να είναι:

Άνδρας	↑
Γυναίκα	↑
Δεν με νοιάζει	↑

β7. Σε ποιο χώρο γίνεται η επίσκεψη στο γιατρό;

Συνήθως στο ιατρείο του/ της γιατρού	↑
Συνήθως στο χώρο του ασφαλιστικού ταμείου	↑
Συνήθως στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείου	↑
Συνήθως στο ιατρείο του Κέντρου Υγείας	↑
Συνήθως σε διαφορετικό μέρος κάθε φορά	↑
Δεν ξέρω / Δεν θυμάμαι	↑

β8. Πόση ώρα συνήθως περιμένεις στον χώρο αναμονής για να μπεις στο ιατρείο;

Λιγότερο από 5 λεπτά	↑
5-15 λεπτά	↑
16-30 λεπτά	↑
Πάνω από 30 λεπτά	↑

β9. Πόση ώρα συνήθως μένεις μέσα στο ιατρείο;

Λιγότερο από 5 λεπτά	↑
5-15 λεπτά	↑
16-30 λεπτά	↑
Πάνω από 30 λεπτά	↑

β10. Ποιος συνήθως αποφασίζει ότι χρειάζεται να επισκεφτείς το γιατρό;

Η μητέρα μου	↑
Ο πατέρας μου	↑
Εγώ	↑
Εγώ με τους γονείς μου	↑
Άλλος	↑

β10.1 Ποιος;.....

β11. Έχεις ποτέ πάει μόνος /μόνη στο γιατρό σου;

Ναι	↑
Όχι	↑
Δεν ξέρω / Δεν θυμάμαι	↑

β12. Αντιμετωπίζεις πρόβλημα στην επικοινωνία με το γιατρό;

Ναι	↑
Όχι	↑

β13. Αν **ναι** τι από τα παρακάτω θεωρείς πρόβλημα; (συμπλήρωσε με «χ» όσες απαντήσεις θεωρείς ότι σε αφορούν)

1. Δεν έχω δικό μου γιατρό	
2. Ο γιατρός δεν μου δίνει αρκετό χρόνο	
3. Δεν υπάρχει απόρρητο. Αυτό που θα συζητήσουμε θα το μεταφέρει στους γονείς μου	
4. Δεν είμαι ποτέ μόνος/ μόνη με το γιατρό	
5. Ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται για τα προβλήματά μου	
6. Φόρτος εργασίας του γιατρού	
7. Ο γιατρός δεν γνωρίζει τα προβλήματα μου	
8. Δεν μιλάμε την ίδια γλώσσα με το γιατρό	
9. Δεν νομίζω ότι ο γιατρός είναι το πρόσωπο που θα πω τα προβλήματα μου	
10. Ο γιατρός δεν με αντιμετωπίζει με εκτίμηση και σεβασμό	
11. Οι γιατροί είναι αυταρχικοί και απόλυτοι	
12. Οι γιατροί κρίνουν αρνητικά τον τρόπο που ντύνομαι και φέρομαι	
13. Οι γιατροί νομίζουν ότι είμαι ακόμη μικρό παιδί και δεν καταλαβαίνω	

β14. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες σκέψεις. (Συμπλήρωσε με «χ» στο αντίστοιχο τετραγωνάκι τη γνώμη σου).

	Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω
1. Θα ήθελα κάποιες φορές να έχω την δυνατότητα να επισκέπτομαι μόνος/μόνη μου το γιατρό μου					
2. Θα ήθελα να συζητήσω μόνος/μόνη με το γιατρό μου κάποια θέματα					
3. Θα ήθελα κάποια θέματα να έμεναν μεταξύ μας, να ήταν απόρρητα					
4. Δεν μπορώ /δεν ξέρω πώς να κλείσω ραντεβού με το γιατρό					
5. Οι γονείς μου/ κηδεμόνες μου δεν θα με άφηναν να μιλήσω μόνος/μόνη μου σε γιατρό					
6. Ο χώρος αναμονής του ιατρείου με κάνει να αισθάνομαι άβολα					
7. Συνήθως περιμένω πολύ μέχρι να μπω στο ιατρείο					
8. Αισθάνομαι άβολα την ώρα της εξέτασης					
9. Δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να συζητήσουμε θέματα που θα ήθελα					
10. Δεν αισθάνομαι καθόλου άνετα να κάνω ερωτήσεις					
11. Οι γιατροί δεν μου εξηγούν καλά τι έχω και τι πρέπει να κάνω					

β15. Ποια θέματα έχεις ανάγκη να συζητήσεις; (συμπλήρωσε με «χ» στο αντίστοιχο τετραγωνάκι όλα τα θέματα)

	Θέλω να συζητήσω	Το έχω ήδη συζητήσει	Δε με απασχολεί
1. Για το βάρος μου			
2. Για το ύψος μου			
3. Για την διατροφή μου			
4. Για το δέρμα μου (ακμή κλπ)			
5. Για τις αλλαγές που γίνονται στο σώμα μου			
6. Ότι το σώμα μου δεν μου αρέσει			
7. Για αθλητισμό και αγωνίσματα			
8. Για το κάπνισμα			
9. Για τα οινοπνευματώδη ποτά			
10. Για τα ναρκωτικά			
11. Θέματα σχετικά με το σεξ, την αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα			
12. Για τον ύπνο μου. Δεν κοιμάμαι πολύ εύκολα			
13. Για το ότι έχω πολύ άγχος			
14. Για το ότι θυμώνω συχνά			
15. Για το ότι συχνά αλλάζω διάθεση			
16. Για το ότι αισθάνομαι συχνά μόνος/ μόνη και θλιμμένος/η			
17. Ότι μερικές φορές σκέφτομαι ακόμη και να τραυματίσω τον εαυτό μου			
18. Για τις δυσκολίες που έχω να εκφράσω τα συναισθήματα μου			
19. Σχέσεις με την οικογένεια/ γονείς			
20. Σχέσεις με τους φίλους μου			
21. Για το θέμα της ανεξαρτησίας μου			
22. Για άλλο θέμα, όπως.....			

β16. Είσαι ικανοποιημένος /η με την ιατρική φροντίδα που έχεις συναντήσει;

Πολύ ↑
 Αρκετά↑
 Μέτρια ↑
 Καθόλου ↑

Γ. Με αυτές τις τελευταίες ερωτήσεις θα προσπαθήσουμε να σε γνωρίσουμε λίγο καλύτερα:

γ1. Είσαι αγόρι ή κορίτσι;

Αγόρι ↑

Κορίτσι

γ2. Πότε γεννήθηκες; (ημερομηνία) ____/____/____

γ3. Που γεννήθηκες; (πόλη, χώρα)

γ4. Που μένεις; (πόλη-χωριό)

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν το σπίτι και την οικογένειά σου:

γ5. Πόσα άτομα, μαζί με εσένα, μένετε στο σπίτι;

γ6. Έχεις αδέρφια; Ναι ↑ Όχι ↑ γ6.1 Πόσα;.....

γ7. Έχεις δικό σου δωμάτιο; Ναι ↑ Όχι ↑

γ8. Έχεις εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι; Ναι ↑ Όχι ↑

γ8.1 Πόσο συνήθως;..... ευρώ

γ9. Μένεις και με τους δύο γονείς σου; Ναι ↑ Όχι ↑

γ9.1 Αν όχι με ποιόν μένεις:

γ10. Αν απάντησες «όχι» ποιος ο λόγος που συμβαίνει αυτό;

{διαφορετικά προχώρησε στην επόμενη ερώτηση}

Διαζύγιο/ διάσταση γονέων ↑

Θάνατος πατέρα ↑

Θάνατος μητέρας ↑

Άλλος λόγος γ10.1 Ποιος λόγος;

γ11. Σε ποια χώρα γεννήθηκαν οι γονείς σου;

1. Πατέρας.....

2. Μητέρα.....

γ12. Ποια είναι η ηλικία των γονιών σου;

1. Πατέρας ετών Δεν γνωρίζω

2. Μητέρα ετών Δεν γνωρίζω

γ13. Ποια τάξη σχολείου ή Σχολής έχουν τελειώσει οι γονείς σου;

	Μητέρα	Πατέρας
1. Δεν τελείωσε το Δημοτικό		
2. Απόφοιτος Δημοτικού		
3. Απόφοιτος Γ' Γυμνασίου		
4. Απόφοιτος Λυκείου		
5. Απόφοιτος Ανώτερης Σχολής		
6. Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής		
7. Άλλο		
7.1 Εάν «άλλο» Τι;
8. Δεν γνωρίζω		

γ14. Έχετε κάποια ασφάλεια από Ασφαλιστικό ταμείο/ Ταμείο Υγείας ή Ιδιωτική ασφάλιση;

- Ασφαλιστικό Ταμείο
- Ιδιωτική ασφάλιση
- Ιδιωτική ασφάλιση και ασφαλιστικό ταμείο
- Δεν ξέρω/ δεν θυμάμαι

γ15. Εάν είστε ασφαλισμένοι σε Ασφαλιστικό ταμείο, ποιο είναι αυτό;

ΙΚΑ ΟΓΑ ΤΕΒΕ
 ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΠΟΡΙΑΣ Άλλο εν θυμάμαι

γ15.1 Εάν «άλλο»: Ποιο;.....

Δ. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν θέματα της υγείας σου

δ1. Πως θα περιέγραφες την κατάσταση της υγείας σου;

Πολύ καλή
 Καλή
 Μέτρια
 Κακή
 Δεν ξέρω

δ2. Μήπως έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας που σε απασχολεί;

Ναι Όχι

δ2.1 Εάν **ναι** ποιο είναι αυτό (ή αυτά);

α).....
 β).....
 γ).....
 δ).....

δ3. Έχεις νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ3.1 Εάν **ναι** για ποιο λόγο;

α).....

β).....

γ).....

δ).....

δ4. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες τραυματίστηκες ή έπαθες κάποιο ατύχημα, ώστε να χρειαστείς ιατρική βοήθεια;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ4.1 Αν **ναι** τι συνέβη;.....

δ5. Τι βάρος έχεις; κιλά περίπου.

δ6. Τι ύψος έχεις; εκατοστά περίπου

δ7. Τι γνώμη έχεις για το βάρος σου;

Είναι κανονικό ↑

Θα ήθελα να ήταν περισσότερο ↑

Θα ήθελα να ήταν λιγότερο ↑

δ8. Έχεις ποτέ προσπαθήσει να κάνεις κάτι για το βάρος σου;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ8.1 Εάν **ναι** τι;

Να πάρεις βάρος ↑

Να χάσεις βάρος ↑

Να μείνεις στο ίδιο βάρος ↑

δ9. Τι γνώμη έχεις για το ύψος σου;

Είναι κανονικό ↑

Θα ήθελα να ήταν περισσότερο ↑

Είμαι αρκετά ψηλός/ ή ↑

Λίγες ερωτήσεις για την διατροφή σου.....

δ10. Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα. Από τις 7 μέρες, πόσες μέρες τρως συνήθως;

➤ Κανονικό πρωινό.....	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Κάτι αγορασμένο από την καντίνα του σχολείου σου.....	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Χάμπουργκερ (από φαστ φουντ)	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Σαλάτα.....	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Γλυκό.....	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Σουβλάκι (από σουβλατζίδικο)	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Αναψυκτικό ή χυμό (με ζάχαρη).....	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Φρούτο.....	0	1	2	3	4	5	6	7
➤ Πίνεις γάλα.....	0	1	2	3	4	5	6	7

για το κάπνισμα.....

δ11. Ποιο από τα παρακάτω ισχύει περισσότερο για σένα;

(Συμπλήρωσε μόνο μία απάντηση)

- Δεν έχω καπνίσει ποτέ, ούτε μια ρουφηξιά
- Έχω μόνο δοκιμάσει να καπνίσω μια-δυο φορές
- Έχω καπνίσει μερικές φορές, αλλά δεν καπνίζω πια
- Κάπνιζα παλιά, αλλά τώρα το έχω σταματήσει
- Καπνίζω μερικές φορές, αλλά λιγότερο από 1 τσιγάρο **την εβδομάδα**
- Καπνίζω συνήθως από 1 έως 6 τσιγάρα **την εβδομάδα**
- Καπνίζω συνήθως πάνω από 6 τσιγάρα **την εβδομάδα**

δ12. Ποιο από τα παρακάτω ισχύει περισσότερο για σένα;

(Συμπλήρωσε μόνο μία απάντηση)

- Δεν καπνίζω
- Καπνίζω και θέλω να το σταματήσω
- Καπνίζω και **δεν** θέλω να το σταματήσω
- Καπνίζω και δεν είμαι σίγουρος/ η αν θέλω να το σταματήσω

δ13. **Εάν καπνίζεις ή κάπνιζες**, τι ηλικία είχες όταν κάπνισες για πρώτη φορά;

(Εάν δεν καπνίζεις ή δεν κάπνιζες ποτέ, άφησέ το κενό)

- κάτω από 10 χρονών
- 11-14 χρονών
- πάνω από 15 χρονών
- δεν θυμάμαι

για το αλκοόλ.....

δ14. Έχεις ποτέ πει ποτό με αλκοόλ;

Ναι Όχι

δ14.1 Αν **ναι**, τι ηλικία είχες όταν ήπιας για πρώτη φορά ποτό με αλκοόλ;

- κάτω από 10 χρονών
- 11-14 χρονών
- πάνω από 15 χρονών
- δεν θυμάμαι

δ15. Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα: Από τις 7 ημέρες, πόσες μέρες πίνεις αλκοόλ;

0 1 2 3 4 5 6 7

δ16. Κατά την διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες ημέρες ήπιας **παραπάνω από ένα** αλκοολούχο ποτό την ημέρα;

- Καμιά ημέρα
- 1 ή 2 ημέρες
- 3-5 ημέρες
- 6-9 ημέρες
- 10-19 ημέρες
- 20-29 ημέρες

Όλες τις 30 ημέρες ↑

για τα ναρκωτικά.....

δ17. Σου έχουν ποτέ προσφέρει ναρκωτικά;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ18. Έχεις ποτέ, έστω και μια φορά, χρησιμοποιήσει ναρκωτικά;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ18.1 Αν «ναι», ποια ουσία;.....

δ19. Πόσο εύκολο θα ήταν για σένα να βρεις ναρκωτικά, αν το επιθυμούσες;

Πολύ εύκολο ↑

Αρκετά εύκολο ↑

Αρκετά δύσκολο ↑

Πολύ δύσκολο ↑

δ20 Θα αναζητούσες περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά;

Ναι θα αναζητούσα ↑

Όχι ξέρω αρκετά ↑

Όχι δεν με ενδιαφέρει ↑

δ21. Αν ήθελες, που θα έψαχνες περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά;

(Συμπλήρωσε όσες απαντήσεις θεωρείς ότι σε αφορούν)

1. Θα ρώταγα τους γονείς μου	
2. Θα ρώταγα το γιατρό μου	
3. Θα ρώταγα τους φίλους μου	
4. Θα ρώταγα ένα καθηγητή μου	
5. Θα ρώταγα κάποιο συγγενή μου	
6. Θα έψαχνα πληροφορίες από το internet/web	
7. Θα έψαχνα πληροφορίες σε περιοδικά ή βιβλία	

για την οδήγηση.....

δ21. Έχεις ποτέ οδηγήσει μηχανάκι;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ22. Έχεις ποτέ οδηγήσει αυτοκίνητο;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ23. Έχεις δίπλωμα οδήγησης για μηχανάκι;

Ναι ↑ Όχι ↑

δ24. Όταν είσαι επιβάτης σε αυτοκίνητο χρησιμοποιείς ζώνη ασφαλείας;

Ποτέ ↑

Σπάνια ↑

Τις περισσότερες φορές ↑

Πάντα ↑

δ25. Όταν είσαι επιβάτης ή οδηγός σε μηχανάκι, χρησιμοποιείς κράνος;

Ποτέ ↑

Σπάνια ↑

Τις περισσότερες φορές ↑

Πάντα ↑

Δεν έχω ανέβει ποτέ σε μηχανάκι ↑

για την διάθεσή σου.....

δ26. Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά ένοιωθες λυπημένος /η;

Ποτέ ↑

Σπάνια ↑

Τις περισσότερες φορές ↑

Πάντα ↑

δ27. Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά είχες πρόβλημα με τον ύπνο σου, δηλαδή δεν μπορούσες να κοιμηθείς ή ξυπνούσες εύκολα ή κοιμόσουν υπερβολικά;

Ποτέ ↑

Σπάνια ↑

Τις περισσότερες φορές ↑

Πάντα ↑

δ28. Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά ένοιωσες άσχημα για τον εαυτό σου, ότι έχεις αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσες την οικογένειά σου;

Ποτέ ↑

Σπάνια ↑

Τις περισσότερες φορές ↑

Πάντα ↑

για τις σχέσεις σου με το άλλο φύλο.....

δ29. Είχες ποτέ σεξουαλική επαφή;

Ναι ↑ Όχι ↑

2. Επιστολή για τους γονείς

Επιστολή για τους γονείς

Αγαπητέ γονέα,

Η εφηβεία αποτελεί για κάθε άτομο μια περίοδο σημαντικών σωματικών, συναισθηματικών και νοητικών αλλαγών. Τα ποικίλης φύσεως θέματα των εφήβων είναι βέβαιο ότι απαιτούν πολυδιάστατη αντιμετώπιση.

Οι επαγγελματίες υγείας και οι υπηρεσίες υγείας μπορούν, να αποτελέσουν ένα σημαντικό μέρος του ιστού φροντίδας των εφήβων.

Η εμπειρία και η άποψη των ίδιων των εφήβων από την επαφή τους με τους γιατρούς και τις υπηρεσίες υγείας κρίνεται ως εξαιρετικά σημαντική και ως εκ τούτου απαραίτητο να καταγραφεί ώστε να διαπιστωθούν οι ανάγκες τους.

Για τον σκοπό αυτό και στα πλαίσια διδακτορικής έρευνας υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου της Αθήνας (Τομέας Επιστημών Υγείας-Ιατρική Σχολή) θα ζητηθεί από μαθητές της Α Λυκείου να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο. **Το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο** και τα παιδιά θα το συμπληρώσουν στο σχολείο.

Η συμμετοχή του παιδιού σας στην μελέτη είναι πολύ σημαντική και θα βοηθήσει στην εξαγωγή συμπερασμάτων. Ελπίζουμε στη συνεργασία σας.

Για τυχόν περαιτέρω διευκρινήσεις μπορείτε να επικοινωνείτε με την Κα Ξεκαλάκη στα τηλέφωνα 210 7233872 και 210 7231734

Δήλωση συγκατάθεσης

Ο κάτωθι υπογράφων γονέας/κηδεμόνας του/της μαθητή/μαθήτριας

.....

δηλώνω ότι επιθυμώ το παιδί μου να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο.

Ο γονέας/κηδεμόνας

Υπογραφή.....

3. Πίνακες Παραρτήματος

Πίνακας Π1: Ερωτήσεις σχετικά με την τελευταία επίσκεψη του/της έφηβου σε γιατρό κατά φύλο.

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
α01‡: Χρόνος από τελευταία ιατρική επίσκεψη				
1 μήνας	389 (45,6, 41,2-50,0)	484 (47,7, 43,2-52,2)	873 (46,7, 43,1-50,4)	0,480
1-6 μήνες	380 (44,5, 39,8-49,4)	447 (44,0, 39,7-48,5)	827 (44,3, 40,7-47,9)	
6-12 μήνες	84 (9,8, 7,9-12,2)	84 (8,3, 6,4-10,7)	168 (9,0, 7,5-10,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	853	1015	1868	
α02g†: Ειδικότητα ιατρού τελ. επ.				
Παιδίατρος	205 (23,2, 19,6-27,1)	240 (22,6, 19,7-25,9)	445 (22,9, 20,4-25,5)	<0,001
Παθολόγος	297 (33,6, 30,2-37,1)	393 (37,0, 33,2-41,1)	690 (35,5, 32,5-38,6)	
Ωτορινολαρυγγολόγος	35 (4,0, 2,7-5,7)	43 (4,1, 3,0-5,4)	78 (4,0, 3,2-5,0)	
Ορθοπαιδικός	109 (12,3, 10,1-15,0)	71 (6,7, 5,1-8,8)	180 (9,2, 7,7-11,0)	
Γυναικολόγος	0	38 (3,6, 2,6-4,9)	38 (2,0, 1,4-2,7)	
Δερματολόγος	35 (3,6, 2,5-5,2)	52 (4,9, 3,5-6,8)	84 (4,3, 3,3-5,6)	
Καρδιολόγος	55 (6,2, 4,2-9,1)	48 (4,5, 3,1-6,5)	103 (5,3, 4,0-6,9)	
Οδοντίατρος/Ορθοδοντικός	63 (7,1, 5,3-9,6)	65 (6,1, 4,5-8,3)	128 (6,6, 5,3-8,2)	
Οφθαλμίατρος	31 (3,5, 2,5-4,9)	53 (5,0, 3,6-6,9)	84 (4,3, 3,3-5,6)	
Άλλη ειδικότητα	58 (6,6, 5,0-8,6)	58 (5,5, 4,1-7,2)	116 (6,0, 4,8-7,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	885	1061	1946	
α03: Φύλο ιατρού τελ. επίσκεψης				
Άνδρας	631 (68,7, 65,4-71,9)	692 (63,5, 59,8-67,2)	1323 (65,9, 63,2-68,5)	0,026
Γυναίκα	287 (31,3, 28,1-34,6)	397 (36,5, 32,8-40,2)	684 (34,1, 31,5-36,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	918	1089	2007	
α04‡: Χώρος τελευταίας ιατρ. επ.				
Σε ιατρείο του γιατρού	684 (76,1, 71,9-79,9)	779 (73,2, 69,3-76,8)	1463 (74,5, 71,4-77,4)	0,130
Σε χώρο του ασφαλιστικού ταμείου	88 (9,8, 7,4-12,8)	14 (1,3, 1,0-16,2)	229 (11,7, 9,7-13,9)	
Σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου	67 (7,5, 5,7-9,6)	87 (8,2, 6,6-10,2)	154 (7,8, 6,5-9,5)	
Σε ιατρείο του Κέντρου Υγείας	60 (6,7, 4,7-9,4)	57 (5,4, 4,1-6,9)	117 (6,6, 4,8-7,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	889	1064	1963	
α05: Χρόνος αναμονής				
<5 λεπτά	201 (21,8, 18,7-25,3)	225 (20,6, 18,1-23,4)	426 (21,2, 19,1-23,4)	0,182
5-15 λεπτά	389 (42,2, 38,9-45,6)	481 (44,1, 40,8-47,4)	870 (43,2, 40,8-45,7)	
16-30 λεπτά	188 (20,4, 17,8-23,2)	248 (22,7, 19,9-25,8)	436 (21,7, 19,6-23,9)	
>30 λεπτά	144 (15,6, 12,8-28,9)	137 (12,6, 10,2-15,3)	281 (14,0, 11,9-16,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	922	1091	2013	
α06‡: Αιτία της τελευταίας ιατρ. επ.				
Παρακολούθηση ή/και εμβολιασμός	170 (19,0, 16,6-21,7)	267 (24,9, 22,0-28,0)	437 (22,2, 20,2-24,4)	0,006
Ήμουν άρρωστος/η	204 (22,8, 19,5-26,4)	271 (25,3, 21,9-29,0)	475 (24,1, 21,6-26,8)	
Βεβαίωση υγείας για γυμναστική	331 (37,0, 33,0-41,1)	322 (30,0, 26,4-33,9)	653 (33,2, 30,3-36,3)	
Άλλη αιτία	190 (21,2, 18,7-24,0)	212 (19,8, 16,8-23,1)	402 (20,4, 18,5-22,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	895	1072	1967	
α07: Χρόνος παραμονής μέσα στο ιατρείο				
<5 λεπτά	142 (15,4, 13,5-22,5)	120 (11,0, 9,1-13,3)	262 (13,0, 11,7-14,4)	0,042
5-15 λεπτά	520 (56,3, 53,1-59,4)	642 (58,9, 55,6-62,1)	1162 (57,7, 55,4-59,9)	
16-30 λεπτά	205 (22,2, 19,5-25,1)	266 (24,4, 22,1-26,9)	471 (23,4, 21,7-25,2)	
>30 λεπτά	57 (6,2, 4,8-7,9)	62 (5,7, 4,3-7,4)	119 (5,9, 4,8-7,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	924	1090	2014	
α08: Νομίζεις ότι ο χρόνος μέσα στο ιατρείο				
Ήταν πολύς	46 (5,0, 3,6-6,8)	49 (4,5, 3,5-5,7)	95 (4,7, 4,0-5,6)	0,903
Ήταν αρκετός	634 (68,8, 65,3-72,1)	767 (70,3, 67,5-73,0)	1401 (69,6, 67,6-71,5)	
Ήταν λίγος	196 (21,3, 18,4-24,4)	222 (20,3, 18,1-22,8)	418 (20,8, 19,1-22,5)	
Ήταν πολύ λίγος	46 (5,0, 3,8-6,6)	53 (4,9, 3,6-6,5)	99 (4,9, 4,0-6,1)	
ΣΥΝΟΛΟ	922	1091	2013	
α09: Συνοδός ενήλικος				
Ναι	714 (77,2, 73,4-80,5)	948 (87,0, 84,2-89,3)	1662 (82,5, 80,0-84,7)	<0,001
Όχι	211 (22,8, 19,5-26,6)	142 (13,0, 10,7-15,8)	353 (17,5, 15,3-20,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	925	1090	2015	

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
α10: Ο γιατρός απευθυνόταν Μόνο σε εσένα Κυρίως σε εσένα Μόνο στο/η συνοδό σου Κυρίως στο/η συνοδό σου ΣΥΝΟΛΟ	270 (29,5, 25,4-34,0) 502 (54,8, 50,5-59,0) 28 (3,1, 2,0-4,6) 116 (12,7, 10,2-15,6) 916	226 (20,8, 18,1-23,8) 717 (65,9, 62,7-68,9) 18 (1,7, 1,1-2,6) 127 (11,7, 9,7-14,0) 1088	496 (24,8, 22,1-27,6) 1219 (60,8, 57,9-63,7) 46 (2,3, 1,7-3,0) 243 (12,1, 10,5-13,9) 2004	<0,001
α11: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας επίσκεψης, τι συνέβη;				
α11q01±: Αισθάνθηκα ότι είχα μια καλή κουβέντα με το γιατρό. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	562 (63,7, 60,7-66,6) 222 (25,2, 22,4-28,2) 59 (6,7, 5,1-8,8) 39 (4,4, 3,2-6,0) 882	637 (62,0, 58,0-65,9) 262 (25,5, 22,4-28,9) 68 (6,6, 5,2-8,3) 60 (5,8, 4,5-7,5) 1067	1199 (62,8, 60,0-65,5) 484 (25,4, 22,9-28,0) 127 (6,7, 5,5-8,0) 99 (5,2, 4,2-6,4) 1909	0,640
α11q02±: Ένιωθα άνετα να κάνω ερωτήσεις. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	490 (55,2, 51,3-59,0) 265 (29,8, 26,9-32,9) 75 (8,4, 6,5-11,0) 58 (6,5, 4,9-8,7) 888	532 (51,0, 47,3-54,6) 265 (25,4, 22,9-28,0) 123 (11,8, 9,9-14,0) 124 (11,9, 9,3-15,0) 1044	1022 (52,9, 50,3-55,5) 530 (27,4, 25,6-29,3) 198 (10,2, 8,8-11,9) 182 (9,4, 7,7-11,5) 1932	<0,001
α11q03±: Αισθάνθηκα ότι δεν δίνει αρκετή προσοχή σε αυτά που λέω. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	50 (5,6, 4,2-7,3) 74 (8,2, 6,7-10,2) 141 (15,7, 13,2-18,6) 632 (70,5, 67,0-73,7) 897	78 (7,5, 5,9-9,4) 62 (5,9, 4,6-7,7) 142 (13,6, 11,7-15,7) 762 (73,0, 70,1-75,7) 1044	128 (6,6, 5,6-7,7) 136 (7,0, 6,0-8,2) 283 (14,6, 13,1-16,2) 1394 (71,8, 69,8-73,8) 1941	0,085
α11q04±: Αισθάνθηκα ότι με θεωρεί ακόμη μικρό/ μικρή σε ηλικία. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	67 (7,7, 6,0-9,8) 85 (9,7, 7,9-11,9) 189 (21,6, 18,4-25,3) 532 (60,9, 58,0-63,8) 873	89 (8,7, 6,8-11,0) 117 (11,4, 9,6-13,4) 218 (21,2, 18,8-23,9) 602 (58,7, 55,3-61,9) 1026	156 (8,2, 6,9-9,8) 202 (10,6, 9,3-12,2) 407 (21,4, 19,4-23,6) 1134 (59,7, 57,5-61,9) 1899	0,547
α11q05: Αισθάνθηκα ότι δεν υπήρχε χρόνος να συζητήσουμε άλλα θέματα, που με απασχολούν. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ Δεν ξέρω ΣΥΝΟΛΟ	192 (20,8, 18,1-23,7) 138 (14,9, 12,6-17,5) 179 (19,4, 16,6-22,4) 326 (35,2, 32,0-38,6) 90 (9,7, 7,8-12,0) 925	191 (17,6, 15,0-20,6) 127 (11,7, 10,3-13,3) 201 (18,5, 16,2-21,1) 484 (44,6, 41,9-47,4) 81 (7,5, 6,1-9,1) 1084	383 (19,1, 17,2-21,1) 265 (13,2, 11,9-14,6) 380 (18,9, 17,2-20,8) 810 (40,3, 38,3-42,3) 171 (8,5, 7,3-9,9) 2009	0,002
α11q06±: Νομίζω πως πολύς χρόνος χάθηκε σε πράγματα που δεν με αφορούν. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	59 (6,6, 5,1-8,5) 63 (7,1, 5,6-8,9) 172 (19,3, 17,4-21,4) 596 (67,0, 64,3-69,5) 890	62 (5,9, 4,4-7,9) 70 (6,7, 5,4-8,2) 143 (13,6, 11,6-15,8) 776 (73,8, 71,1-76,4) 1051	121 (6,2, 5,1-7,5) 133 (6,9, 5,9-7,9) 315 (16,2, 14,8-17,8) 1372 (70,7, 68,9-72,4) 1941	0,005

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
α11q07‡: Αισθάνθηκα αδυναμία επικοινωνίας. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	45 (5,1, 3,8-6,6) 54 (6,1, 4,7-7,8) 149 (16,7, 14,3-19,5) 643 (72,2, 68,5-75,5) 891	61 (5,8, 4,4-7,7) 79 (7,5, 6,1-9,3) 144 (13,8, 11,9-15,8) 763 (72,9, 69,7-75,9) 1047	106 (5,5, 4,5-6,6) 133 (6,9, 5,7-8,2) 293 (15,1, 13,7-16,6) 1406 (72,5, 70,1-74,8) 1938	0,194
α11q08: Νομίζω πως έδειξε υπομονή με τις ερωτήσεις μου. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ Δεν ξέρω ΣΥΝΟΛΟ	397 (43,2, 40,0-46,5) 265 (28,8, 26,2-31,7) 73 (7,9, 6,1-10,3) 97 (10,6, 8,8-12,6) 87 (9,5, 7,5-11,9) 919	553 (49,4, 45,8-53,1) 281 (26,1, 23,3-29,1) 56 (5,2, 3,9-6,8) 95 (8,8, 7,3-10,6) 113 (10,5, 8,7-12,6) 1078	930 (46,6, 44,1-49,1) 546 (27,3, 25,4-29,4) 129 (6,5, 5,3-7,9) 192 (9,6, 8,4-11,0) 200 (10,0, 8,6-11,7) 1997	0,133
α11q09‡: Η εξέταση με έκανε να αισθάνομαι άβολα. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	60 (6,7, 5,0-8,9) 84 (9,3, 7,4-11,8) 180 (20,0, 17,5-22,7) 576 (64,0, 60,4-67,5) 900	160 (15,1, 12,7-17,8) 165 (15,5, 13,4-18,0) 165 (15,5, 13,4-18,0) 572 (53,9, 51,0-56,7) 1062	220 (11,2, 9,8-12,8) 249 (12,7, 11,0-14,6) 345 (17,6, 15,8-19,5) 1148 (58,5, 56,2-60,8) 1962	<0,001
α11q10‡: Ο γιατρός φρόντισε να μην με βλέπει κανείς κατά την διάρκεια της εξέτασης. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	451 (52,5, 49,4-55,6) 100 (11,6, 9,6-14,1) 72 (8,4, 6,7-10,4) 236 (27,5, 24,5-30,7) 859	577 (55,9, 52,6-59,2) 100 (9,7, 8,0-11,7) 82 (7,9, 6,3-10,0) 273 (26,5, 23,6-29,5) 1032	1028 (54,4, 51,9-56,8) 200 (10,6, 9,1-12,2) 154 (8,1, 7,0-9,5) 509 (26,9, 24,8-29,1) 1891	0,390
α11q11‡: Ο γιατρός φρόντισε να μην μας ακούει κανείς κατά την διάρκεια της εξέτασης. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	340 (40,3, 37,2-43,4) 113 (13,4, 11,2-15,9) 113 (13,4, 11,2-15,9) 278 (32,9, 29,9-36,2) 844	385 (37,3, 34,0-40,8) 131 (12,7, 10,7-15,0) 112 (10,9, 9,3-12,6) 403 (39,1, 35,6-42,6) 1031	725 (38,7, 36,2-41,2) 244 (13,0, 11,5-14,7) 225 (12,0, 10,7-13,4) 681 (36,3, 33,9-38,8) 1875	0,032
α11q12‡: Αισθάνθηκα ότι έπαιρναν αποφάσεις για μένα χωρίς να με λαμβάνουν υπόψη. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	74 (8,4, 6,6-10,7) 78 (8,8, 7,2-10,8) 158 (17,9, 15,6-20,5) 572 (64,9, 61,3-68,3) 882	72 (6,9, 5,3-9,0) 97 (9,3, 7,7-11,2) 154 (14,8, 12,8-16,9) 721 (69,1, 66,5-71,5) 1044	146 (7,6, 6,1-9,3) 175 (9,1, 7,9-10,5) 312 (16,2, 14,7-17,8) 1293 (67,1, 64,7-69,5) 1926	0,088
α11q13‡: Νομίζω ότι μου εξήγησε καλά το πρόβλημα ή/ και την θεραπεία που μου πρότεινε. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	585 (67,6, 64,4-70,6) 194 (22,4, 19,6-25,5) 37 (4,3, 3,1-5,9) 50 (5,8, 4,3-7,8) 866	725 (69,5, 66,7-72,2) 209 (20,0, 17,9-22,4) 49 (4,7, 3,5-6,2) 60 (5,8, 4,7-7,0) 1043	1310 (68,6, 66,5-70,6) 403 (21,1, 19,3-23,1) 86 (4,5, 3,6-5,6) 110 (5,8, 4,8-6,9) 1909	0,604

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
α11q14†: Ένοιωσα ότι με σέβεται και με εκτιμά.				
<i>Συμφωνώ</i>	560 (64,7, 60,7-68,4)	681 (67,8, 63,6-71,8)	1241 (66,4, 63,4-69,2)	0,252
<i>Μάλλον συμφωνώ</i>	232 (26,8, 23,7-30,1)	243 (24,2, 20,8-27,9)	475 (25,4, 22,9-28,1)	
<i>Μάλλον διαφωνώ</i>	47 (5,4, 4,0-7,3)	41 (4,1, 3,0-5,5)	88 (4,7, 3,8-5,9)	
<i>Διαφωνώ</i>	27 (3,1, 2,1-4,7)	39 (3,9, 2,9-5,2)	66 (3,5, 2,7-4,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	866	1004	1870	
α12: Πόσο ικανοποιημένος /η έμεινες από την τελευταία αυτή επίσκεψη;				
<i>Πολύ</i>	348 (37,8, 34,3-41,4)	365 (33,8, 30,1-37,7)	713 (35,6, 33,0-38,4)	0,200
<i>Αρκετά</i>	428 (46,5, 43,2-49,7)	526 (48,7, 45,4-52,1)	954 (47,7, 45,2-50,1)	
<i>Μέτρια</i>	113 (12,3, 10,3-14,6)	137 (12,7, 10,6-15,1)	250 (12,5, 10,9-14,2)	
<i>Λίγο</i>	32 (3,5, 2,5-4,8)	52 (4,8, 3,6-6,5)	84 (4,2, 3,4-5,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	921	1080	2001	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απύουσες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7.5%)

Πίνακας Π2: Ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες επισκέψεις του/της έφηβου σε γιατρό κατά φύλο.

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b01: Πόσο συχνά πηγαίνεις σε γιατρό; 1 φορά το μήνα 1 φορά στους 3 μήνες 1 φορά στο εξάμηνο 1 φορά το χρόνο Λιγότερο από 1 φορά το χρόνο ΣΥΝΟΛΟ	97 (10,5, 8,4-13,2) 302 (32,8, 29,4-36,3) 337 (36,6, 33,5-39,7) 131 (14,2, 12,2-16,5) 55 (6,0, 4,3-8,3) 922	112 (10,3, 8,2-12,7) 353 (32,4, 29,5-35,4) 408 (37,4, 34,4-40,6) 156 (14,3, 11,6-17,6) 61 (5,6, 4,5-7,0) 1090	209 (10,4, 8,9-12,1) 655 (32,6, 30,2-35,0) 745 (37,0, 34,7-39,4) 287 (14,3, 12,3-16,5) 116 (5,8, 4,7-7,1) 2012	0,989
b02gr‡: Ειδικότητα ιατρού που συνήθως επισκέπτεσαι Παιδίατρος Παθολόγος Ωτορινολαρυγγολόγος Ορθοπαιδικός Δερματολόγος Καρδιολόγος Οδοντίατρος/Ορθοδοντικός Οφθαλμίατρος Άλλη ειδικότητα ΣΥΝΟΛΟ	250 (30,0, 25,9-34,6) 336 (40,4, 36,5-44,4) 16 (1,9, 1,2-3,1) 76 (9,1, 7,1-11,6) 15 (1,8, 1,0-3,3) 24 (2,9, 1,9-4,4) 60 (7,2, 5,4-9,6) 17 (2,0, 1,2-3,6) 38 (4,6, 3,2-6,4) 832	320 (31,8, 28,9-34,9) 434 (43,2, 39,8-46,6) 20 (2,0, 1,3-3,0) 44 (4,4, 3,3-5,7) 20 (2,0, 1,2-3,2) 8 (0,8, 0,4-1,5) 72 (7,2, 5,5-9,2) 31 (3,1, 2,0-4,7) 56 (5,6, 4,3-7,3) 1005	570 (31,0, 28,2-34,0) 770 (41,9, 38,9-44,9) 36 (2,0, 1,5-2,6) 120 (6,5, 5,4-7,8) 35 (1,9, 1,2-2,9) 32 (1,7, 1,2-2,5) 132 (7,2, 5,9-8,7) 48 (2,6, 1,8-3,9) 94 (5,1, 4,1-6,3) 1837	<0,001
b03‡: Ο γιατρός που επισκέπτεσαι είναι Πάντα το ίδιο πρόσωπο Τις πιο πολλές φορές το ίδιο πρόσωπο Τις πιο πολλές φορές διαφορετικό πρόσωπο ΣΥΝΟΛΟ	427 (47,9, 44,9-50,8) 372 (41,7, 38,9-44,5) 93 (10,4, 8,2-13,2) 892	496 (46,7, 44,0-49,4) 443 (41,7, 39,0-44,5) 123 (11,6, 9,5-14,1) 1062	923 (47,2, 45,2-49,3) 815 (41,7, 39,5-43,9) 216 (11,1, 9,3-13,1) 1954	0,612
b04: Φύλο γιατρού Πάντα άνδρας Πάντα γυναίκα Τις πιο πολλές φορές άνδρας Τις πιο πολλές φορές γυναίκα ΣΥΝΟΛΟ	341 (37,2, 34,2-40,3) 144 (15,7, 13,1-18,7) 296 (32,3, 29,5-35,2) 136 (14,8, 12,4-17,6) 917	307 (28,4, 25,6-31,4) 196 (18,1, 15,6-20,9) 364 (33,7, 31,0-36,4) 214 (19,8, 17,2-22,7) 1081	648 (32,4, 30,2-34,7) 340 (17,0, 15,2-19,1) 660 (33,0, 31,0-35,1) 350 (17,5, 15,5-19,7) 1998	<0,001
b05: Έχει σημασία για σένα το φύλο του γιατρού; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	214 (23,2, 20,2-26,5) 709 (76,8, 73,5-79,8) 923	524 (48,2, 44,8-51,5) 564 (51,8, 48,5-55,2) 1088	738 (36,7, 34,5-38,9) 1273 (63,3, 61,1-65,5) 2011	<0,001
b06: Προτιμώ ο/η γιατρός να είναι Ανδρας Γυναίκα Δεν με νοιάζει ΣΥΝΟΛΟ	183 (19,9, 17,7-22,3) 155 (16,9, 14,2-19,9) 581 (63,2, 59,8-66,5) 919	60 (5,5, 4,1-7,4) 588 (54,1, 50,9-57,2) 439 (40,4, 37,1-43,7) 1087	243 (12,1, 10,9-13,5) 743 (37,0, 34,8-39,3) 1020 (50,8, 48,7-53,0) 2006	<0,001
b07‡: Χώρος ιατρικής επίσκεψης Συνήθως στο ιατρείο του/της γιατρού Συνήθως στο χώρο ασφαλ. ταμείου Συνήθως στα Ε.Ι. νοσοκομείου Συνήθως στο ιατρείο του Κέν. Υγείας Συνήθως σε διαφορ. μέρος κάθε φορά ΣΥΝΟΛΟ	736 (81,4, 77,7-84,6) 84 (9,3, 7,1-12,1) 35 (3,9, 2,7-5,6) 32 (3,5, 2,3-5,4) 17 (1,9, 1,0-3,5) 904	805 (75,7, 72,0-79,0) 138 (13,0, 10,4-16,0) 35 (3,3, 2,4-4,5) 53 (5,0, 3,7-6,7) 33 (3,1, 2,1-4,5) 1064	1541 (78,3, 75,4-81,0) 222 (11,3, 9,4-13,5) 70 (3,6, 2,7-4,7) 85 (4,3, 3,4-5,5) 50 (2,5, 1,8-3,6) 1968	0,033
b08: Συνήθης χρόνος αναμονής <5 λεπτά 5-15 λεπτά 16-30 λεπτά >30 λεπτά ΣΥΝΟΛΟ	109 (11,8, 9,4-14,7) 488 (52,9, 49,4-56,4) 232 (25,2, 22,1-28,4) 93 (10,1, 8,2-12,4) 922	89 (8,2, 6,9-9,7) 585 (53,8, 50,6-57,0) 327 (30,1, 27,2-33,2) 86 (7,9, 6,1-10,2) 1087	198 (9,9, 8,5-11,4) 1073 (53,4, 51,4-51,5) 559 (27,8, 25,6-30,1) 179 (8,9, 7,5-10,5) 2009	0,011

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b09: Συνήθης χρόνος παραμονής μέσα στο ιατρείο <5 λεπτά 5-15 λεπτά 16-30 λεπτά >30 λεπτά ΣΥΝΟΛΟ	65 (7,1, 5,7-8,8) 528 (57,3, 54,0-60,6) 284 (30,8, 27,6-34,3) 44 (4,8, 3,6-6,4) 921	38 (3,5, 2,4-5,0) 639 (58,8, 55,8-61,7) 352 (32,4, 29,5-35,4) 58 (5,3, 4,1-7,0) 1087	103 (5,1, 4,2-6,2) 1167 (58,1, 55,9-60,3) 636 (31,7, 29,4-34,1) 102 (5,1, 4,1-6,4) 2008	0,004
b10gr: Ποιος συνήθως αποφασίζει ότι χρειάζεται να επισκεφτείς γιατρό; Γονείς Εγώ Εγώ μαζί με τους γονείς μου Άλλο άτομο ΣΥΝΟΛΟ	270 (29,3, 25,9-32,9) 148 (16,1, 14,1-18,2) 485 (52,7, 49,2-56,1) 18 (2,0, 1,2-3,3) 921	311 (28,6, 25,9-31,5) 117 (10,8, 9,0-12,8) 650 (59,7, 56,6-62,8) 10 (0,9, 0,4-1,9) 1088	581 (28,9, 26,6-31,4) 265 (13,2, 11,8-14,7) 1135 (56,5, 54,1-58,9) 28 (1,4, 0,9-2,2) 2009	<0,001
b11z: Έχεις ποτέ πάει μόνος/η στο γιατρό σου; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	497 (56,7, 52,6-60,8) 379 (43,3, 39,2-47,4) 876	410 (38,4, 34,4-42,5) 659 (61,6, 57,5-65,6) 1069	907 (46,6, 43,4-49,9) 1038 (53,4, 50,1-56,6) 1945	<0,001
b12: Αντιμετωπίζεις πρόβλημα επικοινωνίας με το γιατρό; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	451 (48,7, 43,5-54,0) 475 (51,3, 46,0-56,5) 926	566 (51,9, 47,8-56,1) 524 (48,1, 43,9-52,2) 1090	1017 (50,4, 46,4-54,4) 999 (49,6, 45,6-53,6) 2016	0,197
b13: Εάν αντιμετωπίζεις πρόβλημα επικοινωνίας με το γιατρό (b12=Ναι), τι από τα παρακάτω θεωρείς πρόβλημα;				
	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=451)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=566)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=1017)	Τιμή κριτηρίου P
b13q01: Δεν έχω δικό μου γιατρό. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	118 (26,2, 22,1-30,7) 333 (73,8, 69,3-77,9) 451	148 (26,2, 20,2-30,6) 417 (73,8, 69,4-77,8) 565	266 (26,2, 23,2-29,4) 750 (73,8, 70,6-76,8) 1016	0,992
b13q02: Ο γιατρός δεν μου δίνει αρκετό χρόνο. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	99 (22,0, 17,7-26,9) 352 (78,0, 73,1-82,3) 451	77 (13,6, 11,1-16,7) 488 (86,4, 83,3-88,9) 565	176 (17,3, 14,7-20,4) 840 (82,7, 79,6-85,3) 1016	<0,001
b13q03: Δεν υπάρχει απόρρητο (ότι συζητήσουμε θα το μεταφέρει στους γονείς μου). Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	204 (45,2, 40,5-50,1) 247 (54,8, 49,9-59,5) 451	262 (46,4, 42,3-50,5) 303 (53,6, 49,5-57,7) 565	466 (45,9, 42,5-49,3) 550 (54,1, 50,7-57,5) 1016	0,692
b13q04: Δεν είμαι ποτέ μόνος/η με το γιατρό. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	157 (34,8, 30,2-39,7) 294 (65,2, 60,3-69,8) 451	213 (37,7, 33,2-42,4) 352 (62,3, 57,6-66,8) 565	370 (36,4, 33,1-39,8) 646 (63,6, 60,2-66,9) 1016	0,381
b13q05: Ο γιατρός δεν ενδιαφέρεται για τα προβλήματά μου. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	92 (20,4, 16,8-24,6) 359 (79,6, 75,4-83,2) 451	60 (10,6, 8,2-13,7) 505 (89,4, 86,3-91,8) 565	152 (15,0, 12,5-17,9) 864 (85,0, 82,1-87,5) 1016	<0,001
b13q06: Φόρτος εργασίας γιατρού. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	171 (37,9, 34,3-41,6) 280 (62,1, 58,4-65,7) 451	195 (34,5, 30,4-38,9) 370 (65,5, 61,1-69,6) 565	366 (36,0, 33,2-38,9) 650 (64,0, 61,1-66,8) 1016	0,221

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=451)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=566)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=1017)	Τιμή κριτηρίου P
b13q07: Δεν γνωρίζεις τα προβλήματά μου. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	113 (25,1, 20,7-30,0) 338 (74,9, 70,0-79,3) 451	108 (19,1, 16,7-21,8) 457 (80,9, 78,2-83,3) 565	221 (21,8, 19,1-24,7) 795 (78,2, 75,3-80,9) 1016	0,011
b13q08: Δεν μιλάμε ίδια γλώσσα. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	103 (22,8, 19,3-26,8) 348 (77,2, 73,2-80,7) 451	99 (17,5, 14,6-20,9) 466 (82,5, 79,1-85,4) 565	202 (19,9, 17,3-22,7) 814 (80,1, 77,3-82,7) 1016	0,022
b13q09: Δεν νομίζω ότι ο γιατρός είναι το πρόσωπο που θα πω τα προβλήματά μου. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	221 (49,0, 44,4-53,6) 230 (51,0, 46,4-55,6) 451	292(51,7, 47,2-56,1) 273 (48,3, 43,9-52,8) 565	513 (50,5, 47,0-53,9) 503 (49,5, 46,1-53,0) 1016	0,369
b13q10: Ο γιατρός δεν με αντιμετωπίζει με εκτίμηση και σεβασμό. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	76 (16,9, 13,2-21,2) 375 (83,1, 78,8-86,8) 451	60 (10,6, 8,2-13,7) 505 (89,4, 86,3-91,8) 565	136 (13,4, 11,2-15,9) 880 (86,6, 84,1-88,8) 1016	0,012
b13q11: Οι γιατροί είναι αυταρχικοί και απόλυτοι. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	128 (28,4, 24,1-33,1) 323 (71,6, 66,9-75,9) 451	153 (27,4, 23,3-31,3) 412 (72,9, 68,7-76,7) 565	281 (27,7, 24,4-31,1) 735 (72,3, 68,9-75,6) 1016	0,618
b13q12: Οι γιατροί κρίνουν αρνητικά τον τρόπο που ντύνομαι και φέρομαι. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	72 (16,0, 12,4-20,2) 379 (84,0, 79,8-87,6) 451	55 (9,7, 7,5-12,5) 510 (90,3, 87,5-92,5) 565	127 (12,5, 10,4-14,9) 889 (87,5, 85,1-89,6) 1016	0,006
b13q13: Οι γιατροί νομίζουν ότι είμαι ακόμα μικρό παιδί και δεν καταλαβαίνω. Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	170 (37,7, 32,9-42,7) 281 (62,3, 57,3-67,1) 451	198 (35,0, 31,5-38,8) 367 (65,0, 61,2-68,5) 565	368 (36,2, 33,2-39,3) 648 (63,8, 60,7-66,8) 1016	0,375
	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b14q01: Θα ήθελα κάποιες φορές να έχω την δυνατότητα να επισκέπτομαι μόνος/η μου το γιατρό μου. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ Δεν ξέρω ΣΥΝΟΛΟ	442 (47,9, 44,2-51,6) 223 (24,2, 21,1-27,5) 89 (9,6, 7,9-11,8) 78 (8,5, 6,9-10,3) 91 (9,9, 7,9-12,3) 923	452 (41,6, 38,3-45,0) 212 (19,5, 17,4-21,8) 138 (12,7, 10,5-15,2) 173 (15,9, 13,6-18,5) 112 (10,3, 8,6-12,3) 1087	894 (44,5, 41,9-47,1) 435 (21,6, 19,8-23,6) 227 (11,3, 9,9-12,9) 251 (12,5, 11,0-14,1) 203 (10,1, 8,6-11,8) 2010	<0,001
b14q02: Θα ήθελα να συζητήσω μόνος/η με το γιατρό μου κάποια θέματα. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	457 (53,3, 50,1-56,4) 216 (25,2, 21,8-28,9) 91 (10,6, 8,8-12,8) 94 (11,0, 8,8-13,6) 858	586 (56,8, 53,4-60,2) 229 (22,2, 19,7-25,0) 94 (9,1, 7,2-11,4) 122 (11,8, 10,1-13,8) 1031	1043 (55,2, 52,7-57,7) 445 (23,6, 21,6-25,6) 185 (9,8, 8,4-11,4) 216 (11,4, 10,1-12,9) 1889	0,302

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b14q03†: Θα ήθελα κάποια θέματα να έμειναν μεταξύ μας (απόρρητα). Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	495 (57,7, 54,4-61,0) 188 (21,9, 19,6-24,4) 81 (9,4, 7,7-11,6) 94 (11,0, 8,9-13,4) 858	685 (65,7, 62,2-69,0) 162 (15,5, 13,2-18,2) 89 (8,5, 7,0-10,4) 107 (10,3, 8,5-12,4) 1043	1180 (62,1, 59,5-64,5) 350 (18,4, 16,6-20,4) 170 (8,9, 7,6-10,5) 201 (10,6, 9,3-12,0) 1901	0,002
b14q04†: Δεν μπορώ/δεν ξέρω πώς να κλείσω ραντεβού με το γιατρό. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	115 (13,0, 10,7-15,8) 106 (12,0, 9,7-14,7) 162 (18,3, 15,8-21,2) 500 (56,6, 52,6-60,6) 883	143 (13,5, 11,5-15,8) 143 (13,5, 11,7-15,6) 154 (14,5, 12,4-16,9) 619 (58,5, 55,8-61,0) 1059	258 (13,3, 11,7-15,0) 249 (12,8, 11,3-14,5) 316 (16,3, 14,6-18,1) 1119 (57,6, 55,2-60,0) 1942	0,182
b14q05†: Οι γονείς μου δεν θα με άφηναν να μιλήσω μόνος/η μου σε γιατρό. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	55 (6,2, 4,6-8,4) 70 (7,9, 6,4-9,7) 151 (17,0, 14,5-19,9) 610 (68,8, 65,4-71,1) 886	54 (5,2, 3,9-6,9) 76 (7,3, 5,7-9,3) 183 (17,6, 15,5-20,0) 724 (69,8, 67,0-72,5) 1037	109 (5,7, 4,6-6,9) 146 (7,6, 6,4-8,9) 334 (17,4, 15,7-19,1) 1334 (69,4, 67,2-71,5) 1923	0,769
b14q06†: Ο χώρος αναμονής του ιατρείου με κάνει να αισθάν. άβολα. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	108 (12,0, 9,2-15,4) 148 (16,4, 14,1-19,1) 192 (21,3, 19,0-23,8) 453 (50,3, 46,4-54,1) 901	161 (15,2, 13,0-17,6) 167 (15,7, 13,5-18,2) 216 (20,3, 17,6-23,4) 518 (48,8, 45,3-52,3) 1062	269 (13,7, 12,0-15,7) 315 (16,0, 14,5-17,7) 408 (20,8, 18,9-22,8) 971 (49,5, 46,7-52,2) 1963	0,347
b14q07†: Συνήθως περιμένω πολύ μέχρι να μπω στο ιατρείο. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	183 (20,4, 17,3-23,8) 217 (24,1, 21,5-27,0) 235 (26,1, 23,0-29,5) 264 (29,4, 25,8-33,2) 899	255 (24,3, 21,1-27,9) 280 (26,7, 24,1-29,5) 265 (25,3, 22,6-28,2) 248 (23,7, 21,1-26,4) 1048	438 (22,5, 20,0-25,2) 497 (25,5, 23,5-27,6) 500 (25,7, 23,4-28,1) 512 (26,3, 24,2-28,5) 1947	0,027
b14q08†: Αισθάνομαι άβολα την ώρα της εξέτασης. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	61 (6,8, 4,9-9,4) 115 (12,8, 10,2-16,0) 275 (30,7, 27,9-33,6) 445 (49,7, 46,1-53,2) 896	205 (19,5, 16,7-22,6) 269 (25,6, 22,9-28,5) 258 (24,5, 21,8-27,6) 319 (30,4, 27,9-33,0) 1051	266 (13,7, 11,9-15,7) 384 (19,7, 17,8-21,8) 533 (27,4, 25,2-29,7) 764 (39,2, 37,0-41,5) 1947	<0,001
b14q09†: Δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να συζητήσουμε θέματα που θα ήθελα. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	127 (14,8, 12,8-17,2) 143 (16,7, 14,3-19,4) 236 (27,6, 24,2-31,2) 350 (40,9, 37,5-44,4) 856	128 (12,6, 10,1-15,7) 205 (20,2, 17,7-23,0) 279 (27,5, 24,8-30,5) 302 (39,6, 36,4-43,0) 1014	255 (13,6, 11,9-15,6) 348 (18,6, 16,9-20,5) 515 (27,5, 25,1-30,1) 752 (40,2, 37,8-42,7) 1870	0,203
b14q10†: Δεν αισθάνομαι καθόλου άνετα να κάνω ερωτήσεις. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	103 (11,6, 9,0-14,8) 108 (12,2, 10,0-14,7) 233 (26,2, 23,9-28,7) 444 (50,0, 46,6-53,4) 888	175 (16,5, 14,0-19,3) 182 (17,2, 15,2-19,3) 248 (23,4, 20,5-26,6) 456 (43,0, 39,6-46,4) 1061	278 (14,3, 12,5-16,3) 290 (14,9, 13,5-16,4) 481 (24,7, 22,7-26,8) 900 (46,2, 43,7-48,7) 1949	<0,001

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b14q11†: Οι γιατροί δεν μου εξηγούν καλά τι έχω και τι πρέπει να κάνω. Συμφωνώ Μάλλον συμφωνώ Μάλλον διαφωνώ Διαφωνώ ΣΥΝΟΛΟ	67 (7,5, 5,9-9,6) 85 (9,5, 7,7-11,8) 178 (20,0, 17,3-22,9) 561 (63,0, 59,5-66,3) 891	77 (7,2, 5,6-9,2) 122 (11,4, 9,7-13,4) 241 (22,5, 20,0-25,3) 629 (58,8, 55,2-62,4) 1069	144 (7,3, 6,1-8,9) 207 (10,6, 9,2-12,1) 419 (21,4, 19,5-23,4) 1190 (60,7, 58,0-63,3) 1960	0,211
b15: Ποια θέματα έχεις ανάγκη να συζητήσεις;				
b15q01: Για το βάρος μου Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	173 (18,8, 16,0-22,1) 301 (32,8, 29,9-35,8) 444 (48,4, 45,2-51,6) 918	355 (32,9, 29,8-36,2) 396 (36,7, 33,9-39,6) 328 (30,4, 27,7-33,2) 1079	528 (26,4, 24,3-28,7) 697 (34,9, 32,6-37,3) 772 (38,7, 36,4-41,0) 1997	<0,001
b15q02: Για το ύψος μου Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	204 (22,3, 19,8-25,1) 305 (33,4, 30,7-36,2) 405 (44,3, 41,1-47,6) 914	316 (29,4, 26,6-32,4) 336 (31,3, 28,1-34,7) 422 (39,3, 35,9-42,8) 1074	520 (26,2, 24,2-28,2) 641 (32,2, 29,8-34,7) 827 (41,6, 39,1-44,1) 1988	0,002
b15q03: Για την διατροφή μου Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	362 (39,5, 35,9-43,2) 326 (35,6, 32,3-39,0) 229 (25,0, 22,0-28,2) 917	539 (49,9, 47,0-52,8) 388 (35,9, 32,9-39,1) 153 (14,2, 12,1-16,5) 1080	901 (45,1, 42,9-47,3) 714 (35,8, 33,5-38,1) 382 (19,1, 17,2-21,2) 1997	<0,001
b15q04: Για το δέρμα μου Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	254 (27,9, 25,6-30,3) 258 (28,3, 25,1-31,7) 399 (43,8, 40,4-47,2) 911	414 (38,6, 34,5-42,9) 358 (33,4, 30,0-37,0) 300 (28,0, 25,6-30,5) 1072	668 (33,7, 31,2-36,3) 616 (31,1, 28,4-33,8) 699 (35,2, 33,0-37,6) 1983	<0,001
b15q05: Για τις αλλαγές στο σώμα μου Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	301 (33,2, 29,9-36,6) 279 (30,8, 27,5-34,2) 327 (36,1, 32,5-39,7) 907	476 (44,4, 41,2-47,7) 359 (33,5, 30,5-36,7) 236 (22,0, 19,6-24,7) 1071	777 (39,3, 37,1-41,5) 638 (32,3, 30,2-34,4) 563 (28,5, 26,2-30,8) 1978	<0,001
b15q06: Ότι το σώμα μου δεν μου αρέσει Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	134 (14,9, 12,8-17,2) 85 (9,4, 7,5-11,9) 682 (75,7, 72,7-78,5) 901	390 (36,7, 33,3-40,1) 154 (14,5, 12,3-16,9) 520 (48,9, 45,5-52,2) 1064	524 (26,7, 24,7-28,7) 239 (12,2, 10,7-13,8) 1202 (61,2, 58,7-63,6) 1965	<0,001
b15q07: Για αθλητισμό και αγωνίσματα Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	277 (30,3, 27,0-33,9) 464 (50,8, 46,7-54,8) 173 (18,9, 16,5-21,6) 914	273 (25,3, 22,4-28,5) 403 (37,4, 34,1-40,8) 401 (37,2, 33,6-41,1) 1077	550 (27,6, 25,8-29,6) 867 (43,5, 40,8-46,3) 574 (28,8, 26,6-31,2) 1991	<0,001
b15q08: Για το κάπνισμα Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	131 (14,3, 12,0-16,9) 272 (29,6, 26,1-33,4) 516 (56,1, 52,6-59,6) 919	181 (16,9, 14,6-19,4) 315 (29,4, 26,4-32,5) 576 (53,7, 50,4-57,0) 1072	312 (15,7, 14,0-17,5) 587 (29,5, 27,0-32,1) 1092 (54,8, 52,1-57,6) 1991	0,275
b15q09: Για τα οισοπνευματώδη ποτά Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	158 (17,2, 14,6-20,2) 312 (34,0, 30,5-37,7) 447 (48,7, 45,2-52,3) 917	211 (19,7, 17,4-22,2) 331 (30,9, 27,7-34,3) 530 (49,4, 45,9-53,0) 1072	369 (18,6, 16,8-20,5) 643 (32,3, 29,9-34,9) 977 (49,1, 46,3-52,0) 1989	0.250

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τμή κριτηρίου P
b15q010: Για τα ναρκωτικά Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	133 (14,6, 12,2-17,3) 254 (27,9, 24,3-31,8) 524 (57,5, 53,8-61,1) 911	191 (17,9, 15,5-20,5) 335 (31,3, 28,3-34,6) 543 (50,8, 47,5-54,1) 1069	324 (16,4, 14,8-18,1) 589 (29,7, 27,4-32,2) 1067 (53,9, 51,0-56,7) 1980	0,035
b15q11: Θέματα σχετικά με το σεξ, την αντισύλληψη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	374 (40,7, 36,7-44,8) 357 (38,8, 34,7-43,1) 188 (20,5, 18,2-23,0) 919	608 (56,5, 53,0-59,8) 316 (29,3, 26,5-32,3) 153 (14,2, 11,9-16,9) 1077	982 (49,2, 46,9-51,5) 673 (33,7, 31,4-36,1) 341 (17,1, 15,4-18,9) 1996	<0,001
b15q12: Για τον ύπνο μου. Δεν κοιμάμαι πολύ εύκολα. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	170 (18,6, 15,9-21,6) 115 (12,6, 10,6-14,9) 630 (68,9, 66,7-71,6) 915	239 (22,4, 19,7-25,3) 122 (11,4, 9,6-13,5) 708 (66,2, 63,2-69,1) 1069	409 (20,6, 18,6-22,8) 237 (11,9, 10,4-13,7) 1338 (67,4, 65,5-69,3) 1984	0,088
b15q13: Για το ότι έχω πολύ άγχος. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	286 (31,2, 28,3-34,2) 158 (17,2, 14,8-19,9) 473 (51,6, 48,6-54,6) 917	518 (48,1, 44,6-51,6) 221 (20,5, 17,9-23,4) 338 (31,4, 28,3-34,6) 1077	804 (40,3, 38,0-42,7) 379 (19,0, 17,0-21,1) 811 (40,7, 38,7-42,7) 1994	<0,001
b15q14: Για το ότι θυμώνω συχνά. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	286 (31,2, 28,4-34,2) 149 (16,3, 13,9-18,9) 481 (52,5, 48,8-56,2) 916	445 (41,4, 37,7-45,1) 141 (13,1, 11,2-15,3) 490 (45,5, 42,3-48,8) 1076	731 (36,7, 34,0-39,4) 290 (14,6, 13,0-16,2) 971 (48,7, 46,4-51,1) 1992	<0,001
b15q15: Για το ότι συχνά αλλάζω διάθεση. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	262 (28,9, 26,3-31,6) 132 (14,6, 12,4-17,0) 513 (56,6, 53,3-59,7) 907	506 (47,3, 43,6-51,0) 168 (15,7, 13,4-18,3) 396 (37,0, 34,2-39,9) 1070	768 (38,8, 36,5-41,2) 300 (15,2, 13,6-16,9) 909 (46,0, 43,7-48,2) 1977	<0,001
b15q16: Για το ότι αισθάνομαι συχνά μόνος/η και θλιμμένος/η. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	201 (21,9, 18,9-25,4) 84 (9,2, 7,6-11,1) 631 (68,9, 65,3-72,2) 916	490 (45,5, 42,0-49,0) 99 (9,2, 7,7-10,9) 489 (45,4, 42,1-48,7) 1078	691 (34,7, 32,5-36,9) 183 (9,2, 8,1-10,3) 1120 (56,2, 53,8-58,5) 1994	<0,001
b15q17: Ότι μερικές φορές σκέφτομαι ακόμη και να τραυματίσω τον εαυτό μου. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	98 (10,7, 8,8-13,0) 51 (5,6, 4,2-7,4) 765 (83,7, 80,8-86,3) 914	218 (20,4, 18,0-23,0) 45 (4,2, 3,1-5,8) 805 (75,4, 73,0-77,6) 1068	316 (15,9, 14,4-17,6) 96 (4,8, 3,9-6,0) 1570 (79,2, 77,4-80,9) 1982	<0,001
b15q18: Για τις δυσκολίες που έχω να εκφράσω τα συναισθήματα μου. Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	288 (31,6, 28,0-35,5) 123 (13,5, 11,4-15,9) 500 (54,9, 51,0-58,7) 911	404 (37,8, 34,2-41,4) 104 (9,7, 7,9-11,8) 562 (52,5, 49,0-56,0) 1070	692 (34,9, 32,3-37,7) 227 (11,5, 10,0-13,1) 1062 (53,6, 51,2-56,0) 1981	0,010
b15q19: Σχέσεις με την οικογένεια/ γονείς Θέλω να συζητήσω Το έχω ήδη συζητήσει Δε με απασχολεί ΣΥΝΟΛΟ	181 (19,8, 17,1-22,7) 300 (32,8, 29,8-35,8) 435 (47,5, 43,9-51,1) 916	326 (30,3, 26,9-33,9) 324 (30,1, 27,8-32,6) 425 (39,5, 36,2-43,0) 1075	507 (25,5, 23,0-28,1) 624 (31,3, 29,2-33,6) 860 (43,2, 40,6-45,8) 1991	<0,001

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b15q20: Σχέσεις με τους φίλους μου				
Θέλω να συζητήσω	186 (20,3, 17,4-23,6)	325 (30,3, 27,0-33,7)	511 (25,7, 23,4-28,2)	<0,001
Το έχω ήδη συζητήσει	318 (34,8, 31,6-38,0)	332 (30,9, 28,1-33,8)	650 (32,7, 30,4-35,1)	
Δε με απασχολεί	411 (44,9, 41,6-48,3)	417 (38,8, 35,9-41,8)	828 (41,6, 39,4-43,9)	
ΣΥΝΟΛΟ	915	1074	1989	
b15q21: Για το θέμα της ανεξαρτησίας μου				
Θέλω να συζητήσω	303 (33,6, 30,4-36,9)	461 (43,4, 40,0-46,9)	764 (38,9, 36,2-41,7)	<0,001
Το έχω ήδη συζητήσει	273 (30,2, 27,3-33,4)	271 (25,5, 22,8-28,5)	544 (27,7, 25,4-30,1)	
Δε με απασχολεί	327 (36,2, 32,8-39,8)	329 (31,0, 28,1-34,1)	656 (33,4, 30,8-36,1)	
ΣΥΝΟΛΟ	903	1061	1964	
b16: Είσαι ικανοποιημένος/η με την ιατρική φροντίδα που έχεις συναντήσει;				
Πολύ	263 (28,9, 25,8-32,1)	218 (20,2, 17,4-23,2)	481 (24,2, 22,0-26,4)	<0,001
Αρκετά	475 (52,1, 48,6-55,6)	596 (55,2, 52,4-58,0)	1071 (53,8, 51,5-56,1)	
Μέτρια	144 (18,8, 13,0-19,0)	247 (22,9, 20,3-25,7)	391 (19,6, 17,7-21,8)	
Καθόλου	29 (3,2, 2,2-4,5)	19 (1,8, 1,2-2,5)	48 (2,4, 1,9-3,1)	
ΣΥΝΟΛΟ	911	1080	1991	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απύσες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

Πίνακας Π3: Ερωτήσεις σχετικά με τον/την έφηβο το σπίτι και την οικογένειά του/της κατά φύλο.

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
ρoιigr3: Πόλη σχολείου				
Αθήνα	548 (59,1,54,5-63,5)	643 (58,9, 54,8-62,8)	1191 (59,0, 55,9-62,0)	0,835
Θεσσαλονίκη	183 (19,7, 16,9-22,9)	206 (18,9, 15,8-22,4)	389 (19,3, 16,8-22,0)	
Άλλη πόλη	196 (21,1, 17,5-25,2)	243 (22,3, 18,7-26,3)	439 (21,7, 19,4-24,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	927	1092	2019	
c03gr: Χώρα γέννησης				
Ελλάδα	832 (93,0, 90,2-95,0)	972 (91,0, 87,6-93,5)	1811 (91,9, 89,0-94,1)	0,172
Αλβανία	33 (3,7, 2,1-6,4)	47 (4,4, 2,8-6,7)	80 (4,1, 2,6-6,4)	
Άλλη	30 (3,4, 2,4-4,6)	50 (4,6, 3,1-6,8)	80 (4,1, 3,0-5,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	895	1076	1971	
c05gr: Σύνολο ατόμων που διαμένουν στο σπίτι				
≤3 άτομα	230 (26,9, 23,3-30,8)	252 (24,3, 21,9-27,0)	482 (25,5, 23,3-27,8)	0,446
4 άτομα	437 (51,1, 47,0-55,1)	535 (51,7, 48,5-54,9)	972 (51,4, 48,7-54,1)	
>4 άτομα	189 (22,1, 19,0-25,5)	248 (24,0, 20,6-27,7)	437 (23,1, 20,6-25,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	856	1035	1891	
c06: Έχεις αδέρφια;				
Ναι	786 (85,5, 82,9-87,8)	945 (86,8, 84,7-88,6)	1731 (86,2, 84,5-87,7)	0,417
Όχι	133 (14,5, 12,2-17,1)	144 (13,2, 11,4-15,3)	277 (13,8, 12,3-15,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	919	1089	2008	
c07: Έχεις δικό σου δωμάτιο;				
Ναι	636(69,4, 65,9-72,6)	663 (61,0, 56,5-65,3)	1299 (64,8, 61,6-67,9)	0,001
Όχι	281 (30,6, 27,4-34,1)	424 (39,0, 34,7-43,5)	705 (35,2, 32,1-38,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	917	1087	2004	
c08: Έχεις εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι;				
Ναι	733 (80,1, 76,9-83,0)	820 (75,5, 72,4-78,4)	1553 (77,6, 75,2-79,9)	0,021
Όχι	182 (19,9, 17,0-23,1)	266 (24,5, 21,6-27,6)	448 (22,4, 20,1-24,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	915	1086	2001	
c09: Μένεις και με τους δύο γονείς;				
Ναι	778 (84,7, 82,0-87,1)	918 (84,2, 81,8-86,3)	1696 (84,5,82,6-86,1)	0,745
Όχι	140 (15,3, 12,9-18,0)	172 (15,8, 13,7-18,2)	312 (15,5, 13,9-17,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	918	1090	2008	

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
c10: Εάν ΟΧΙ, ποιος είναι ο λόγος; Διαζύγιο/διάσταση γονέων Θάνατος πατέρα Θάνατος μητέρας Επαγγελματικοί λόγοι Άλλος λόγος ΣΥΝΟΛΟ	(n=140) 100 (71,4, 63,9-78,1) 18 (12,9, 8,3-19,3) 2 (1,4, 0,4-5,5) 12 (8,6, 4,6-15,5) 8 (5,7, 2,8-11,4) 140	(n=172) 136 (80,5, 74,0-85,7) 19 (11,2, 7,4-16,7) 2 (1,2, 0,3-4,6) 6 (3,6, 1,6-7,9) 6 (3,6, 1,6-7,9) 169	(n=312) 236 (76,4, 71,3-80,8) 37 (12,0, 8,8-16,0) 4 (1,3, 0,5-3,3) 18 (5,8, 3,4-9,8) 14 (4,5, 2,6-7,8) 309	0,248
c11ragr: Χώρα γέννησης πατέρα Ελλάδα Αλβανία Άλλη ΣΥΝΟΛΟ	794 (87,9, 84,1-91,0) 50 (5,5, 3,3-9,2) 59 (6,5, 5,1-8,3) 903	935 (86,3, 82,1-89,7) 61 (5,6, 3,8-8,3) 87 (8,0, 5,9-10,8) 1083	1729 (87,1, 83,2-90,1) 111 (5,6, 3,7-8,4) 146 (7,4, 5,8-9,3) 1986	0,390
c11migr: Χώρα γέννησης μητέρας Ελλάδα Αλβανία Άλλη ΣΥΝΟΛΟ	782 (86,5, 82,7-89,6) 51 (5,6, 3,4-9,1) 71 (7,9, 6,2-10,0) 904	913 (84,0, 79,7-87,5) 60 (5,5, 3,7-8,3) 114 (10,5, 8,3-13,2) 1087	1695 (85,1, 79,7-87,5) 111 (5,6, 3,7-8,4) 185 (9,3, 7,7-11,2) 1991	0,108
c12ragr: Ηλικία πατέρα <45 45-54 ≥55 ΣΥΝΟΛΟ	195 (23,7, 20,4-27,3) 510 (61,9, 58,1-65,5) 119 (14,4, 12,1-17,1) 824	271 (26,7, 23,0-30,8) 609 (60,1, 56,2-63,8) 134 (13,2, 11,1-15,7) 1014	466 (25,4, 22,8-28,1) 1119 (60,9, 58,1-63,6) 253 (13,8, 12,3-15,4) 1838	0,417
c12migr: Ηλικία μητέρας <45 45-54 ≥55 ΣΥΝΟΛΟ	496 (59,7, 55,7-63,5) 315 (37,9, 34,5-41,5) 20 (2,4, 1,4-4,0) 831	622 (59,9, 55,8-63,9) 398 (38,3, 34,4-42,5) 18 (1,7, 1,1-2,8) 1038	1118 (59,8, 56,6-63,0) 731 (38,1, 35,1-41,3) 38 (2,0, 1,4-2,9) 1869	0,616
c13ragr: Εκπαιδευτικό επ. πατέρα Απόφοιτος Γ' Γυμνασίου Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος ανώτερης/ανώτατης σχολής ΣΥΝΟΛΟ	170 (20,2, 17,3-23,5) 268 (31,9, 28,7-35,2) 403 (47,9, 43,5-52,4) 841	187 (18,6, 15,4-22,3) 311 (30,9, 27,9-34,2) 507 (50,4, 45,3-55,6) 1005	357 (19,3, 16,8-22,2) 579 (31,4, 28,9-34,0) 910 (49,3, 45,1-53,5) 1846	0,496
c13migr: Εκπαιδευτικό επ. μητέρας Απόφοιτος Γ' Γυμνασίου Απόφοιτος Λυκείου Απόφοιτος ανώτερης/ανώτατης σχολής ΣΥΝΟΛΟ	126 (14,6, 11,5-18,4) 321 (37,2, 33,7-40,8) 416 (48,2, 43,7-52,8) 863	157 (15,3, 12,5-18,8) 396 (38,7, 34,5-43,1) 470 (45,9, 40,8-51,2) 1023	283 (15,0, 12,5-18,0) 717 (38,0, 34,8-41,4) 886 (47,0, 42,8-51,2) 1886	0,643
c14: Τύπος ασφάλισης Ασφαλιστικό Ταμείο Ιδιωτική ασφάλιση Ιδιωτική ασφάλιση και ασφαλιστικό Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι ΣΥΝΟΛΟ	560 (60,9, 57,4-64,3) 28 (3,0, 2,1-4,3) 77 (8,4, 6,7-10,3) 255 (27,7, 24,5-31,2) 920	760 (69,7, 66,4-72,9) 22 (2,0, 1,3-3,1) 120 (11,0, 9,2-13,2) 188 (17,2, 14,9-19,9) 1090	1320 (65,7, 63,1-68,1) 50 (2,5, 1,9-3,3) 197 (9,8, 8,4-11,5) 443 (22,0, 19,8-24,5) 2010	<0,001
c15‡: Εάν είστε ασφαλισμένοι σε ασφαλιστικό ταμείο, ποιο; ΙΚΑ ΟΓΑ ΤΕΒΕ Δημόσιο Άλλο ΣΥΝΟΛΟ	(637) 290 (48,5, 43,1-53,9) 8 (1,3, 0,7-2,5) 119 (19,9, 16,5-23,8) 119 (19,9, 16,0-24,5) 62 (10,4, 7,8-16,6) 598	(880) 439 (52,3, 48,6-55,9) 12 (1,4, 0,9-2,2) 147 (17,5, 14,6-20,8) 163 (19,4, 16,6-22,6) 79 (9,4, 7,3-12,0) 840	(1517) 729 (50,7, 47,3-54,1) 20 (1,4, 1,0-2,0) 266 (18,5, 16,1-21,2) 282 (19,6, 16,9-22,6) 141 (9,8, 8,1-11,8) 1438	0,642

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό

(βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απουσίες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

§ Άλλη πόλη: Πάτρα, Ηράκλειο Κρήτης, Λάρισα, Βόλος, Χανιά, Ιωάννινα, Χαλκίδα και Καβάλα

Πίνακας Π4: Ερωτήσεις σχετικά με θέματα υγείας του/της εφήβου κατά φύλο.

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d01†: Πως θα περιέγραφες την κατάσταση της υγείας σου; Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή ΣΥΝΟΛΟ	500 (54,3, 50,8-57,9) 350 (38,0, 34,9-41,3) 61 (6,6, 5,1-8,5) 9 (1,0, 0,5-2,0) 920	436 (40,5, 36,9-44,2) 513 (47,6, 43,7-51,5) 113 (10,5, 8,8-12,4) 15 (1,4, 0,8-2,3) 1077	936 (46,9, 44,3-49,4) 863 (43,2, 40,4-46,1) 174 (8,7, 7,5-10,1) 24 (1,2, 0,7-1,9) 1997	<0,001
d02: Μήπως έχεις κάποιο πρόβλημα υγείας που σε απασχολεί; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	166 (18,0, 15,3-21,0) 756 (82,0, 79,0-84,7) 922	310 (28,5, 25,4-31,9) 776 (71,5, 68,1-74,6) 1086	476 (23,7, 21,7-25,9) 1532 (76,3, 74,1-78,3) 2008	<0,001
d03: Έχεις νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	500 (54,3, 50,6-58,0) 420 (45,7, 42,0-49,4) 920	541 (49,9, 47,0-52,7) 544 (50,1, 47,3-53,0) 1085	1041 (51,9, 49,8-54,1) 964 (48,1, 45,9-50,2) 2005	0,078
d04: Κατά τους τελευταίους 12 μήνες τραυματίστηκες ή έπαθες κάποιο ατύχημα, ώστε να χρειαστείς ιατρική βοήθεια; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	285 (31,3, 28,5-34,2) 626 (68,7, 65,8-71,5) 911	218 (20,3, 17,7-23,1) 857 (79,7, 76,9-82,3) 1075	503 (25,3, 23,4-27,4) 1483 (74,7, 72,6-76,6) 1986	<0,001
bmif3: Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) από αυτοαναφερόμενο βάρος και ύψος Αδύνατο/φυσιολογικό Υπέρβαρο Παχύσαρκο ΣΥΝΟΛΟ	606 (67,1, 64,2-69,9) 253 (28,0, 25,2-31,0) 44 (4,9, 3,5-6,7) 903	921 (86,5, 84,2-88,5) 126 (11,8, 10,2-13,7) 18 (1,7, 1,0-2,7) 1065	1527 (77,6, 75,7-79,4) 379 (19,3, 17,7-20,9) 62 (3,2, 2,3-4,3) 1968	<0,001
d07: Τι γνώμη έχεις για το βάρος σου; Είναι κανονικό Θα ήθελα να ήταν περισσότερο Θα ήθελα να ήταν λιγότερο ΣΥΝΟΛΟ	442 (48,5, 45,2-51,8) 163 (17,9, 15,1-21,1) 307 (33,7, 30,9-36,5) 912	345 (32,1, 29,2-35,1) 74 (6,9, 5,4-8,7) 657 (61,1, 58,1-63,9) 1076	787 (39,6, 37,3-41,9) 237 (11,9, 10,2-13,9) 964 (48,5, 46,3-50,7) 1988	<0,001
d08: Έχεις ποτέ προσπαθήσει να κάνεις κάτι για το βάρος σου; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	502 (54,7, 51,4-58,0) 416 (45,3, 42,0-48,6) 918	840 (77,3, 74,7-79,8) 246 (22,7, 20,2-25,3) 1086	1342 (67,0, 64,5-69,3) 662 (33,0, 30,7-35,5) 2004	<0,001
d08q01: Εάν ναι τι; Να πάρεις βάρος Να χάσεις βάρος Να μείνεις στο ίδιο βάρος ΣΥΝΟΛΟ	(502) 116 (23,2, 19,9-27,0) 343 (68,7, 65,0-72,3) 40 (8,0, 5,8-10,9) 499	(840) 67 (8,0, 6,4-10,0) 711 (85,0, 82,6-87,2) 58 (6,9, 5,5-8,8) 836	(1342) 183 (13,7, 12,0-15,6) 1054 (79,0, 76,9-80,9) 98 (7,3, 6,2-8,7) 1335	<0,001

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d109: Τι γνώμη έχεις για το ύψος σου; Είναι κανονικό Θα ήθελα να ήταν περισσότερο Είμαι αρκετά ψηλός/ή ΣΥΝΟΛΟ	436 (47,4, 44,0-50,8) 343 (37,3, 34,4-40,3) 141 (15,3, 13,4-17,5) 920	387 (35,7, 32,8-38,8) 570 (52,6, 49,9-55,3) 126 (11,6, 10,0-13,5) 1083	823 (41,1, 38,9-43,3) 913 (45,6, 43,5-47,7) 267 (13,3, 12,1-14,7) 2003	<0,001
d110: Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα. Από τις 7 ημέρες, πόσες μέρες τρως/πίνεις συνήθως;				
d10proigr: κανονικό πρωινό Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	129 (14,2, 11,9-16,8) 300 (33,0, 29,5-36,5) 479 (52,8, 49,1-56,4) 908	192 (17,9, 15,4-20,7) 424 (39,4, 36,2-42,7) 459 (42,7, 38,4-47,1) 1075	321 (16,2, 14,2-18,4) 724 (36,5, 34,2-38,8) 938 (47,3, 44,1-50,5) 1983	<0,001
d10proigr: κάτι αγορασμένο από την καντίνα του σχολείου Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	188 (20,9, 18,0-24,1) 368 (40,8, 36,8-45,0) 345 (38,3, 34,3-42,5) 901	188 (17,5, 14,7-20,6) 430 (39,9, 37,3-42,6) 459 (42,6, 39,7-45,6) 1077	376 (19,0, 17,0-21,2) 798 (40,3, 37,7-43,0) 804 (40,6, 38,0-43,3) 1978	0,122
d10proigr: χάμπουργκερ Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	375 (42,2, 38,1-46,4) 460 (51,7, 47,8-55,6) 54 (6,1, 4,4-8,4) 889	525 (48,9, 45,0-52,8) 518 (48,3, 44,4-52,2) 30 (2,8, 1,8-4,2) 1073	900 (45,9, 43,0-48,8) 978 (49,8, 46,9-52,8) 84 (4,3, 3,2-5,6) 1962	0,002
d10proigr: σαλάτα Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	70 (7,8, 6,3-9,7) 266 (29,7, 26,6-32,9) 561 (62,5, 59,0-66,0) 897	48 (4,5, 3,3-6,1) 277 (25,8, 22,4-29,5) 748 (69,7, 66,0-73,2) 1073	118 (6,0, 5,0-7,1) 543 (27,6, 25,2-30,0) 1309 (66,4, 63,8-69,0) 1970	0,003
d10proigr: γλυκό Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	59 (6,6, 5,2-8,3) 423 (47,0, 43,3-50,7) 418 (46,4, 43,0-49,9) 900	39 (3,6, 2,5-5,3) 496 (46,1, 43,1-49,2) 541 (50,3, 47,4-53,2) 1076	98 (5,0, 4,0-6,1) 919 (46,5, 44,2-48,8) 959 (48,5, 46,4-50,6) 1976	0,019
d10proigr: σουβλάκι Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	91 (10,1, 8,3-12,2) 655 (72,6, 68,7-76,2) 156 (17,3, 14,4-20,6) 902	263 (24,6, 21,2-28,2) 711 (66,4, 63,1-69,6) 97 (9,1, 7,2-11,3) 1071	354 (17,9, 15,9-20,2) 1366 (69,2, 66,7-71,7) 253 (12,8, 10,9-15,0) 1973	<0,001
d10proigr: αναψυκτικό Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	107 (11,9, 9,7-14,4) 395 (43,8, 40,5-47,2) 399 (44,3, 40,8-47,9) 901	261 (24,3, 21,1-27,8) 439 (40,9, 38,0-43,8) 374 (34,8, 30,9-39,0) 1074	368 (18,6, 16,5-20,9) 834 (42,2, 40,0-44,5) 773 (39,1, 36,2-42,1) 1975	<0,001
d10proigr: φρούτο Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	50 (5,5, 4,1-7,5) 297 (32,9, 29,3-36,6) 556 (61,6, 57,6-65,4) 903	58 (5,4, 4,2-7,0) 330 (30,8, 27,7-34,0) 685 (63,8, 60,6-67,0) 1073	108 (5,5, 4,6-6,5) 627 (31,7, 29,5-34,0) 1241 (62,8, 60,3-65,2) 1976	0,665
d10proigr: γάλα Καμία ημέρα την εβδομάδα 1-3 ημέρες την εβδομάδα 4-7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	53 (5,8, 4,3-7,8) 86 (9,5, 7,5-11,9) 771 (84,7, 82,0-87,1) 910	109 (10,1, 8,5-11,9) 165 (15,3, 12,6-18,4) 807 (74,7, 71,2-77,8) 1081	162 (8,1, 7,0-9,4) 251 (12,6, 10,9-14,6) 1578 (79,3, 76,8-81,5) 1991	<0,001

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d11: Ποιο από τα παρακάτω ισχύει περισσότερο για σένα; Δεν έχω καπνίσει ποτέ, ούτε μια ρουφηξιά Έχω μόνο δοκιμάσει να καπνίσω μια-δύο φορές Έχω καπνίσει μερικές φορές, αλλά δεν καπνίζω πια Κάπνιζα παλιά, αλλά τώρα το έχω σταματήσει Καπνίζω μερικές φορές, αλλά λιγότερο από 1 τσιγάρο την εβδομάδα Καπνίζω συνήθως από 1 έως 6 τσιγάρα την εβδομάδα Καπνίζω συνήθως πάνω από 6 τσιγάρα την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	509 (55,8, 51,7-59,9) 196 (21,5, 18,7-24,6) 64 (7,0, 5,2-9,5) 23 (2,5, 1,6-3,9) 21 (2,3, 1,5-3,4) 20 (2,2, 1,4-3,4) 79 (8,7, 6,8-11,0) 912	616 (56,7, 53,2-60,1) 224 (20,6, 18,2-23,2) 71 (6,5, 5,0-8,5) 28 (2,6, 1,5-4,3) 25 (2,3, 1,3-4,1) 26 (2,4, 1,6-3,5) 97 (8,9, 7,3-10,8) 1087	1125 (56,3, 53,3-59,2) 420 (21,0, 19,1-23,1) 135 (6,8, 5,4-8,5) 51 (2,6, 1,7-3,7) 46 (2,3, 1,6-3,3) 46 (2,3, 1,7-3,1) 176 (8,8, 7,5-10,3) 1999	0,997
d12: Ποιο από τα παρακάτω ισχύει περισσότερο για σένα; Δεν καπνίζω Καπνίζω και θέλω να το σταματήσω Καπνίζω και δεν θέλω να το σταματήσω Καπνίζω και δεν είμαι σίγουρος/η αν θέλω να το σταματήσω ΣΥΝΟΛΟ	800 (87,5, 84,8-89,8) 32 (3,5, 2,4-5,2) 35 (3,8, 2,7-5,5) 47 (5,1, 3,8-6,9) 914	936 (86,1, 83,4-88,4) 37 (3,4, 2,3-5,0) 34 (3,1, 2,3-4,3) 80 (7,4, 5,7-9,4) 1087	1736 (86,8, 84,7-88,6) 69 (3,4, 2,6-4,6) 69 (3,4, 2,7-4,4) 127 (6,3, 5,2-7,7) 2001	0,243
d13: Εάν καπνίζεις ή κάπνιζες, τι ηλικία είχες όταν κάπνισες για πρώτη φορά; κάτω από 10 χρονών 11-14 χρονών πάνω από 15 χρονών δεν θυμάμαι ΣΥΝΟΛΟ	25 (8,4, 5,6-12,5) 142 (48,0, 41,5-54,5) 114 (38,5, 32,5-44,9) 15 (5,1, 2,7-9,2) 296	14 (4,0, 2,6-6,1) 188 (53,4, 47,9-58,8) 134 (38,1, 32,6-43,8) 16 (4,5, 2,4-8,4) 352	39 (6,0, 4,4-8,2) 330 (50,9, 46,8-55,0) 248 (38,3, 34,4-42,3) 31 (4,8, 3,2-7,2) 648	0,174
d14: Έχεις ποτέ πει ποτό με αλκοόλ; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	833 (90,4, 87,8-92,5) 88 (9,6, 7,5-12,2) 921	960 (88,2, 85,6-90,5) 128 (11,8, 9,5-14,4) 1088	1793 (89,2, 87,3-91,0) 216 (10,8, 9,0-12,7) 2009	0,157
d14q01: Αν ναι, τι ηλικία είχες όταν ήπιας για πρώτη φορά ποτό με αλκοόλ; κάτω από 10 χρονών 11-14 χρονών πάνω από 15 χρονών δεν θυμάμαι ΣΥΝΟΛΟ	(833) 89 (10,7, 8,6-13,3) 436 (52,7, 48,3-56,9) 281 (33,9, 30,4-37,6) 22 (2,7, 1,9-3,8) 828	(960) 77 (8,0, 6,5-9,9) 490 (51,2, 47,6-54,8) 353 (36,9, 33,4-40,5) 37 (3,9, 2,8-5,4) 957	(1793) 166 (9,3, 8,0-10,7) 926 (51,9, 48,8-54,9) 634 (35,5, 32,8-38,3) 59 (3,3, 2,6-4,3) 1785	0,082
d15: Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα: από τις 7 ημέρες, πόσες μέρες πίνεις αλκοόλ; Καμία ημέρα την εβδομάδα 1 ημέρα την εβδομάδα 2 ημέρες την εβδομάδα 3 ημέρες την εβδομάδα 4 ημέρες την εβδομάδα 5 ημέρες την εβδομάδα 6 ημέρες την εβδομάδα 7 ημέρες την εβδομάδα ΣΥΝΟΛΟ	402 (44,4, 40,4-48,5) 307 (33,9, 30,6-37,3) 99 (10,9, 9,2-13,0) 40 (4,4, 3,1-6,2) 14 (1,5, 0,9-2,7) 4 (0,4, 0,1-1,4) 10 (1,1, 0,6-1,9) 30 (3,3, 2,3-4,8) 906	615 (57,6, 53,7-61,4) 316 (29,6, 26,1-33,3) 81 (7,6, 6,1-9,4) 35 (3,3, 2,1-5,1) 6 (0,6, 0,2-1,4) 4 (0,4, 0,1-1,0) 4 (0,4, 0,1-1,0) 7 (0,7, 0,3-1,3) 1068	1017 (51,5, 48,3-54,7) 623 (31,6, 29,0-34,3) 180 (9,1, 8,1-10,3) 75 (3,8, 2,9-5,0) 20 (1,0, 0,6-1,6) 8 (0,4, 0,2-0,8) 14 (0,7, 0,4-1,2) 37 (1,9, 1,3-2,7) 1974	<0,001

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%+)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%+)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d16: Κατά την διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες ημέρες ήπιες παραπάνω από ένα αλκοολούχο ποτό την ημέρα; Καμιά ημέρα 1 ή 2 ημέρες 3-5 ημέρες 6-9 ημέρες 10-19 ημέρες 20-29 ημέρες Όλες τις 30 ημέρες ΣΥΝΟΛΟ	467 (51,4, 47,0-55,7) 267 (29,4, 26,0-33,0) 93 (10,2, 8,1-12,8) 45 (5,0, 3,8-6,4) 20 (2,2, 1,4-3,4) 5 (0,6, 0,2-1,3) 12 (1,3, 0,8-2,2) 909	607 (56,8, 52,6-60,9) 315 (29,5, 26,4-32,8) 92 (8,6, 6,8-10,8) 29 (2,7, 1,8-4,1) 17 (1,6, 1,0-2,6) 1 (0,1, 0,0-0,7) 8 (0,7, 0,3-1,9) 1069	1074 (54,3, 51,0-57,5) 582 (29,4, 27,1-31,8) 185 (9,4, 7,9-11,0) 74 (3,7, 3,0-4,6) 37 (1,9, 1,4-2,6) 6 (0,3, 0,1-0,7) 20 (1,0, 0,6-1,7) 1978	0.039
d17: Σου έχουν ποτέ προσφέρει ναρκωτικά; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	163 (17,9, 15,2-21,0) 748 (82,1, 79,0-84,8) 911	106 (9,8, 8,0-11,9) 977 (90,2, 88,1-92,0) 1083	269 (13,5, 11,7-15,4) 1725 (86,5, 84,6-88,3) 1994	<0,001
d18: Έχεις ποτέ, έστω και μια φορά, χρησιμοποιήσει ναρκωτικά; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	55 (6,1, 4,7-7,9) 849 (93,9, 92,1-95,3) 904	38 (3,5, 2,4-5,2) 1037 (96,5, 94,8-97,6) 1075	93 (4,7, 3,7-5,9) 1886 (95,3, 94,1-96,3) 1979	0,018
d19: Πόσο εύκολο θα ήταν για σένα να βρεις ναρκωτικά, αν το επιθυμούσες; Πολύ εύκολο Αρκετά εύκολο Αρκετά δύσκολο Πολύ δύσκολο ΣΥΝΟΛΟ	211 (23,8, 20,5-27,5) 256 (28,9, 25,7-32,3) 148 (16,7, 14,5-19,9) 271 (30,6, 27,9-33,4) 886	176 (16,7, 14,1-19,6) 268 (25,4, 22,5-28,6) 207 (19,6, 16,7-23,0) 403 (38,2, 34,5-42,1) 1054	387 (19,9, 17,7-22,4) 524 (27,0, 24,9-29,2) 355 (18,3, 16,4-20,4) 674 (34,7, 32,4-37,2) 1940	<0,001
d20: Θα αναζητούσες περισσότερες πληροφορίες για τα ναρκωτικά; Ναι θα αναζητούσα Όχι ξέρω αρκετά Όχι δεν με ενδιαφέρει ΣΥΝΟΛΟ	129 (14,2, 11,9-16,9) 255 (28,1, 25,3-31,1) 523 (57,7, 53,6-61,6) 907	269 (25,0, 22,2-27,9) 272 (25,2, 22,1-28,7) 537 (49,8, 46,7-53,0) 1078	398 (20,1, 18,1-22,2) 527 (26,5, 24,1-29,1) 1060 (53,4, 50,4-56,4) 1985	<0,001
d21m: Έχεις ποτέ οδηγήσει μηχανάκι; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	452 (49,7, 45,5-53,9) 458 (50,3, 46,1-54,5) 910	268 (24,7, 21,6-28,1) 817 (75,3, 71,9-78,4) 1085	720 (36,1, 33,2-39,1) 1275 (63,9, 60,9-66,8) 1995	<0,001
d22: Έχεις ποτέ οδηγήσει αυτοκίνητο; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	572 (62,7, 59,6-65,6) 341 (37,3, 34,4-40,4) 913	320 (29,5, 26,8-32,3) 765 (70,5, 67,7-73,2) 1085	892 (44,6, 42,5-46,8) 1106 (55,4, 53,2-57,5) 1998	<0,001
d23: Έχεις δίπλωμα οδήγησης για μηχανάκι; Ναι Όχι ΣΥΝΟΛΟ	29 (3,2, 2,2-4,6) 880 (96,8, 95,4-97,8) 909	6 (0,6, 0,2-1,2) 1077 (99,4, 98,8-99,8) 1083	35 (1,8, 1,2-2,5) 1957 (98,2, 97,5-98,8) 1992	<0,001
d24: Όταν είσαι επιβάτης σε αυτοκίνητο χρησιμοποιείς ζώνη ασφαλείας; Ποτέ Σπάνια Τις περισσότερες φορές Πάντα ΣΥΝΟΛΟ	57 (6,2, 4,8-8,1) 199 (21,8, 19,2-24,7) 348 (38,2, 34,8-41,6) 308 (33,8, 31,0-36,6) 912	37 (3,4, 2,5-4,7) 270 (24,7, 22,4-27,6) 416 (38,3, 35,4-41,4) 362 (33,4, 30,5-36,3) 1085	94 (4,7, 3,9-5,6) 469 (23,5, 21,7-25,4) 764 (38,3, 35,7-40,9) 670 (33,6, 31,3-35,8) 1997	0,015

	Αγόρια N (% ΔΑ 95%†)* (n=927)	Κορίτσια N (% ΔΑ 95%†)* (n=1092)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d25: Όταν είσαι επιβάτης ή οδηγός σε μηχανάκι, χρησιμοποιείς κράνος;				
Ποτέ	163 (17,9, 14,9-21,3)	178 (16,4, 13,9-19,3)	341 (17,1, 15,1-19,3)	0,393
Σπάνια	221 (24,3, 21,0-27,8)	238 (22,0, 19,0-25,2)	459 (23,0, 20,7-25,5)	
Τις περισσότερες φορές	173 (19,0, 16,3-22,0)	219 (20,2, 17,4-23,3)	392 (19,6, 17,5-22,0)	
Πάντα	177 (19,4,16,5-22,7)	202 (18,6, 16,5-21,0)	379 (19,0, 17,0-21,1)	
Δεν έχω ανέβει ποτέ σε μηχανάκι	177 (19,4, 16,5-22,7)	247 (22,8, 20,0-25,8)	424 (21,3, 19,1-23,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	911	1084	1995	
d26: Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά ένοιωδες λυπημένος /η;				
Ποτέ	216 (23,6, 21,0-26,4)	79 (7,3, 5,8-9,1)	295 (14,8, 13,1-16,5)	<0,001
Σπάνια	530 (58,0, 54,3-61,6)	508 (46,8, 43,8-49,8)	1038 (51,9, 49,4-54,5)	
Τις περισσότερες φορές	148 (16,2, 13,4-19,4)	463 (42,7, 39,6-45,8)	611 (30,6, 28,3-33,0)	
Πάντα	20 (2,2, 1,3-3,7)	35 (3,2, 2,3-4,5)	55 (2,8, 2,0-3,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	914	1085	1999	
d27: Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά είχες πρόβλημα με τον ύπνο σου, δηλαδή δεν μπορούσες να κοιμηθείς ή ξυπνούσες εύκολα ή κοιμόσουν υπερβολικά;				
Ποτέ	406 (44,4, 40,8-48,0)	349 (32,2, 29,1-35,4)	755 (37,8, 35,3-40,3)	<0,001
Σπάνια	313 (34,2, 31,0-37,6)	366 (33,7, 31,0-36,5)	679 (34,0, 31,6-36,3)	
Τις περισσότερες φορές	160 (17,5, 15,2-20,0)	299 (27,6, 24,8-30,5)	459 (22,9, 21,0-25,0)	
Πάντα	36 (3,9, 2,9-5,3)	71 (6,5, 5,2-8,3)	107 (5,3, 4,4-6,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	915	1085	2000	
d28: Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά ένοιωσες άσχημα για τον εαυτό σου, ότι έχεις αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσες την οικογένειά σου;				
Ποτέ	391 (42,7, 39,0-46,5)	292 (26,9, 24,0-30,1)	683 (34,2, 31,4-37,1)	<0,001
Σπάνια	367 (40,1, 37,1-43,7)	392 (36,2, 33,5-39,0)	759 (38,0, 36,0-40,0)	
Τις περισσότερες φορές	128 (14,0, 11,9-16,3)	321 (29,6, 27,2-32,2)	449 (22,5, 20,5-24,5)	
Πάντα	29 (3,2, 2,3-4,4)	79 (7,3, 6,0-8,8)	108 (5,4, 4,5-6,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	915	1084	1999	
d29: Είχες ποτέ σεξουαλική επαφή;				
Ναι	397 (43,7, 39,7-47,7)	238 (22,0, 18,9-25,4)	635 (31,9, 29,3-34,6)	<0,001
Όχι	512 (56,3, 52,3-60,3)	843 (78,0, 74,6-81,1)	1355 (68,1, 65,4-70,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	909	1081	1990	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απουσίες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

Πίνακας Π5: Ερωτήσεις σχετικά με την τελευταία επίσκεψη του/της έφηβου σε γιατρό κατά κατηγορία πόλης.

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%+)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%+)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%+)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
α01±: Χρόνος από τελευταία ιατρική επίσκεψη					
1 μήνας	550 (50,2, 44,7-55,7)	144 (40,0, 34,4-45,9)	179 (43,4, 37,5-49,6)	873 (46,7, 43,1-50,4)	0.054
1-6 μήνες	449 (41,0, 35,9-46,3)	184 (51,1, 45,0-57,2)	194 (47,1, 40,7-53,6)	827 (44,3, 40,7-47,9)	
6-12 μήνες	97 (8,9, 6,7-11,7)	32 (8,9, 6,7-11,8)	39 (9,5, 6,9-12,8)	168 (9,0, 7,5-10,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	1096	360	412	1868	
α02gr±: Ειδικότητα ιατρού τελ. επ.					
Παιδίατρος	295 (25,7, 22,4-29,3)	48 (12,8, 8,5-18,8)	102 (24,1, 19,3-29,7)	445 (22,9, 20,4-25,5)	0.008
Παθολόγος	375 (32,7, 29,2-36,4)	174 (46,4, 39,5-53,4)	141 (33,3, 25,9-41,7)	690 (35,5, 32,5-38,6)	
Ωτορινολαρυγγολόγος	35 (3,0, 2,1-4,4)	13 (3,5, 2,0-5,9)	30 (7,1, 5,1-9,8)	78 (4,0, 3,2-5,0)	
Ορθοπαιδικός	109 (9,5, 7,6-11,8)	33 (8,8, 5,9-12,9)	38 (9,0, 5,6-14,0)	180 (9,2, 7,7-11,0)	
Γυναικολόγος	19 (1,7, 1,0-2,6)	13 (3,5, 1,9-6,3)	6 (1,4, 0,6-3,2)	38 (2,0, 1,4-2,7)	
Δερματολόγος	46 (4,0, 2,7-5,9)	13 (3,5, 1,7-7,1)	25 (5,9, 4,0-8,6)	84 (4,3, 3,3-5,6)	
Καρδιολόγος	72 (6,3, 4,5-8,6)	18 (4,8, 2,7-8,3)	13 (3,1, 1,4-6,7)	103 (5,3, 4,0-6,9)	
Οδοντίατρος/Ορθοδοντικός	75 (6,5, 4,9-8,6)	25 (6,7, 4,9-9,0)	28 (6,6, 3,6-12,0)	128 (6,6, 5,3-8,2)	
Οφθαλμίατρος	48 (4,2, 2,9-6,0)	19 (5,1, 3,3-7,6)	17 (4,0, 2,0-7,9)	84 (4,3, 3,3-5,6)	
Άλλη ειδικότητα	74 (6,4, 5,0-8,2)	19 (5,1, 2,5-9,9)	23 (5,4, 3,5-8,4)	116 (6,0, 4,8-7,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	1148	375	423	1946	
α04±: Χώρος τελευταίας ιατρ. επ.					
Σε ιατρείο του γιατρού	868 (75,2, 71,0-79,0)	250 (66,1, 57,3-73,9)	345 (80,0, 74,6-84,5)	1463 (74,5, 71,4-77,4)	0.045
Σε χώρο του ασφαλιστικού ταμείου	128 (11,1, 8,4-14,5)	63 (16,7, 12,7-21,6)	38 (8,8, 6,5-11,9)	229 (11,7, 9,7-13,9)	
Σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου	92 (8,0, 6,4-10,0)	32 (8,5, 4,6-15,0)	30 (7,0, 5,0-9,7)	154 (7,8, 6,5-9,5)	
Σε ιατρείο του Κέντρου Υγείας	66 (5,7, 4,2-7,7)	33 (8,7, 5,6-13,5)	18 (4,2, 2,3-7,5)	117 (6,0, 4,8-7,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	1154	378	431	1963	
α06±: Αιτία της τελευταίας ιατρ. επ.					
Παρακολούθηση ή/και εμβολιασμός	265 (22,9, 19,8-26,2)	78 (20,7, 18,3-23,3)	94 (21,8, 17,9-26,3)	437 (22,2, 20,2-24,4)	<0,001
Ήμουν άρρωστος/η	235 (20,3, 17,3-23,6)	108 (28,6, 22,1-36,2)	132 (30,6, 25,7-36,0)	475 (24,1, 21,6-26,8)	
Βεβαίωση υγείας για γυμναστική	445 (38,4, 34,5-42,4)	106 (28,1, 22,6-34,4)	102 (23,7, 17,9-30,6)	653 (33,2, 30,3-36,3)	
Άλλη αιτία	214 (18,5, 16,1-21,0)	85 (22,5, 18,0-27,9)	103 (23,9, 19,3-29,3)	402 (20,4, 18,5-22,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1159	377	431	1967	
α09: Συνοδός ενήλικος					
Ναι	1018 (85,6, 82,3-88,4)	289 (74,5, 68,4-79,7)	355 (81,1, 74,9-86,0)	1662 (82,5, 80,0-84,7)	0.002
Όχι	171 (14,4, 11,6-17,7)	99 (25,5, 20,3-31,6)	83 (18,9, 14,0-25,1)	353 (17,5, 15,3-20,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	1189	388	438	2015	

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%†)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%†)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%†)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
α10: Ο γιατρός απευθυνόταν					
<i>Μόνο σε εσένα</i>	257 (21,7, 18,1-25,8)	129 (33,5, 28,8-38,6)	110 (25,2, 20,3-30,9)	496 (24,8, 22,1-27,6)	0.003
<i>Κυρίως σε εσένα</i>	733 (62,0, 57,9-25,8)	221 (57,4, 50,1-64,4)	265 (60,8, 56,8-64,5)	1219 (60,8, 57,9-63,7)	
<i>Μόνο στο/η συνοδό σου</i>	27 (2,3, 1,6-3,3)	7 (1,8, 1,1-3,1)	12 (2,8, 1,6-4,8)	46 (2,3, 1,7-3,0)	
<i>Κυρίως στο/η συνοδό σου</i>	166 (14,0, 11,8-16,6)	28 (7,3, 4,6-11,3)	49 (11,2, 8,7-14,5)	243 (12,1, 10,5-13,9)	
ΣΥΝΟΛΟ	1183	385	436	2004	
α11: Κατά τη διάρκεια της τελευταίας επίσκεψης, τι συνέβη;					
α11α05: Αισθάνθηκα ότι δεν υπήρχε χρόνος να συζητήσουμε άλλα θέματα, που με απασχολούν.					
<i>Συμφωνώ</i>	226 (19,1, 16,3-22,1)	85 (22,0, 18,5-26,0)	72 (16,4, 13,7-19,6)	383 (19,1, 17,2-21,1)	0,040
<i>Μάλλον συμφωνώ</i>	163 (13,8, 12,0-15,7)	41 (10,6, 8,2-13,6)	61 (13,9, 11,5-16,8)	265 (13,2, 11,9-14,6)	
<i>Μάλλον διαφωνώ</i>	201 (17,0, 14,9-19,2)	76 (19,7, 16,1-23,9)	103 (23,5, 19,3-28,3)	380 (18,9, 17,2-20,8)	
<i>Διαφωνώ</i>	501 (42,3, 39,5-45,1)	145 (37,6, 33,7-41,6)	164 (37,4, 33,6-41,5)	810 (40,3, 38,3-42,3)	
<i>Δεν ξέρω</i>	94 (7,9, 6,9-9,1)	39 (10,1, 7,1-14,3)	38 (8,7, 5,4-13,7)	171 (8,5, 7,3-9,9)	
ΣΥΝΟΛΟ	1185	386	438	2009	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απύουσες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

Πίνακας Π6: Ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες επισκέψεων του/της έφηβου σε γιατρό κατά κατηγορία πόλης.

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%†)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%†)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%†)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b02gr‡: Ειδικότητα ιατρού που συνήθως επισκέπτεσαι					
Παιδίατρος	377 (35,2, 31,3-39,3)	69 (18,8, 14,5-24,0)	124 (31,1, 25,8-36,9)	570 (31,0, 28,2-34,0)	0,001
Παθολόγος	397 (37,1, 33,1-41,3)	209 (56,9, 50,2-63,4)	164 (41,1, 36,0-46,5)	770 (41,9, 38,9-44,9)	
Ωτορινολαρυγγολόγος	19 (1,8, 1,2-2,7)	6 (1,6, 0,9-2,8)	11 (2,8, 1,6-4,6)	36 (2,0, 1,5-2,6)	
Ορθοπαιδικός	69 (6,4, 5,0-8,2)	20 (5,4, 3,6-8,2)	31 (7,8, 5,4-11,0)	120 (6,5, 5,4-7,8)	
Δερματολόγος	16 (1,5, 0,8-2,8)	13 (3,5, 1,5-8,3)	6 (1,5, 0,9-2,6)	35 (1,9, 1,2-2,9)	
Καρδιολόγος	18 (1,7, 1,0-2,8)	7 (1,9, 1,1-3,4)	7 (1,8, 0,7-4,4)	32 (1,7, 1,2-2,5)	
Οδοντίατρος/Ορθοδοντικός	87 (8,1, 6,4-10,3)	20 (5,4, 3,5-8,4)	25 (6,3, 3,7-10,3)	132 (7,2, 5,9-8,7)	
Οφθαλμίατρος	31 (2,9, 1,9-4,3)	5 (1,4, 0,5-3,4)	12 (3,0, 1,0-9,1)	48 (2,6, 1,8-3,9)	
Άλλη ειδικότητα	57 (5,3, 4,0-7,0)	18 (4,9, 3,2-7,5)	19 (4,8, 2,7-8,3)	94 (5,1, 4,1-6,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	1071	367	399	1837	
b03‡: Ο γιατρός που επισκέπτεσαι είναι					
Πάντα το ίδιο πρόσωπο	553 (47,8, 44,8-50,8)	150 (40,4, 36,5-44,5)	220 (51,8, 47,8-55,7)	923 (47,2, 45,2-49,3)	0,044
Τις πιο πολλές φορές το ίδιο πρόσωπο	475 (41,0, 37,9-44,3)	170 (45,8, 41,1-50,6)	170 (40,0, 36,6-43,5)	815 (41,7, 39,5-43,9)	
Τις πιο πολλές φορές διαφορετικό πρόσωπο	130 (11,2, 8,9-14,1)	51 (13,7, 9,7-19,1)	35 (8,2, 5,3-12,6)	216 (11,1, 9,3-13,1)	
ΣΥΝΟΛΟ	1158	371	425	1954	
b07‡: Χώρος ιατρικής επίσκεψης					
Συνήθως στο ιατρείο του/της γιατρού	914 (78,6, 74,4-82,3)	259 (68,5, 60,4-75,6)	368 (86,2, 82,8-89,0)	1541 (78,3, 75,4-81,0)	0,002
Συνήθως στο χώρο ασφαλ. ταμείου	127 (10,9, 8,5-13,9)	68 (18,0, 12,4-25,3)	27 (6,3, 4,6-8,7)	222 (11,3, 9,4-13,5)	
Συνήθως στα Ε.Ι. νοσοκομείου	42 (3,6, 2,5-5,1)	12 (3,2, 1,3-7,7)	16 (3,7, 2,7-5,1)	70 (3,6, 2,7-4,7)	
Συνήθως στο ιατρείο του Κέν. Υγείας	53 (4,6, 3,3-6,2)	22 (5,8, 3,4-9,7)	10 (2,3, 1,0-5,2)	85 (4,3, 3,4-5,5)	
Συνήθως σε διαφορ. μέρος κάθε φορά	27 (2,3, 1,5-3,6)	17 (4,5, 2,5-7,9)	6 (1,4, 0,5-4,1)	50 (2,5, 1,8-3,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	1163	378	427	1968	
b11‡: Έχεις ποτέ πάει μόνος/η στο γιατρό σου;					
Ναι	453 (39,3, 35,4-43,2)	214 (58,0, 50,2-65,4)	240 (56,9, 48,0-65,3)	907 (46,7, 43,4-49,9)	<0,001
Όχι	701 (60,7, 56,8-64,6)	155 (42,0, 34,6-49,8)	182 (43,1, 34,7-52,0)	1038 (53,4, 50,1-56,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	1154	369	422	1945	
b12: Αντιμετωπίζεις πρόβλημα επικοινωνίας με το γιατρό;					
Ναι	679 (57,1, 52,3-61,7)	109 (28,1, 19,9-38,1)	229 (52,3, 43,7-60,8)	1017 (50,4, 46,4-54,4)	<0,001
Όχι	511 (42,9, 38,3-47,7)	279 (71,9, 61,9-80,1)	209 (47,7, 39,2-56,3)	999 (49,6, 45,6-53,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	1190	388	438	2016	

b13: Εάν αντιμετωπίζεις πρόβλημα επικοινωνίας με το γιατρό (b12=Ναι), τι από τα παρακάτω θεωρείς πρόβλημα;					
	Αθήνα N (% ΔΑ 95%+)* (n=679)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%+)* (n=109)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%+)* (n=229)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=1017)	Τιμή κριτηρίου P
b13q01: Δεν έχω δικό μου γιατρό.					
Ναι	175 (25,8, 22,0-29,9)	40 (37,0, 28,1-46,9)	51 (22,3, 17,1-28,4)	266 (26,2, 23,2-29,4)	0,024
Όχι	504 (74,2, 70,1-78,0)	68 (63,0, 53,1-71,9)	178 (77,7, 71,6-82,9)	750 (73,8, 70,6-76,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	679	108	229	1016	
b13q02: Ο γιατρός δεν μου δίνει αρκετό χρόνο.					
Ναι	106 (15,6, 12,3-19,7)	32 (29,6, 19,6-42,1)	38 (16,6, 13,8-19,8)	176 (17,3, 14,7-20,4)	0.009
Όχι	573 (84,4, 80,3-87,7)	76 (70,4, 57,9-80,4)	191 (83,4, 80,2-86,2)	840 (82,7, 79,6-85,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	679	108	229	1016	
b13q03: Δεν υπάρχει απόρρητο (ότι συζητήσουμε θα το μεταφέρει στους γονείς μου).					
Ναι	293 (43,2, 38,8-47,6)	49 (45,4, 35,9-55,2)	124 (54,1, 48,4-59,8)	466 (45,9, 42,5-49,3)	0,017
Όχι	386 (56,8, 52,4-61,2)	59 (54,6, 44,8-64,1)	105 (45,9, 40,2-51,6)	550 (54,1, 50,7-57,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	679	108	229	1016	
b13q08: Δεν μιλάμε ίδια γλώσσα.					
Ναι	119 (17,5, 14,6-20,9)	32 (29,6, 19,7-41,9)	51 (22,3, 17,7-27,6)	202 (19,9, 17,3-22,7)	0,025
Όχι	560 (82,5, 79,1-85,4)	76 (70,4, 58,1-80,3)	178 (77,7, 72,4-82,3)	814 (80,1, 77,3-82,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	679	108	229	1016	
b13q10: Ο γιατρός δεν με αντιμετωπίζει με εκτίμηση και σεβασμό.					
Ναι	85 (12,5, 9,9-15,7)	25 (23,1, 14,7-34,4)	26 (11,4, 8,1-15,6)	136 (13,4, 11,2-15,9)	0,017
Όχι	594 (87,5, 84,3-90,1)	83 (76,9, 65,6-85,3)	203 (88,6, 84,4-91,9)	880 (86,6, 84,1-88,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	679	108	229	1016	
b13q13: Οι γιατροί νομίζουν ότι είμαι ακόμα μικρό παιδί και δεν καταλαβαίνω.					
Ναι	220 (32,4, 29,0-36,0)	50 (46,3, 36,3-56,6)	98 (42,8, 35,7-50,3)	368 (36,2, 33,2-39,3)	0.004
Όχι	459 (67,6, 64,0-71,0)	58 (53,7, 43,4-63,7)	131 (57,2, 49,7-64,3)	648 (63,8, 60,7-66,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	679	108	229	1016	

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%+)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%+)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%+)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
b14q05‡: Οι γονείς μου δεν θα με άφηναν να μιλήσω μόνος/η μου σε γιατρό.					
Συμφωνώ	69 (6,0 4,6-7,8)	13 (3,5 2,1-6,0)	27 (6,6 4,6-9,3)	109 (5,7 4,6-6,9)	0,098
Μάλλον συμφωνώ	83 (7,2 5,8-9,1)	21 (5,7 3,6-9,0)	42 (10,2 7,7-13,4)	146 (7,6 6,4-8,9)	
Μάλλον διαφωνώ	194 (16,9 14,8-19,2)	69 (18,8 15,9-22,1)	71 (17,3 13,4-22,1)	334 (17,4 15,7-19,1)	
Διαφωνώ	800 (69,8 67,0-72,4)	264 (71,9 66,6-76,7)	270 (65,9 60,9-70,5)	1334 (69,4 67,2-71,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1180	387	436	2003	
b15: Ποια θέματα έχεις ανάγκη να συζητήσεις;					
b15q02: Για το ύψος μου					
Θέλω να συζητήσω	305 (26,2 24,0-28,4)	101 (26,3 21,1-32,3)	114 (26,0 21,8-30,7)	520 (26,2 24,2-28,2)	0,095
Το έχω ήδη συζητήσει	378 (32,4 29,8-35,1)	101 (26,3 20,4-33,1)	162 (37,0 31,1-43,2)	641 (32,2 29,8-34,7)	
Δε με απασχολεί	483 (41,4 38,5-44,4)	182 (47,4 44,6-50,2)	162 (37,0 29,7-45,0)	827 (41,6 39,1-44,1)	
ΣΥΝΟΛΟ	1166	384	438	1988	
b15q03: Για την διατροφή μου					
Θέλω να συζητήσω	508 (43,2 40,6-45,9)	170 (44,3 38,1-50,6)	223 (50,9 47,1-54,7)	901 (45,1 42,9-47,3)	0,068
Το έχω ήδη συζητήσει	438 (37,3 34,5-40,1)	128 (33,3 25,9-41,7)	148 (33,8 31,3-36,3)	714 (35,8 33,5-38,1)	
Δε με απασχολεί	229 (19,5 16,9-22,4)	86 (22,4 17,5-28,1)	67 (15,3 12,8-18,1)	382 (19,1 17,2-21,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	1175	384	438	1997	
b15q16: Για το ότι αισθάνομαι συχνά μόνος/η και θλιμμένος/η.					
Θέλω να συζητήσω	397 (33,9 31,4-36,4)	121 (31,4 26,2-37,2)	173 (39,6 33,9-45,6)	691 (34,7 32,5-36,9)	0,072
Το έχω ήδη συζητήσει	119 (10,2 8,8-11,7)	32 (8,3 5,9-11,5)	32 (7,3 5,9-9,1)	183 (9,2 8,1-10,3)	
Δε με απασχολεί	656 (56,0 53,4-58,5)	232 (60,3 54,1-66,1)	232 (53,1 47,0-59,1)	1120 (56,2 53,8-58,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1172	385	437	1994	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απύουσες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

Πίνακας Π7: Ερωτήσεις σχετικά με τον/την έφηβο/η το σπίτι και την οικογένειά του/της κατά κατηγορία πόλης.

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%+)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%+)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%+)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
c03gr: Χώρα γέννησης					
Ελλάδα	1076 (92,2, 87,6-95,2)	334 (87,2, 80,0-92,1)	401 (95,2, 92,0-97,2)	1811 (91,9, 89,0-94,1)	0,006
Αλβανία	58 (5,0, 2,8-8,8)	17 (4,4, 2,0-9,5)	5 (1,2, 0,5-3,0)	80 (4,1, 2,6-6,4)	
Άλλη	33 (2,8, 1,8-4,3)	32 (8,4, 4,8-14,1)	15 (3,6, 1,8-7,0)	80 (4,1, 3,0-5,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1167	383	421	1971	
c06: Έχεις αδέρφια;					
Ναι	1012 (85,2, 82,9-87,2)	327 (84,9, 80,7-88,4)	392 (90,1, 86,6-92,8)	1731 (86,2, 84,5-87,7)	0,043
Όχι	176 (14,8, 12,8-17,1)	58 (15,1, 11,6-19,3)	43 (9,9, 7,2-13,4)	277 (13,8, 12,3-15,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1188	385	435	2008	
c08: Έχεις εβδομαδιαίο χαρτζιλίκι;					
Ναι	907 (76,7, 73,8-79,3)	287 (74,7, 68,7-79,9)	359 (82,7, 76,8-87,4)	1553 (77,6, 75,2-79,9)	0,083
Όχι	276 (23,3, 20,7-26,2)	97 (25,3, 20,1-31,3)	75 (17,3, 12,6-23,2)	448 (22,4, 20,1-24,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	1183	384	434	2001	
c11ragr: Χώρα γέννησης πατέρα					
Ελλάδα	1011 (86,3, 80,2-90,8)	308 (80,4, 71,6-87,0)	410 (94,9, 92,1-96,8)	1729 (87,1, 83,2-90,1)	0,002
Αλβανία	80 (6,8, 4,0-11,4)	21 (5,5, 2,4-11,8)	10 (2,3, 1,0-5,2)	111 (5,6, 3,7-8,4)	
Άλλη	80 (6,8, 4,9-9,4)	54 (14,1, 9,4-20,6)	12 (2,8, 1,6-4,7)	146 (7,4, 5,8-9,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	1171	383	432	1986	
c11tigr: Χώρα γέννησης μητέρας					
Ελλάδα	997 (85,0, 79,1-89,5)	302 (78,2, 69,4-85,1)	396 (91,7, 87,3-94,6)	1695 (85,1, 81,3-88,3)	0,003
Αλβανία	83 (7,1, 4,2-11,6)	20 (5,2, 2,2-11,5)	8 (1,9, 0,8-4,4)	111 (5,6, 3,7-8,4)	
Άλλη	93 (7,9, 5,9-10,6)	64 (16,6, 12,0-22,5)	28 (6,5, 4,3-9,7)	185 (9,3, 7,7-11,2)	
ΣΥΝΟΛΟ	1173	386	432	1991	
c12ragr: Ηλικία πατέρα					
<45	273 (25,2, 22,0-28,7)	117 (33,6, 27,4-40,4)	76 (18,7, 14,0-24,4)	466 (25,4, 22,8-28,1)	0,003
45-54	652 (60,2, 56,8-63,5)	191 (54,9, 47,9-61,6)	276 (67,8, 60,8-74,1)	1119 (60,9, 58,1-63,6)	
≥55	158 (14,6, 12,5-17,0)	40,0 (11,5, 9,2-14,2)	55 (13,5, 10,6-17,1)	253 (13,8, 12,3-15,4)	
ΣΥΝΟΛΟ	1083	348	407	1838	
c14: Τύπος ασφάλισης					
Ασφαλιστικό Ταμείο	727 (61,4, 57,7-64,9)	290 (74,7, 70,6-78,5)	303 (69,3, 64,7-73,6)	1320 (65,7, 63,1-68,1)	0,002
Ιδιωτική ασφάλιση	32 (2,7, 1,9-3,7)	7 (1,8, 0,7-4,5)	11 (2,5, 1,4-4,4)	50 (2,5, 1,9-3,3)	
Ιδιωτική ασφάλιση και ασφαλιστικό	137 (11,6, 9,5-14,0)	30 (7,7, 5,1-11,5)	30 (6,9, 4,8-9,7)	197 (9,8, 8,4-11,5)	
Δεν ξέρω/δεν θυμάμαι	289 (24,4, 21,3-27,7)	61 (15,7, 11,4-21,3)	93 (21,3, 17,4-25,8)	443 (22,0, 19,8-24,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1185	388	437	2010	

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%†)* (n=864)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%†)* (n=320)	Άλλη πόλη N (% ΔΑ 95%†)* (n=333)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=1517)	Τιμή κριτηρίου P
<i>c15‡: Εάν είστε ασφαλισμένοι σε ασφαλιστικό ταμείο, ποιο;</i>					
<i>ΙΚΑ</i>	426 (52,6, 48,2-56,9)	180 (58,4, 48,7-67,5)	123 (38,4, 33,0-44,2)	729 (50,7, 47,3-54,1)	<0.001
<i>ΟΓΑ</i>	6 (0,7, 0,4-1,5)	4 (1,3, 0,6-2,8)	10 (3,1, 1,8-5,3)	20 (1,4, 1,0-2,0)	
<i>ΤΕΒΕ</i>	135 (16,7, 14,2-19,7)	61 (19,8, 14,3-26,8)	70 (21,9, 15,6-29,7)	266 (18,5, 16,1-21,2)	
<i>Δημόσιο</i>	149 (18,4, 15,3-22,0)	44 (14,3, 10,0-19,9)	89 (27,8, 20,0-37,3)	282 (19,6, 16,9-22,6)	
<i>Άλλο</i>	94 (11,6, 9,2-14,6)	19 (6,2, 4,7-8,1)	28 (8,8, 5,4-14,0)	141 (9,8, 8,1-11,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	810	308	320	1438	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απύουσες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

Πίνακας Π8: Ερωτήσεις σχετικά με θέματα υγείας του/της εφήβου κατά κατηγορία πόλης.

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%+)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%+)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%+)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d10: Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα. Από τις 7 ημέρες, πόσες μέρες τρως/πίνεις συνήθως;					
d10kantgr: κάτι αγορασμένο από την καντίνα του σχολείου					
Καμία ημέρα την εβδομάδα	251 (21,5, 18,7-24,7)	57 (15,0, 10,9-20,4)	68 (15,7, 13,1-18,7)	376 (19,0, 17,0-21,2)	<0,001
1-3 ημέρες την εβδομάδα	490 (42,1, 38,3-45,9)	163 (42,9, 37,1-48,9)	145 (33,5, 30,2-36,9)	798 (40,3, 37,7-43,0)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	424 (36,4, 32,7-40,2)	160 (42,1, 36,3-48,1)	220 (50,8, 47,1-54,5)	804 (40,6, 38,0-43,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	1165	380	433	1978	
d10xambgr: χάμπουργκερ					
Καμία ημέρα την εβδομάδα	567 (49,2, 45,2-53,2)	139 (36,6, 30,9-42,7)	194 (45,2, 39,4-51,2)	900 (45,9, 43,0-48,8)	0,012
1-3 ημέρες την εβδομάδα	544 (47,2, 43,1-51,3)	223 (58,7, 52,3-64,8)	211 (49,2, 43,4-54,9)	978 (49,8, 46,9-52,8)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	42 (3,6, 2,4-5,5)	18 (4,7, 3,3-6,7)	24 (5,6, 3,1-9,8)	84 (4,3, 3,2-5,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	1153	380	429	1962	
d10soungr: σουθλάκι					
Καμία ημέρα την εβδομάδα	159 (13,7, 11,0-16,8)	134 (35,4, 31,8-39,1)	61 (14,2, 11,0-18,2)	354 (17,9, 15,9-20,2)	<0,001
1-3 ημέρες την εβδομάδα	838 (72,0, 68,2-75,5)	216 (57,0, 53,7-60,2)	312 (72,6, 67,9-76,8)	1366 (69,2, 66,7-71,7)	
4-7 ημέρες την εβδομάδα	167 (14,3, 11,4-17,9)	29 (7,7, 6,5-9,0)	57 (13,3, 10,6-16,4)	253 (12,8, 10,9-15,0)	
ΣΥΝΟΛΟ	1164	379	430	1973	
d15: Σκέψου μια συνηθισμένη εβδομάδα: από τις 7 ημέρες, πόσες μέρες πίνεις αλκοόλ;					
Καμία ημέρα την εβδομάδα	651 (56,1, 51,6-60,4)	180 (47,2, 41,8-52,8)	186 (43,1, 36,3-50,1)	1017 (51,5, 48,3-54,7)	<0,001
1 ημέρα την εβδομάδα	362 (31,2, 28,0-34,5)	113 (29,7, 26,3-33,3)	148 (34,3, 26,9-42,5)	623 (31,6, 29,0-34,3)	
2 ημέρες την εβδομάδα	78 (6,7, 5,3-8,5)	48 (12,6, 11,3-14,0)	54 (12,5, 9,9-15,6)	180 (9,1, 8,1-10,3)	
3 ημέρες την εβδομάδα	35 (3,0, 2,0-4,5)	20 (5,2, 2,6-10,5)	20 (4,6, 3,2-6,6)	75 (3,8, 2,9-5,0)	
4 ημέρες την εβδομάδα	8 (0,7, 0,3-1,4)	8 (2,1, 0,9-4,7)	4 (0,9, 0,3-2,8)	20 (1,0, 0,6-1,6)	
5 ημέρες την εβδομάδα	7 (0,6, 0,3-1,3)	0 (0,0)	1,0 (0,2, 0,0-1,7)	8 (0,4, 0,2-0,8)	
6 ημέρες την εβδομάδα	6 (0,5, 0,2-1,1)	5 (1,3, 0,4-3,8)	3 (0,7, 0,3-1,9)	14 (0,7, 0,4-1,2)	
7 ημέρες την εβδομάδα	14 (1,2, 0,7-2,1)	7 (1,8, 0,7-4,5)	16 (3,7, 2,1-6,4)	37 (1,9, 1,3-2,7)	
ΣΥΝΟΛΟ					

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%+)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%+)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%+)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%+)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d16: Κατά την διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών, πόσες ημέρες ήπιες παραπάνω από ένα αλκοολούχο ποτό την ημέρα;					
<i>Καμιά ημέρα</i>	683 (58,7, 54,0-63,2)	182 (47,6, 41,6-53,8)	209 (48,4, 42,3-54,5)	1074 (54,3, 51,0-57,5)	<0,001
<i>1 ή 2 ημέρες</i>	336 (28,9, 25,7-32,3)	126 (33,0, 28,5-37,7)	120 (27,8, 23,4-32,6)	582 (29,4, 27,1-31,8)	
<i>3-5 ημέρες</i>	91 (7,8, 6,0-10,2)	35 (9,2, 7,5-11,1)	59 (13,7, 10,5-17,6)	185 (9,4, 7,9-11,0)	
<i>6-9 ημέρες</i>	34 (2,9, 2,1-4,0)	21 (5,5, 3,6-8,4)	19 (4,4, 3,0-6,4)	74 (3,7, 3,0-4,6)	
<i>10-19 ημέρες</i>	10 (0,9, 0,5-1,6)	10 (2,6, 1,7-4,0)	17 (3,9, 2,3-6,7)	37 (1,9, 1,4-2,6)	
<i>20-29 ημέρες</i>	3 (0,3, 0,1-0,8)	1 (0,3, 0,0-2,1)	2 (0,5, 0,1-1,9)	6 (0,3, 0,1-0,7)	
<i>Όλες τις 30 ημέρες</i>	7 (0,6, 0,2-1,5)	7 (1,8, 0,7-5,0)	6 (1,4, 0,6-3,1)	20 (1,0, 0,6-1,7)	
ΣΥΝΟΛΟ	1164	382	432	1978	
d21m: Έχεις ποτέ οδηγήσει μηχανάκι;					
<i>Ναι</i>	389 (33,1, 29,8-36,6)	144 (37,5, 30,9-44,6)	187 (42,9, 35,2-50,9)	720 (36,1, 33,2-39,1)	0.049
<i>Όχι</i>	786 (66,9, 63,4-70,2)	240 (62,5, 55,4-69,1)	249 (57,1, 49,1-64,8)	1275 (63,9, 60,9-66,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	1175	384	436	1995	
d24: Όταν είσαι επιβάτης σε αυτοκίνητο χρησιμοποιείς ζώνη ασφαλείας;					
<i>Ποτέ</i>	49 (4,2, 3,3-5,2)	22 (5,7, 4,4-7,5)	23 (5,3, 3,2-8,6)	94 (4,7, 3,9-5,6)	<0,001
<i>Σπάνια</i>	238 (20,2, 17,9-22,7)	96 (25,0, 20,6-30,0)	135 (30,9, 26,8-35,4)	469 (23,5, 21,7-25,4)	
<i>Τις περισσότερες φορές</i>	446 (37,9, 34,4-41,6)	150 (39,1, 33,9-44,5)	168 (38,4, 33,8-43,3)	764 (38,3, 35,7-40,9)	
<i>Πάντα</i>	443 (37,7, 34,4-41,0)	116 (30,2, 26,5-34,2)	111 (25,4, 21,1-30,2)	670 (33,6, 31,3-35,8)	
ΣΥΝΟΛΟ	1176	384	437	1997	
d25: Όταν είσαι επιβάτης ή οδηγός σε μηχανάκι, χρησιμοποιείς κράνος;					
<i>Ποτέ</i>	166 (14,1, 12,4-16,1)	66 (17,2, 13,1-22,1)	109 (24,9, 18,7-32,4)	341 (17,1, 15,1-19,3)	0,002
<i>Σπάνια</i>	265 (22,6, 19,6-25,9)	75 (19,5, 15,1-24,9)	119 (27,2, 22,4-32,7)	459 (23,0, 20,7-25,5)	
<i>Τις περισσότερες φορές</i>	240 (20,4, 17,7-23,5)	79 (20,6, 17,5-24,0)	73 (16,7, 11,8-23,1)	392 (19,6, 17,5-22,0)	
<i>Πάντα</i>	237 (20,2, 17,5-23,1)	84 (21,9, 17,6-26,8)	58 (13,3, 9,7-17,9)	379 (19,0, 17,0-21,1)	
<i>Δεν έχω ανέβει ποτέ σε μηχανάκι</i>	266 (22,7, 19,8-25,8)	80 (20,8, 17,0-25,3)	78 (17,8, 13,0-24,1)	424 (21,3, 19,1-23,6)	
ΣΥΝΟΛΟ	1174	384	437	1995	

	Αθήνα N (% ΔΑ 95%†)* (n=1191)	Θεσσαλονίκη N (% ΔΑ 95%†)* (n=389)	Άλλες πόλεις N (% ΔΑ 95%†)* (n=439)	Σύνολο N (% ΔΑ 95%†)* (n=2019)	Τιμή κριτηρίου P
d28: Σκέψου τις τελευταίες 2 εβδομάδες: Πόσο συχνά ένοιωσες άσχημα για τον εαυτό σου, ότι έχεις αποτύχει σε όλα ή ότι απογοήτευσες την οικογένειά σου;					0.086
<i>Ποτέ</i>	415 (35,3, 31,5-39,2)	137 (35,6, 32,3-39,0)	131 (29,9, 23,2-37,6)	683 (34,2, 31,4-37,1)	
<i>Σπάνια</i>	431 (36,6, 34,2-39,2)	145 (37,7, 33,3-42,2)	183 (41,8, 37,0-46,7)	759 (38,0, 36,0-40,0)	
<i>Τις περισσότερες φορές</i>	254 (21,6, 19,1-24,3)	92 (23,9, 20,4-27,8)	103 (23,5, 19,1-28,6)	449 (22,5, 20,5-24,5)	
<i>Πάντα</i>	76 (6,5, 5,1-8,2)	11 (2,9, 1,7-4,8)	21 (4,8, 3,5-6,6)	108 (5,4, 4,5-6,5)	
ΣΥΝΟΛΟ	1176	385	438	1999	

* Ποσοστό σταθμισμένο για κατηγορία πόλεων καθώς και για δειγματοληπτικό σχεδιασμό (βλ. Ειδικό Μέρος, κεφ. 1.2, 1.5)

† ΔΑ 95%: Διάστημα Αξιοπιστίας κατά 95%

‡ Η επιλογή "Δεν ξέρω/Δεν θυμάμαι" έχει ενσωματωθεί στις απούσες τιμές (missings) λόγω πολύ μικρού ποσοστού (<7,5%)

