



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ**

Διευθυντής: Καθηγητής Α. Χατζάκης

**ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΤΑ ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΦΗΒΩΝ  
ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

**ΔΗΜΗΤΡΑ ΠΕΤΑΝΙΔΟΥ  
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**



**Ευρωπαϊκή Ένωση**  
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



**ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ**  
*επένδυση στην κοινωνία της γνώσης*

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ**

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



**ΕΣΠΑ  
2007-2013**  
πρόγραμμα για την ανάπτυξη  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Αθήνα, 2014

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ**

**Διευθυντής: Καθηγητής Α. Χατζάκης**

**ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΤΑ ΠΑΡΑΠΟΝΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΕΦΗΒΩΝ  
ΜΑΘΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΤΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**

---

**ΔΗΜΗΤΡΑ ΠΕΤΑΝΙΔΟΥ  
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**

**Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) – Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος ΙΙ . Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.**

**Αθήνα, 2014**

## ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

A) Ημερομηνία αιτήσεως υποψηφίου: 21.05.2007

B) Ημερομηνία ορισμού τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 10.10.2007

Γ) Μέλη τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

1. Γιάννης Τούντας, Καθηγητής (Επιβλέπων)
2. Υβόννη Κουμαντάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
3. Γεράσιμος Κολαΐτης, Αναπληρωτής Καθηγητής

Δ) Ημερομηνία ορισμού του θέματος: 15.04.2008

Ε) Πρόεδρος Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών: Καθηγητής Μελέτιος Αθανάσιος Δημόπουλος

ΣΤ) Μέλη επταμελούς εξεταστικής επιτροπής:

1. Τούντας Γιάννης
2. Υβόννη Κουμαντάκη
3. Γεράσιμος Κολαΐτης
4. Δημήτρης Πλουμπίδης
5. Βασιλική Μπενέτου
6. Κατερίνα Παπανικολάου
7. Στυλιανός Χριστογιώργος

## ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

### ΑΡΧΑΙΟ ΚΕΙΜΕΝΟ:

ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ, ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΟΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΝ ΤΗΝΔΕ. ΗΓΗΣΕΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΕΑΥΤΟΥ ΑΔΕΛΦΕΟΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ, ΗΝ ΧΡΗΖΩΣΙ ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ, ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ. ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΕΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣ ΚΑΙ ΤΟΙΣ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΩΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ. ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ. ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗ ΕΙΡΞΕΙΝ. ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ, ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ. ΑΓΝΩΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ , ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΔΡΑΣΙΝ ΠΡΗΞΙΟΣ ΤΗΣΔΕ. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ, ΕΞΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΙΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ. Α Δ' ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ Η ΙΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΕΙΗΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΙΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΣΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ, ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

## ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

### ΝΕΟΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΣΗ:

ΟΡΚΙΖΟΜΑΙ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΟΝ ΑΣΚΛΗΠΙΟ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΗΝ ΠΑΝΑΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΙΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΘΕΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΕΣ, ΕΠΙΚΑΛΟΥΜΕΝΟΣ ΑΥΤΟΥΣ ΩΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ, ΟΤΙ ΘΑ ΤΗΡΗΣΩ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ ΑΥΤΟΝ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΚΑΙ ΑΥΤΟ ΕΔΩ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΜΟΥ. ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΕΚΕΙΝΟΝ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΜΕ ΔΙΔΑΞΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗ ΙΣΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΜΟΙΡΑΣΤΩ ΜΑΖΙ ΤΟΥ ΤΑ ΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΝ ΒΟΗΘΩ ΟΤΑΝ ΕΥΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ. ΘΑ ΘΕΩΡΩ ΤΟΥΣ ΑΠΟΓΟΝΟΥΣ ΤΟΥ ΩΣ ΑΔΕΛΦΟΥΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΘΑ ΤΟΥΣ ΔΙΔΑΣΚΩ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΑΥΤΗ, ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΟΥΝ ΝΑ ΤΗ ΜΑΘΟΥΝ, ΧΩΡΙΣ ΑΜΟΙΒΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ. ΘΑ ΜΕΤΑΔΩΣΩ ΜΕ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΕΣ, ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΥΠΟΛΟΙΠΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ ΜΟΥ ΚΑΙ ΕΙΣ ΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΧΟΥΝ ΟΡΚΙΣΤΕΙ ΟΤΙ ΘΑ ΤΗΡΟΥΝ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΚΑΝΟΝΕΣ ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΣΥΜΦΩΝΗΣΕΙ ΕΓΓΡΑΦΩΣ, ΕΙΣ ΟΥΔΕΝΑ ΔΕ ΑΛΛΟΝ.

ΘΑ ΘΕΡΑΠΕΥΩ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΥΝΑΜΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΜΟΥ, ΧΩΡΙΣ ΠΟΤΕ ΕΚΟΥΣΙΩΣ ΝΑ ΤΟΥΣ ΒΛΑΨΩ Η ΝΑ ΤΟΥΣ ΑΔΙΚΗΣΩ. ΔΕ ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΣΩ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ, ΟΥΤΕ ΚΑΙ ΕΑΝ ΜΟΥ ΖΗΤΗΘΕΙ ΚΑΙ ΟΥΤΕ ΘΑ ΔΩΣΩ ΤΕΤΟΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΗ. ΕΠΙΣΗΣ ΔΕ ΘΑ ΔΩΣΩ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΒΑΛΕΙ. ΘΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΤΟ ΒΙΟ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗ ΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΡΟΠΟ ΑΓΝΟ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΟ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΘΕΙΟ ΝΟΜΟ. ΔΕ ΘΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΩ ΟΥΤΕ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑΣ ΑΠΟ ΛΙΘΙΑΣΙΝ, ΑΛΛΑ ΘΑ ΕΚΧΩΡΗΣΩ ΤΗΝ ΠΡΑΞΗ ΑΥΤΗ ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ. ΣΕ ΟΣΕΣ ΔΕ ΟΙΚΙΕΣ ΕΙΣΕΛΘΩ, ΘΑ ΕΙΣΕΛΘΩ ΓΙΑ ΩΦΕΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ, ΑΠΕΧΟΝΤΑΣ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΕΚΟΥΣΙΑ ΑΔΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΗ ΖΗΜΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΕ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΠΡΑΞΗ ΕΠΙ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ Η ΔΟΥΛΩΝ.

ΟΣΑ ΔΕ ΔΩ Η ΑΚΟΥΣΩ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΜΟΥ Η ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ, ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΘΟΥΝ, ΘΑ ΚΡΑΤΗΣΩ ΜΥΣΤΙΚΑ, ΘΕΩΡΩΝΤΑΣ ΟΤΙ ΑΥΤΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΡΡΗΤΑ. ΟΣΟ ΛΟΙΠΟΝ ΘΑ ΤΗΡΩ ΤΟΝ ΟΡΚΟ ΜΟΥ ΑΥΤΟΝ ΚΑΙ ΔΕ ΘΑ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΑΙΝΩ, ΕΙΘΕ ΝΑ ΑΠΟΛΑΥΩ ΚΑΙ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ, ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟΣ ΕΣΑΕΙ ΑΠΟ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ. ΕΑΝ ΟΜΩΣ ΤΟΝ ΠΑΡΑΒΩ ΚΑΙ ΓΙΝΩ ΕΠΙΟΡΚΟΣ, ΝΑ ΥΠΟΣΤΩ ΤΑ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΑ.

## ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η Δήμητρα Πετανίδου είναι ψυχολόγος (MSc), απόφοιτος του Τμήματος Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης (2004, Λίαν Καλώς). Το 2006 αποφοίτησε από το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Άριστα) με Υποτροφία του Κοινωφελούς Ιδρύματος Προποντίς. Συνέχισε την ακαδημαϊκή της εκπαίδευση ως Υπ. Διδάκτωρ (2008) με υποτροφία από το Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» στο πλαίσιο της πράξης «ΗΡΑΚΛΕΙΤΟΣ II: Ενίσχυση του ανθρώπινου ερευνητικού δυναμικού μέσω της υλοποίησης διδακτορικής έρευνας του Ε.Κ.Π.Α.» (Φορέας χρημ/σης: ΥΠΕΠΘ-ΕΣΠΑ). Από το 2006 συνεργάζεται με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας στην υλοποίηση ευρωπαϊκών και εθνικών προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας (πχ. KIDSCREEN) κι έχει εργαστεί σε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις με επίκεντρο την φροντίδα σοβαρά άρρωστων παιδιών/εφήβων και των οικογενειών τους. Έχει συμμετάσχει σε πλήθος επιστημονικών συναντήσεων με γραπτές και προφορικές ανακοινώσεις στο πλαίσιο της Παιδιατρικής, της Εφηβικής Υγείας, της Ψυχολογίας Υγείας και της Ανακουφιστικής Φροντίδας Παιδιών κι Εφήβων.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στους Καθ. κ. Γ. Τούντα, την Αν. Καθ. κα. Υ. Κουμαντάκη, τον Αν. Καθ. κ. Γ. Κολαΐτη, την κα. Χ. Δημητρακάκη, τον κ. Γ. Γιαννακόπουλο, την κα. Χ. Τζαβάρα, τον κ. Γ. Μίχα και την κα. Ε. Ντασκαγιάννη, η συμβολή των οποίων στην ολοκλήρωση της διατριβής ήταν καθοριστική. Επίσης, θερμές ευχαριστίες οφείλουν να αναφερθούν στους Υπεύθυνους Α' και Β' βάρδιας Εκπαίδευσης και στους μαθητές, στις μαθήτριες και στους γονείς τους από όλους τους νομούς της χώρας που υποστήριξαν στην πράξη την συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια καθώς και στο Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής (Διευθυντής κ. Γ. Τούντας) και στην Εταιρία για την Ψυχοκοινωνική Υγεία του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ) (Επιστημονικός Υπεύθυνος Αν. Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής κ. Ι. Τσιάντη) που ανέλαβαν την υλοποίηση του έργου. Οφείλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την υποτροφία ΗΡΑΚΛΕΙΤΟΣ ΙΙ (ΥΠΕΠΘ-ΕΣΠΑ) που διευκόλυνε την επικέντρωση στην συγγραφή της διατριβής, καθώς και στο Κοινωνικό Ίδρυμα Προποντίς για την υποστήριξη κι εμπιστοσύνη κατά τις μεταπτυχιακές μου σπουδές. Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω από την καρδιά μου τους δικούς μου ανθρώπους που βοήθησαν με τον δικό τους τρόπο στην ολοκλήρωση της συγγραφής του παρόντος τόμου.

Στο υγρό στοιχείο...



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	17
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	18
2.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΥΥ) .....	22
2.1 Ορίζοντας τα Παράπονα Υποκειμενικής Υγείας .....	22
2.2 ΠΥΥ και Εφηβεία .....	25
2.2.1 Τι είναι εφηβεία .....	25
2.2.2 Εφηβεία και υγεία .....	26
2.2.3 Κλινική σημασία των ΠΥΥ στην εφηβεία .....	26
2.2.4 Επιπολασμός ΠΥΥ στην εφηβεία.....	28
3. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ .....	30
3.1. Φύλο και Ηλικία .....	30
3.2 Κοινωνικο-οικονομική Κατάσταση της Οικογένειας .....	32
3.2.1 Κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες και εφηβική υγεία.....	32
3.2.2 Μακροοικονομικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης .....	35
3.2.3 Οικογενειακοί και γονεϊκοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης .....	36
3.2.4 Υποκειμενικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης .....	39
3.3. Τόπος Διαμονής .....	41
3.3.1 Η γειτονιά/κοινότητα στο πλαίσιο της εφηβικής υγείας.....	41
3.3.2 Παράγοντες δομής: ο βαθμός αστικοποίησης και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας .....	44
3.3.3 Παράγοντες διεργασίας: κοινωνικό κεφάλαιο .....	48
3.4. Μετανάστευση.....	51
4. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ .....	53
4.1 Οργανικοί Παράγοντες.....	53
4.1.1 Σωματική υγεία και δείκτες υποκειμενικής αντίληψης της υγείας.....	53
4.1.2 Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (ΠΖσΥ) .....	54
4.1.3 Χρόνιες ασθένειες .....	56
4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες .....	59

4.2.1 Ψυχικοί μηχανισμοί, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και στοιχεία προσωπικότητας .....	59
4.2.1.1 Διάθεση, συναίσθημα και ιδιοσυγκρασία .....	59
4.2.1.2 Μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης .....	60
4.2.1.3 Ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά: αρνητική συναισθηματικότητα και νευρωτισμός....	62
4.2.1.4 Αλεξιθυμία .....	65
4.2.1.5 ΠΥΥ, αλεξιθυμία και μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης.....	68
4.2.1.6 ΠΥΥ, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και νευρωτισμός .....	70
4.2.2 Αίσθηση συνεκτικότητας και αίσθηση συναισθηματικής αυτεπάρκειας .....	72
4.2.3 Εστία ελέγχου της υγείας .....	76
4.2.4 Αυτοεκτίμηση .....	76
4.2.5 Εικόνα σώματος.....	78
4.2.6 Τύποι δεσμού .....	79
4.2.7 ΠΥΥ και ψυχικές διαταραχές .....	83
4.2.7.1 ΠΥΥ και συναισθηματικά συμπτώματα και διαταραχές .....	83
4.2.7.2 ΠΥΥ και διαταραχές εξωτερίκευσης .....	86
4.3 Γνωστικοί Μηχανισμοί.....	89
4.4 Coping: Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων.....	90
4.5 ΠΥΥ και Συμπεριφορές που σχετίζονται με την Υγεία .....	93
4.5.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας.....	93
4.5.2 Χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων.....	95
4.5.3 Χρήση νόμιμων και μη ουσιών και παραβατική συμπεριφορά .....	97
4.5.3.1 Κάπνισμα .....	97
4.5.3.2 Αλκοόλ.....	98
4.5.3.3 Χρήση ουσιών και παραβατική συμπεριφορά .....	99
4.5.4 Σεξουαλική δραστηριότητα.....	101
4.5.5 Διατροφικές συνήθειες .....	102
4.5.6 Φυσική άσκηση και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου .....	102

4.5.7 Παχυσαρκία .....	103
5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ .....	104
5.1 Η Οικογένεια ως πλαίσιο συνδιαμόρφωσης των ΠΥΥ.....	104
5.2 Γονεϊκοί/Οικογενειακοί Παράγοντες και ΠΥΥ .....	106
5.2.1 Δομή οικογένειας .....	106
5.2.2 Λειτουργικότητα και όρια της οικογένειας.....	107
5.2.2.1 Σχέσεις γονέα-εφήβου.....	107
5.2.2.2 Γονεϊκός ρόλος και πρακτικές που ενισχύουν το σύμπτωμα .....	109
5.2.2.3 Οικογενειακή συνοχή και σύγκρουση .....	111
5.2.2.4 Όρια στην οικογένεια.....	112
5.2.3 Υγεία των γονέων .....	113
6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ.....	116
6.1. Ομάδα Συνομηλίκων και Φίλων .....	116
6.2 Σχολικό Περιβάλλον .....	118
6.2.1 Σχολικό περιβάλλον και εφηβεία.....	118
6.2.2 Σχολικές απαιτήσεις και επιδόσεις .....	119
6.2.3 Συναισθηματικό κλίμα στο σχολείο .....	121
6.2.4 Σχέσεις στο σχολικό περιβάλλον.....	123
6.2.3.1 Σχέσεις με εκπαιδευτικούς .....	123
6.2.3.2 Σχέσεις με συμμαθητές και κοινωνική ιεραρχία .....	124
6.2.3.3 Σχολικός εκφοβισμός .....	125
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	130
7. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	130
8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	134
8.1 Συμμετέχοντες και Διαδικασία .....	134
8.2 Εργαλεία - Μετρήσεις .....	138
8.2.1 Εργαλεία αυτοαναφοράς εφήβων.....	138
8.2.1.1 Παράπονα Υποκειμενικής Υγείας .....	138

8.2.1.2 Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας .....	139
8.2.1.3 Φύλο, ηλικία και μεταναστευτική ιδιότητα εφήβων και γονέων .....	140
8.2.1.4 Συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων.....	140
8.2.1.5 Κάπνισμα & περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking) .....	141
8.2.1.6 Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) των εφήβων και η υποκειμενική εκτίμηση του εφήβου για την ευεξία και τη λειτουργικότητά του αναφορικά με την οικογένεια, το σχολείο, τους φίλους και συνομηλίκους και τους οικονομικούς του πόρους.....	141
8.2.1.7 Δείκτης Μάζας Σώματος .....	144
8.2.2 Εργαλεία αυτοαναφοράς γονέων .....	144
8.2.2.1 Τόπος διαμονής .....	144
8.2.2.2 Εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση γονέων .....	145
8.2.2.3 Οικογενειακή κατάσταση γονέα.....	145
8.2.2.4 Η υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση υγείας των γονέων .....	146
8.2.2.5 Σχέσεις γονέα-παιδιού.....	146
8.2.2.6 Γονεϊκή ανησυχία και οικογενειακή συνοχή .....	147
8.2.2.7 Ειδικές χρόνιες ανάγκες για φροντίδα υγείας .....	148
8.3 Ανάλυση Δεδομένων.....	149
8.3.1 Η κλίμακα HBSC-SCL: παραγοντική δομή και ψυχομετρικές ιδιότητες.....	149
8.3.2 ΠΥΥ και δημογραφικοί παράγοντες .....	150
8.3.3 ΠΥΥ και Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία .....	151
8.3.4 ΠΥΥ και ψυχολογικοί παράγοντες.....	152
8.3.5 ΠΥΥ και συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία .....	153
8.3.6 ΠΥΥ και οικογενειακοί παράγοντες.....	153
8.3.7 ΠΥΥ και κοινωνικοί παράγοντες.....	154
9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	155
9.1 Η Κλίμακα HBSC-SCL: Παραγοντική Δομή και Ψυχομετρικές Ιδιότητες.....	155
9.1.1 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση.....	155

9.1.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής .....	158
9.1.3 Επιδράσεις της ηλικίας και του φύλου .....	158
9.1.4 Συντρέχουσα εγκυρότητα .....	159
9.1.5 Διακριτική εγκυρότητα.....	160
9.2 Δημογραφικοί Παράγοντες.....	162
9.3 Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία .....	169
9.4 Ψυχολογικοί Παράγοντες .....	175
9.5 Συμπεριφορές Κινδύνου για την Υγεία.....	180
9.6 Οικογενειακοί Παράγοντες.....	184
9.7 Κοινωνικοί Παράγοντες .....	190
10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	195
10.1 Η Μέτρηση των ΠΥΥ: Η Κλίμακα HBSC-SCL, η Παραγοντική της Δομή και οι Ψυχομετρικές της Ιδιότητες.....	195
10.1.1 Η κλίμακα HBSC-SCL: παραγοντική δομή και ψυχομετρικές ιδιότητες.....	195
10.1.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	197
10.2 ΠΥΥ και Σχέσεις με Δημογραφικούς Παράγοντες.....	198
10.2.1 Φύλο και ηλικία.....	198
10.2.2 Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.....	200
10.2.3 Τόπος διαμονής.....	203
10.2.4 Μετανάστευση .....	205
10.2.5 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	207
10.3 ΠΥΥ και Σχέσεις με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία.....	209
10.3.1 ΠΥΥ και Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία .....	209
10.3.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	213
10.4 ΠΥΥ και Σχέσεις με Ψυχολογικούς Παράγοντες .....	214
10.4.1 ΠΥΥ και συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα.....	214
10.4.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	218
10.5 ΠΥΥ και Σχέσεις με Συμπεριφορές Κινδύνου για την Υγεία.....	220
10.5.1 ΠΥΥ, κάπνισμα και περιστασιακά υπερβολική χρήση αλκοόλ .....	220
10.5.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	223

10.6 ΠΥΥ και Σχέσεις με Οικογενειακούς Παράγοντες.....	224
10.6.1 Οικογενειακή δομή .....	224
10.6.2 Ενδοοικογενειακές σχέσεις και διεργασίες .....	225
10.6.3 Υγεία των γονέων .....	228
10.6.4 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	230
10.7 ΠΥΥ και Σχέσεις με Κοινωνικούς Παράγοντες .....	232
10.7.1 Οικογενειακό περιβάλλον .....	232
10.7.2 Σχολικό περιβάλλον.....	233
10.7.3 Σχέσεις με συνομηλίκους και φίλους.....	236
10.7.4 Περιορισμοί και δυνατά σημεία .....	238
11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	240
11.1 Η Μέτρηση των ΠΥΥ μέσω της Κλίμακας HBSC-SCL .....	240
11.2 Σχέσεις των ΠΥΥ με Δημογραφικούς Παράγοντες.....	241
11.3 Σχέσεις των ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία των Εφήβων .....	241
11.4 Σχέσεις των ΠΥΥ με τα Συναισθηματικά/Συμπεριφορικά Προβλήματα των Εφήβων .....	242
11.5 Σχέσεις των ΠΥΥ με το Κάπνισμα και την Περιστασιακά Υπερβολική Χρήση Αλκοόλ .....	243
11.6 Σχέσεις των ΠΥΥ με Οικογενειακούς Παράγοντες .....	244
11.7 Σχέσεις των ΠΥΥ με την Υποκειμενική Αντίληψη του Εφήβου για την Ευεξία και Λειτουργικότητάς του στο Πλαίσιο της Οικογένειας, του Σχολείου και των Φίλων και Συνομηλίκων .....	245
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	247
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ .....	292
Περίληψη .....	292
Abstract .....	295
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ .....	298
Δημοσιεύσεις σε έγκριτα διεθνή επιστημονικά περιοδικά .....	298
Ανακοινώσεις σε διεθνή επιστημονικά συνέδρια .....	299
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	300

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ & ΠΙΝΑΚΩΝ

Σχήμα 1. Το μοντέλο των 4 τύπων δεσμού.....	80
Πίνακας 1. Αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τα μοντέλα ενός και δύο διαστάσεων του εργαλείου HBSC-SCL.....	155
Πίνακας 2. Επιβαρύνσεις των παραγόντων (factor loadings-b) όπως προέκυψαν από τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για την κλίμακα HBSC-SCL.....	156
Σχήμα 2. Το μοντέλο δύο διαστάσεων της κλίμακας HBSC-SCL, ως αποτέλεσμα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης.....	156
Πίνακας 3. Συντελεστές συσχέτισης του μοντέλου δύο διαστάσεων της κλίμακας HBSC-SCL.....	157
Πίνακας 4. Διαφορές στο HBSC-SCL (συνολική βαθμολογία και δύο διαστάσεις) ανά φύλο και ηλικία.....	158
Πίνακας 5. Διαφορές στα ερωτήματα (συμπτώματα) της κλίμακας HBSC-SCL ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.....	158-159
Πίνακας 6. Συντελεστές συσχέτισης του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 με την κλίμακα HBSC-SCL.....	160
Πίνακας 7. Διαφορές στην συνολική βαθμολογία, την Σωματική και Ψυχολογική διάσταση και στα επιμέρους στοιχεία της κλίμακας HBSC-SCL, ανάλογα με την ύπαρξη χρόνιας νόσου.....	161
Πίνακας 8. Διαφορές στην συνολική βαθμολογία, την Σωματική και Ψυχολογική διάσταση και στα επιμέρους στοιχεία της κλίμακας HBSC-SCL, ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (κανονικός≠υπέρβαρος/παχύσαρκος).....	161
Πίνακας 9. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης των ΠΥΥ με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες .....	162-163
Πίνακας 10. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ σύμφωνα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	165-166

Πίνακας 11. Αποτελέσματα από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....	167-168
Πίνακας 12. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στη μελέτη για τις σχέσεις της κλίμακας HBSC-SCL και του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52.....	169-170
Πίνακας 13. Μέσες τιμές στην βαθμολογία των διαστάσεων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 για τους εφήβους με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ–ΠΥΥ) και τους εφήβους με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ–ΠΥΥ).....	171
Πίνακας 14. Αναλογία διακύμανσης (R square) στην συνολική βαθμολογία, στην Σωματική και Ψυχολογική διάσταση του HBSC-SCL, που επεξηγείται από τις 10 διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52.....	172
Πίνακας 15. Αναλογία διακύμανσης (R square) των επιμέρους στοιχείων της κλίμακας HBSC-SCL που επεξηγείται από τις 10 διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52.....	173-174
Πίνακας 16. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στη μελέτη για την σχέση των ΠΥΥ με τα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων.....	175-176
Πίνακας 17. Μέσες τιμές στην βαθμολογία των διαστάσεων του εργαλείου ΕΔΔ για τους εφήβους με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ–ΠΥΥ) και τους εφήβους με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ–ΠΥΥ).....	177
Πίνακας 18. Λόγος Πιθανοτήτων των Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σε συνάρτηση με τις διαστάσεις του ΕΔΔ.....	178
Πίνακας 19. Λόγος πιθανοτήτων για Πολλαπλά, Επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, το οικογενειακό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και την συνολική βαθμολογία δυσκολιών του ΕΔΔ.....	179
Πίνακας 20. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος της μελέτης των ΠΥΥ με τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία.....	180-181



Πίνακας 21. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ-ΠΥΥ) και των εφήβων με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ-ΠΥΥ) ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία.....	181-182
Πίνακας 22. Αποτελέσματα λογαριθμιστικής ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία.....	183
Πίνακας 23. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης των ΠΥΥ με τους οικογενειακούς παράγοντες.....	184-185
Πίνακας 24. Διμεταβλητές συσχετίσεις των ΠΥΥ με τους οικογενειακούς παράγοντες.....	186-188
Πίνακας 25. Αποτελέσματα από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τους οικογενειακούς παράγοντες.....	189
Πίνακας 26. Περιγραφικά στατιστικά και διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών στη μελέτη για τις σχέσεις των ΠΥΥ με παράγοντες από το κοινωνικό περιβάλλον και διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών.....	190-191
Πίνακας 27. Σύνοψη της γραμμικής, πολλαπλής, ιεραρχικού τύπου ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαναφορά ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τους κοινωνικούς παράγοντες.....	193

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Η νόσος είναι η νυχτερινή ζώνη της ζωής, μια δεύτερη πιο δυσβάστακτη υπηκοότητα. Καθένας μας γεννιέται κατέχοντας διπλή υπηκοότητα, μια στο βασίλειο των υγιών και μια στο βασίλειο των αρρώστων. Αν και όλοι μας προτιμούμε να χρησιμοποιούμε μόνο το διαβατήριο του υγιούς, αργά ή γρήγορα καθένας από εμάς υποχρεώνεται, τουλάχιστον για ένα χρονικό διάστημα, να πολιτογραφηθεί υπήκοος του άλλου εκείνου τόπου» (1). Με τα παραπάνω λόγια, η S. Sontag κατόρθωσε να περιγράψει με γλαφυρό τρόπο την τυπική πορεία των ανθρώπων ανάμεσα σε δύο καταστάσεις ζωής: την υγεία και την ασθένεια. Θεωρεί ότι εν δυνάμει όλοι είμαστε «συγκάτοικοι» σ' αυτούς τους δυο «κόσμους», τονίζοντας αφενός την πανανθρώπινή τους διάσταση και αφετέρου τον (κοινωνιολογικό) διαχωρισμό τους σε δύο διαφορετικές οντότητες. Αντλώντας από τη μεταφορά της Sontag για το δίπολο Υγείας-Ασθένειας, η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στην «γκρίζα ζώνη» που υπάρχει μεταξύ τους: το υποκειμενικό βίωμα ενός συμπτώματος ελλείψει αντικειμενικών ευρημάτων που να μπορούν να επεξηγήσουν επαρκώς την ύπαρξη και την ένταση της ενόχλησης, ή αλλιώς, την αίσθηση της αρρώστιας ως υποκειμενική εμπειρία εν τη παρουσία υγιούς κατάστασης. Το σύμπτωμα (π.χ. πονοκέφαλος, ζαλάδα, κ.ά) μπορεί να έχει οργανική ή/και ψυχολογική προέλευση, θίγοντας έτσι ένα ακόμη σημείο της προβληματικής στον ορισμό της διάστασης της ανθρώπινης Υγείας: τον διαχωρισμό σώματος-ψυχής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να συμβάλλει στη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων που βρίσκονται στο μεταίχμιο Υγείας – Ασθένειας, σώματος – ψυχής σε μία ηλικιακή ομάδα που έχει χαρακτήρα μετάβασης: την εφηβεία. Προχωρώντας από τον δυϊσμό στην σύνθεση, η συνεκτίμηση του υποκειμενικού βιώματος στην (αντικειμενική) κλινική εικόνα προτείνεται ως απαραίτητο στοιχείο της ολιστικής προσέγγισης του εφήβου προς την επίτευξη της μεγιστοποίησης των δυνατοτήτων του για συμμετοχικότητα και αυτοεκπλήρωση, στο πλαίσιο των επιδιώξεων και των βιολογικών του δυνατοτήτων.

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ορισμός της έννοιας της Υγείας έχει μακρά ιστορία που εξελίσσεται παράλληλα με την επιστημονική γνώση και την κοινωνικοοικονομική πρόοδο. Η πορεία του μέσα στο χρόνο χαρακτηρίζεται από δύο αντίρροπες τάσεις, την σύνθεση και τον διαχωρισμό. Με αφετηρία την τοποθέτηση του Ιπποκράτη περί υγείας, ως δυναμική ισορροπία ανάμεσα σε εξωτερικές (κοινωνικές/περιβαλλοντικές) και εσωτερικές (συμπεριφορικές, ψυχικές και οργανικές) δυνάμεις, μεσολάβησε μία μακρά περίοδο αυστηρής νομοτελειακής αντίληψης κατά την οποία κυριάρχησε το σώμα – μηχανή και οι λειτουργίες του (Καρτεσιανή θεώρηση, Βιο-ιατρικό μοντέλο), για να φτάσει στις μέρες μας σε μία περισσότερο στοχαστική προσέγγιση που έχει οδηγήσει στην υιοθέτηση ενός ολιστικού πλαισίου προσδιορισμού της Υγείας (2).

Μολονότι «εν αρχή ήν η σύνθεση» και παρόλο που, ήδη από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, κάποια φωτισμένα πνεύματα<sup>1</sup> έκαναν τις πρώτες αδρές αναφορές προς μία πιο σύνθετη ερμηνεία των φαινομένων Υγείας/Ασθένειας, ήταν μόλις στην τρίτη δεκαετία του 20 αιώνα που η προσέγγιση αυτή άρχισε να βρίσκει γόνιμο έδαφος, ευοδώνοντας την ανάδυση της Ψυχοσωματικής Ιατρικής ως οργανωμένης προσέγγισης (3). Με βασικό στόχο τον «εξανθρωπισμό» της ιατρικής επιστήμης, οι πρωτεργάτες της Ψυχοσωματικής (επαν)εισήγαγαν τον αλληλοσυσχετισμό των ψυχικών παραγόντων και των σωματικών διαδικασιών στη θεώρηση όλων των νόσων, νομιμοποιώντας τη χρήση του όρου «ψυχοσωματικός» για την περιγραφή καθορισμένων νόσων, διαταραχών και συμπτωμάτων με ψυχολογικές «αιτιολογικές» καταβολές. Στη δεκαετία του 1970 η αρχική ιδέα της ψυχογένεσης, που είχε ταυτοποιηθεί με τον όρο «ψυχοσωματικό», άρχισε να εγκαταλείπεται καθώς τα γραμμικά μοντέλα της ψυχοσωματικής αιτιότητας αντικαταστάθηκαν βαθμιαία από κυκλικά και αλληλεπιδρασικά μοντέλα, τα οποία πρότειναν σωματο-ψυχο-σωματοψυχικές ακολουθίες στη θέση των ψυχο-σωματικών ακολουθιών (3).

Ιδιαίτερα σημαντική υπήρξε η συνεισφορά του Engel ο οποίος ανέπτυξε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την Υγεία κατά το οποίο η Υγεία και η Ασθένεια, ως δύο συμπληρωματικοί πόλοι ενός ενιαίου συστήματος, συνιστούν το αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων σε βιολογικό,

---

<sup>1</sup> Ενδεικτική αναφορά στους Briquet, Heinroth, Jacobi, κ.ά. που ήταν από τους πρώτους επιστήμονες του 19<sup>ου</sup> αιώνα που μίλησαν για την αναγκαιότητα ολιστικής προσέγγισης των σωματικών και ψυχικών φαινομένων.

ψυχολογικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό επίπεδο (Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο) (4). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, τα συναισθήματα θεωρούνται «παρεμβαίνουσες μεταβλητές» στην εμφάνιση μίας νόσου επιτυγχάνοντας, έτσι, αφενός να τονιστεί η πολλαπλή αιτιολογία της παθογένεσης κι αφετέρου να καταλυθεί η απαρχαιωμένη ιδέα της ψυχογένεσης και ο συνεπαγόμενος διαχωρισμός σε «ψυχοσωματικές» και «οργανικές» παθήσεις (3, 4). Συνεχίζοντας στο ίδιο μοτίβο, ο Kissen τόνισε το «ειδικό βάρος» των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην αιτιολογία της ασθένειας, καθώς διαφορετικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν με διαφορετικό τρόπο στην εμφάνιση ενός συμπτώματος διαχρονικά στη ζωή του πάσχοντα, ή ακόμη ανάμεσα σε άτομα που εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα (5).

Συμβαδίζοντας με τη νέα τάση στη θεώρηση της Υγείας/Ασθένειας αλλά και τα νέα δεδομένα στη Δημόσια Υγεία (μείωση των λοιμωδών νοσημάτων, αύξηση των νοσημάτων φθοράς), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε την περιγραφή της Υγείας με όρους σύνθετου φαινομένου, που καθορίζεται από τη δυναμική ισορροπία βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και συμπεριφορολογικών παραγόντων και προσδιόρισε τη θετική (σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και ενδυνάμωση) και αρνητική (νόσος, αρρώστια, τραύμα, ανικανότητα, αναπηρία) της διάσταση (2). Η ενσωμάτωση των δύο αυτών πτυχών (της θετικής και αρνητικής πτυχής της Υγείας) σε μία ενιαία εννοιολογική κατασκευή για την Υγεία σηματοδότησε την μεταστροφή του πλαισίου αναφοράς της σε δύο καίριους άξονες: α. την αντίληψη του ανθρώπου ως ένα «όλον» με αλληλοσχετιζόμενα επίπεδα λειτουργίας που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, αναγνωρίζοντας τις πολλαπλές δυνάμεις που επιδρούν στις διαστάσεις της υγείας και αποκαθιστώντας την ενότητα σώματος – ψυχής και β. την αναγωγή της υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας ως αναπόσπαστο στοιχείο της ολιστικής αξιολόγησής της (2). Η εξέλιξη αυτή οδήγησε στην σύζευξη της ψυχοκοινωνιολογικής οπτικής με την επιδημιολογική σκέψη και μεθοδολογία, καθιστώντας, έτσι, εφικτή την διεπιστημονική προσέγγιση σύνθετων φαινομένων στο χώρο της Υγείας και της Ασθένειας.

Στο πλαίσιο αυτό, οι ερευνητές άρχισαν να ενδιαφέρονται ολοένα και περισσότερο για το σημείο όπου οι δύο παραπάνω άξονες –της ολιστικής θεώρησης και της συνεκτίμησης του

υποκειμενικού παράγοντα- τέμνονται: τα παράπονα υποκειμενικής υγείας<sup>2</sup> (ΠΥΥ), δηλαδή τα υποκειμενικά βιώματα συμπτωμάτων οργανικής ή/και ψυχολογικής φύσης άγνωστης, ανακριβούς ή ελλιπούς αιτιολογίας και διάγνωσης (6, 7). Η εντατικοποίηση του επιστημονικού ενδιαφέροντος προς αυτή την κατεύθυνση βασίστηκε σε δύο επιπλέον σημεία: α. στο εύρημα ότι οι υποκειμενικοί δείκτες εκτίμησης της υγείας, όπως είναι ο δείκτης παραπόνων υποκειμενικής υγείας (“subjective health complaints index”) και ο δείκτης αυτο-αξιολόγησης της υγείας (“self-rated health index”), αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στην επιδημιολογική έρευνα (8), ακόμη κι όταν συγκρίνονται με πιο «παραδοσιακούς» επιδημιολογικούς δείκτες (9-12) και β. στον υψηλό επιπολασμό των υποκειμενικών παραπόνων υγείας στον ενήλικο πληθυσμό που παρουσιάζεται στις υπηρεσίες υγείας (13-19). Μελέτες που διεξήχθησαν κατά κύριο λόγο μετά το 1990 υποστήριξαν ότι τα ΠΥΥ αποτελούν ένα μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας, λόγω του υψηλού επιπολασμού τους στον γενικό πληθυσμό αλλά και των κρίσιμων συνεπειών τους τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο (20-24). Συγκεκριμένα, τα ΠΥΥ έχουν συσχετιστεί με αυξημένη ζήτηση και χρήση των υπηρεσιών υγείας και διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων (14, 17, 25), με υψηλά ποσοστά απουσιασμού από την εργασία λόγω ασθένειας (26, 27), καθώς και με ιδιαιτέρως υψηλή συχνότητα εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας και κυρίως κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής (28-31) στον ενήλικο πληθυσμό.

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για τα ΠΥΥ σύντομα διευρύνθηκε και στην ενδεδειγμένη τους μελέτη στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Έρευνες από χώρες του Δυτικού κόσμου έχουν καταδείξει τον υψηλό επιπολασμό των ΠΥΥ σε παιδιά και εφήβους, με ποσοστά που κυμαίνονται από 10 – 43% ανάλογα με τη χώρα προέλευσης, το είδος του πληθυσμού (γενικός≠κλινικός πληθυσμός), τον αριθμό των υπό μελέτη συμπτωμάτων και τα εργαλεία μέτρησής τους. Η πλειονότητα των ερευνών, πάντως, συναινούν στις σημαντικές επιπτώσεις των ΠΥΥ στις ζωές των παιδιών/εφήβων και των οικογενειών τους. Η αναφορά πολλαπλών ΠΥΥ με συχνότητα μεγαλύτερης της εβδομαδιαίας έχει συνδεθεί με χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση και υψηλό σχολικό απουσιασμό (32), με μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και

---

<sup>2</sup> Αποτελεί ακριβή μετάφραση του αγγλικού όρου “subjective health complaints”(SHC) που έχει καθιερωθεί στην διεθνή επιδημιολογική βιβλιογραφία για την περιγραφή κοινών συμπτωμάτων οργανικής ή ψυχολογικής φύσης που περιγράφονται ως «ψυχοσωματικά». Για τον ακριβή ορισμό, βλ.σελ.22. Για λόγους συντομίας, θα αναφέρονται εφεξής ως ΠΥΥ.

διαφόρων φαρμάκων (33), με υψηλή συχνότητα εκδήλωσης συναισθηματικών/συμπεριφορικών δυσκολιών (34), με συχνή χρήση καπνού (35) και μειωμένη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες (36).

Διαφαίνεται, επομένως, ότι ο μεγάλος αριθμός και η υψηλή συχνότητα ΠΥΥ δύναται να επηρεάσει ολόκληρο το ηλικιακό φάσμα της ζωής του ατόμου, συμπεριλαμβάνοντας την εφηβεία, την κρίσιμη αυτή περίοδο για την ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού, κατά την οποία θέτονται οι βάσεις για την εξέλιξή του μέσα στο πλαίσιο διαβίωσής του. Μάλιστα, μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι τα ΠΥΥ παραμένουν σταθερά κατά την ανάπτυξη του παιδιού/εφήβου (37) και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (38-40). Άλλες έρευνες έχουν υπογραμμίσει την σύνδεση ανάμεσα σε συγκεκριμένα ΠΥΥ στην παιδική ηλικία – κατά κύριο λόγο τον πονοκέφαλο και τον στομαχόπονο – και την εμφάνιση οργανικών προβλημάτων ή/και ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (41-45) καθώς και το βαθμό χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας (46). Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό ότι οι έφηβοι με υψηλά επίπεδα ΠΥΥ συνιστούν ομάδα-κινδύνου για υιοθέτηση συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα και η υπερκατανάλωση φαρμάκων, καθώς και για μία πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων και οργανωμένων ψυχικών διαταραχών, ενώ παράλληλα έχουν υψηλές πιθανότητες να διατηρήσουν όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά στην ενήλικη ζωή ή να παρουσιάσουν *a posteriori* κάποια σωματική/ψυχική ασθένεια. Ένα πλάνο έγκαιρης παρέμβασης με σκοπό να αποτρέψει τις βραχυπρόθεσμες (π.χ. μειωμένη σχολική επίδοση και απουσιασμός) και μακροπρόθεσμες (π.χ. απουσιασμός από την εργασία, αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας) αρνητικές συνέπειες θα μπορούσε να βρει εφαρμογή είτε στην κοινότητα (π.χ. σχολικό περιβάλλον) είτε στις υπηρεσίες υγείας.

Η επιμόρφωση των επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων που έρχονται σε άμεση επαφή με παιδιά κι εφήβους (εκπαιδευτικοί, οικογενειακοί γιατροί, γενικοί γιατροί, παιδίατροι και άλλες σχετικές ειδικότητες) για την ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα που επισκέπτονται συχνά τις υπηρεσίες υγείας λόγω ΠΥΥ (frequent “visitors/attenders/complainers”) θα μπορούσε να αποβεί αποτελεσματική σε επίπεδο χρόνου και οικονομικών δεικτών για το ίδιο το άτομο, το σύστημα υγείας και την κοινωνία κατ’ επέκταση. Η πρώιμη ανίχνευση και παραπομπή σε ένα ολιστικό, διεπιστημονικό και ταυτόχρονα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας μεγιστοποιεί την πιθανότητα να ωφεληθεί άμεσα ο έφηβος και η οικογένειά του, εξοικονομώντας χρόνο και ενέργεια τόσο από τους ίδιους όσο και από τους

λειτουργούς υγείας, που συχνά νιώθουν ανεπαρκείς να ανταπεξέλθουν στα ασαφή παράπονα υγείας των εφήβων αυτών και επιφορτίζονται από τα αγωνιώδη κι επαναλαμβανόμενα αιτήματα για κλινική εξέταση, διαγνωστικά τεστ και φαρμακευτική συνταγογράφηση (47). Προσπάθειες τέτοιου είδους αποκτούν εξαιρετική σημασία στην παρούσα περίοδο, όπου υπάρχει αυξανόμενη πίεση για την εξοικονόμηση πόρων κι ενέργειας στο πλαίσιο της δημόσια υγείας (48).

Επομένως, διαφαίνεται ότι τα ΠΥΥ συνιστούν ένα πεδίο μελέτης με πληθώρα ιδιαιτεροτήτων στο χώρο της Επιδημιολογίας και της Δημόσιας Υγείας, καθώς: α. βρίσκονται στο μεταίχμιο Υγείας – Ασθένειας και στο σημείο τομής σώματος – ψυχής, β. προεκτείνονται σε όλο το φάσμα της ανθρώπινης αναπτυξιακής πορείας, απασχολώντας τόσο τα παιδιά/εφήβους όσο και τους ενήλικες και γ. σχετίζονται με σημαντικές συνέπειες – βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες – τόσο στη ζωή του ατόμου όσο και σε επίπεδο συστήματος υγείας και κοινωνίας. Θεωρώντας την υγεία ως βασικό απόθεμα του ανθρώπου, τότε η δυναμική της Δημόσιας Υγείας οφείλει να στραφεί όχι μόνο στη θεραπεία των ασθενειών αλλά και στην ενδυνάμωση των δυνατοτήτων του ατόμου για βελτιστοποίηση της ζωής του.

## **2.Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΥΥ)**

### **2.1 Ορίζοντας τα Παράπονα Υποκειμενικής Υγείας**

Ο όρος ΠΥΥ προτάθηκε πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία το 1997 από το Νορβηγό γιατρό και ακαδημαϊκό Holger Ursin με στόχο να περιγράψει έναν ευρύ αριθμό κοινών συμπτωμάτων – όπως π.χ. ο πονοκέφαλος, ο στομαχόπονος, το αίσθημα κόπωσης, η ευερεθιστότητα, κ.ά.– για τα οποία δεν υπάρχει είτε ακριβής παθογενής αιτιολογία και διάγνωση, είτε επαρκής εξήγηση βάσει των υποκείμενων παθολογικών τους ευρημάτων (7). Πρόκειται δηλαδή για έναν όρο – «ομπρέλα» που ενσωματώνει συμπτώματα ψυχικής και σωματικής προέλευσης και περιγράφει με ουδέτερο τρόπο την υποκειμενική αίσθηση του ατόμου χωρίς να παραπέμπει στην «ιατρικοποίηση» του συμπτώματος.

Στη διεθνή βιβλιογραφία απαντώνται συχνά και άλλοι όροι που περιγράφουν τον ίδιο, ή έστω παρόμοιο, αστερισμό συμπτωμάτων, όπως «ψυχοσωματικά συμπτώματα» (“psychosomatic

symptoms”), «ιατρικώς μη ερμηνευόμενα συμπτώματα» (“medically unexplained symptoms”) και «λειτουργικά συμπτώματα» (“functional symptoms”). Παρόλ’ αυτά, έχει υποστηριχθεί ότι ο όρος «Παράπονα Υποκειμενικής Υγείας» πλεονεκτεί λόγω δύο σημαντικών χαρακτηριστικών: τον ουδέτερο χαρακτήρα του και την περιγραφική του δεινότητα. Συγκεκριμένα, ως προς την ουδετερότητά του, η έννοια των ΠΥΥ δεν περικλείει καμμία αναφορά στην αιτιολογία της παθογένεσης και καμμία υπόθεση για τον τρόπο που οι οργανικοί και ψυχικοί παράγοντες συνδέονται μεταξύ τους για την εμφάνιση των συμπτωμάτων, σε αντιπαράβολή με τον όρο «ψυχοσωματικά» (“psychosomatic symptoms”) που υπερτονίζει το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στη διαδικασία αιτιογένεσης (7). Επιπλέον, ο όρος εμπεριέχει μία πληθώρα σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, καλύπτοντας έτσι μία ευρεία γκάμα καταστάσεων που μπορεί να προκαλούν πραγματική δυσφορία στο άτομο, χωρίς να εστιάζει στην σωματική ή ψυχική τους έδρα, σε αντίστιξη με τον όρο «ιατρικώς μη ερμηνευόμενα» (“medically unexplained”) που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο για την περιγραφή οργανικών συμπτωμάτων (6, 7). Τέλος, μπορεί να αντιπροσωπεύσει το σύνολο των υποκειμενικών προβλημάτων υγείας σε ένα συνεχές που εκτείνεται από τις «αθώες» και «ασήμαντες» ενοχλήσεις έως τις σοβαρές κλινικές καταστάσεις, σε αντίθεση με τον όρο «λειτουργικά συμπτώματα» (“functional symptoms”) που συνεπάγεται σημαντική επιδείνωση στη λειτουργική κατάσταση του ατόμου. Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία αυτοί οι όροι συχνά αναμειγνύονται και εναλλάσσονται μεταξύ τους, υποδεικνύοντας πάντοτε τα συμπτώματα εκείνα που το άτομο βιώνει πραγματικά ελλείψει αντικειμενικών ευρημάτων που να μπορούν να επεξηγήσουν επαρκώς την ένταση ή ακόμη και την ίδια την ύπαρξη της ενόχλησης.

Κατά τον Ursin, ο όρος ΠΥΥ συμπυκνώνει με απλό και ουδέτερο τρόπο την περιγραφή της συμπεριφοράς: το άτομο *παραπονιέται* για πόνο, κόπωση, κακή διάθεση και άλλα συμπτώματα που, αν και δεν μπορούν να αποδοθούν σε κάποια ιατρική αιτία, είναι πραγματικά: ο πόνος είναι επώδυνος, το αίσθημα της κόπωσης είναι εξαντλητικό και η κακή διάθεση είναι ψυχοφθόρα (6). Το ίδιο το γεγονός του παραπόνου αναδεικνύει την ενόχληση που προκαλείται από τα συμπτώματα, μεταφέροντάς τα από τη σφαίρα της ασάφειας σε αυτήν του πραγματικού, ανεξάρτητα από την απόδοσή τους σε κάποια παθολογική κατάσταση. Το παράπονο, ως συμπεριφορική έκφραση δυσφορίας, είναι αυτό που προσδίδει παρουσία στο «απόν» – βάση φυσιολογίας– σύμπτωμα.



Καθώς τα συμπτώματα που περιγράφονται με την παραπάνω ορολογία θεωρούνται κοινά στους ανθρώπους ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία και το κοινωνικοπολιτισμικό τους πλαίσιο (22, 49), αναπτύχθηκε μία προβληματική σχετικά με το σημείο-τομής (cut-off) στο οποίο τα συμπτώματα αυτά αποκτούν κλινική βαρύτητα. Από κλινική σκοπιά φαίνεται χρήσιμος ο διαχωρισμός των προβλημάτων υποκειμενικής υγείας σε δύο πόλους: τις κοινές, «ασήμαντες» ενοχλήσεις και τα σοβαρά συμπτώματα που επιβάλλουν κλινική αντιμετώπιση. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στην προσπάθειά της να προσδιορίσει και να κατηγοριοποιήσει τα συμπτώματα με κλινική χροιά υποστήριξε στο Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Ταξινόμησης-IV (DSM-IV), ότι «ένα σωματικό σύμπτωμα θεωρείται κλινικά σημαντικό όταν προκαλεί σημαντική συγκινησιακή καταπόνηση ή έκπτωση στην ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί με επάρκεια μέσα στο κοινωνικά κι επαγγελματικά του πλαίσια» (50). Με τον τρόπο αυτό, έδωσε έμφαση στα σοβαρά και μακροχρόνια συμπτώματα που έχουν «αντικειμενικό» αντίκτυπο στην επιδείνωση της ατομικής λειτουργικότητας και στην κοινωνική συμμετοχικότητα.

Η εστίαση αυτή οδήγησε στον ψυχικό μηχανισμό της σωματοποίησης και στη σύσταση μίας κατηγορίας σχετικών διαταραχών με την ευρεία ονομασία «Σωματόμορφες Διαταραχές». Η σωματοποίηση περιγράφεται ως η τάση του ατόμου να βιώνει και να επικοινωνεί την ψυχική του δυσφορία μέσω σωματικών συμπτωμάτων τα οποία, αν και δεν έχουν παθολογική βάση, αποδίδονται από το ίδιο το άτομο σε σωματική ασθένεια με αποτέλεσμα να αναζητά ιατρική βοήθεια (51). Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων σε διάφορα όργανα του σώματος που δεν απορρέουν από οργανική βλάβη ή δυσλειτουργία, από φαρμακευτική ή άλλου τύπου ουσία, ή από άλλη ψυχική διαταραχή. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων αποδίδεται πρωταρχικά σε ψυχολογικούς παράγοντες (52), χωρίς να ελέγχονται συνειδητά από το άτομο, αν και για τον πληθυσμό των παιδιών και εφήβων έχει υπογραμμιστεί η δυσκολία προσδιορισμού του βαθμού ελέγχου από το επίπεδο της συνείδησης (53). Ο ψυχικός μηχανισμός της σωματοποίησης έχει κεντρικό ρόλο και αποτελεί το κοινό χαρακτηριστικό όλων των διαταραχών που εμπίπτουν στη κατηγορία των σωματόμορφων διαταραχών.

Εκτός από τη σωματοποίηση, ο αριθμός, η χρονιότητα και η διαφορετικότητα της έδρας των συμπτωμάτων συνιστούν τα κυριότερα κριτήρια κατάταξης των σωματόμορφων διαταραχών σε επιμέρους κατηγορίες στο πλαίσιο των δύο βασικών Διαγνωστικών Εγχειριδίων Ψυχιατρικής (DSM-IV

και ICD-10). Καθώς και τα δύο αυτά Εγχειρίδια Ψυχιατρικής βρίσκονται ήδη υπό γενική αναθεώρηση, αναμένεται να επανεξεταστούν και τα κριτήρια κατάταξης στις υποκατηγορίες των σωματόμορφων διαταραχών, γεγονός που αποτρέπει την εκτενέστερη αναφορά σε αυτές. Ωστόσο, αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι οι επιμέρους κατηγοριοποιήσεις, ανεξάρτητα από την ονομασία τους (κατά DSM-IV ή ICD-10), εμβαθύνουν την κατανόηση και τις γνώσεις μας σε επίπεδο διαταραχής, που εκδηλώνεται από ένα μικρό ποσοστό του γενικού πληθυσμού, ενώ παράλληλα παρακάμπτουν την ενδελεχή διερεύνηση των συμπτώματων υποκειμενικής υγείας που βρίσκονται εκτός του κλινικού φάσματος και που, στην πραγματικότητα, αφορούν τη μεγάλη πλειοψηφία των ανθρώπων. (6, 20, 54). Η μελέτη των ΠΥΥ, από την άλλη μεριά, προσεγγίζει ολόκληρο το φάσμα των προβλημάτων υποκειμενικής υγείας που επηρεάζουν την ευεξία του πληθυσμού. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα να αποτυπωθεί ολόκληρη η διαδικασία της έκφρασης προβλημάτων/παραπόνων υποκειμενικής υγείας, πριν οι ενοχλήσεις αποκτήσουν τη μορφή οργανωμένης διαταραχής.

## **2.2 ΠΥΥ και Εφηβεία**

### **2.2.1 Τι είναι εφηβεία**

Εφηβεία είναι η εξελικτική περίοδος του ανθρώπου που εκτείνεται από το τέλος της παιδικής ηλικίας έως την έναρξη της ενήλικης ζωής με κεντρικό άξονα την ήβη (55). Αναφέρεται συχνά ως «μεταβατική» περίοδος, καθώς, κατά τη διάρκειά της, επισυμβαίνει μία πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών μεταβολών, ενώ ταυτόχρονα το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με νέες προκλήσεις (56). Οι αλλαγές και οι προκλήσεις αυτές επηρεάζουν τον έφηβο σε όλα τα επίπεδα της λειτουργικότητάς του και συνδιαμορφώνουν την προσωπικότητά του, τη συμπεριφορά του, τη στάση του απέναντι στους άλλους – ενήλικες και συνομηλίκους –, καθώς και τις απόψεις και τις ιδέες του απέναντι σε αρχές και αξίες που επικρατούν στην κοινωνία όπου ζει.

Παρά τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η εφηβεία στην ανάπτυξη του ατόμου (56), άρχισε να μελετάται ως ξεχωριστή και ιδιαίτερη φάση ζωής μόλις στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα (57). Από τότε μέχρι σήμερα, η θεώρηση της εφηβείας είναι άμεσα συνυφασμένη με το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο αναφοράς, τα οποία συνκαθορίζουν διάφορα χαρακτηριστικά και ορόσημα της αναπτυξιακής αυτής φάσης (56). Χαρακτηριστικό παράδειγμα της κοινωνικοπολιτισμικής επιρροής είναι ο προσδιορισμός του ηλικιακού φάσματος της εφηβείας. Η είσοδος στην εφηβεία μπορεί να

πραγματοποιηθεί νωρίτερα από το 10<sup>ο</sup> χρόνο ζωής, ενώ η ολοκλήρωσή της δύναται να διαρκέσει μέχρι και την πρώιμη ενηλικίωση, π.χ. την ηλικία των 21 ή 25 ετών. Παρόλ' αυτά, στη διεθνή βιβλιογραφία υιοθετείται ο ορισμός του ΠΟΥ κατά τον οποίο η εφηβεία εκτείνεται από το 10<sup>ο</sup> μέχρι το 19<sup>ο</sup> έτος ζωής (58).

### **2.2.2 Εφηβεία και υγεία**

Η υγεία αποτελεί μία από τα βασικότερες προϋποθέσεις για την ομαλή ανάπτυξη του εφήβου. Αναφορικά με τον τρόπο που οι ίδιοι οι έφηβοι αντιλαμβάνονται την έννοια της υγείας, ποιοτικές έρευνες δείχνουν ότι χρησιμοποιούν παρόμοια κριτήρια με τους ενήλικες (59). Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι η αντίληψη των εφήβων για το δίπολο Υγείας/Ασθένειας διαμορφώνεται παράλληλα με την γνωστική τους ανάπτυξη, όπως αυτή διατυπώθηκε από τη θεωρία του Piaget (59). Έτσι, στην πρώιμη εφηβεία, όπου η συγκεκριμένη λογική σκέψη έχει εγκαθιδρυθεί, κυριαρχούν οι αναφορές σε συγκεκριμένες ασθένειες. Καθώς ο έφηβος μεγαλώνει και η ικανότητα για αφηρημένη σκέψη εδραιώνεται, οι αντιλήψεις του για την υγεία εμπλουτίζονται με ψυχοσυναισθηματικές και κοινωνικές παραμέτρους, γεγονός που αντανακλάται στην εστίαση σε πεδία όπως η δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων, η αναγνώριση των ψυχικών αποθεμάτων και η επίτευξη συναισθηματικής ευεξίας/ισορροπίας.

Στους κόλπους των εφήβων οι πιο συνήθεις αναφορές σχετικά με την υγεία περιλαμβάνουν ζητήματα που αφορούν στην εμφάνιση (π.χ. ύψος, βάρος, επιδερμίδα), συναισθηματικές καταστάσεις (άγχος, καταθλιπτική διάθεση) και κοινά σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα (πονοκέφαλος, στομαχόπονος, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα) (59). Επομένως, η αυξημένη προσοχή και εξεταστική τάση των εφήβων ως προς το σώμα και την γενική τους υγεία θα μπορούσε να θεωρηθεί ένα αναμενόμενο χαρακτηριστικό της εξελικτικής τους πορείας, βασισμένο αφενός στο φαινόμενο της ήβης και των οργανικών μεταβολών που επιφέρει, κι αφετέρου στα πολλαπλά ψυχοκοινωνικά ζητήματα που αναδύονται ταυτοχρόνως (60, 61).

### **2.2.3 Κλινική σημασία των ΠΥΥ στην εφηβεία**

Με δεδομένη την καλή γενική υγεία των εφήβων, τουλάχιστον στον Δυτικό κόσμο (62), οι παραδοσιακοί επιδημιολογικοί δείκτες της θνησιμότητας και νοσηρότητας δεν μπορούσαν να

επιτύχουν μία ενδελεχή ανάγνωση της υγείας κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου (63). Παράλληλα, υπήρξαν όλο και περισσότερα ερευνητικά στοιχεία που επιβεβαίωναν την ικανότητα των εφήβων να αναφέρουν την προσωπική τους εμπειρία και γνώμη με εγκυρότητα και αξιοπιστία (64, 65). Οι παραπάνω εξελίξεις σε συνδυασμό με το αυξανόμενο ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας για τα ΠΥΥ στον ενήλικο πληθυσμό, οδήγησαν στη χρήση υποκειμενικών δεικτών για την εκτίμηση της υγείας των εφήβων, όπως ο δείκτης παραπόνων υποκειμενικής υγείας. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνθηκε η διεύρυνση των επιδημιολογικών ερευνών στον γενικό εφηβικό πληθυσμό με απώτερο σκοπό την αποτύπωση της «φυσιολογικής» εξελικτικής διαδικασίας και τη μελέτη των πολλαπλών αναπτυξιακών προκλήσεων που είναι δυνατό να επηρεάσουν την ομαλή πορεία των εφήβων προς την ενηλικίωση.

Ωστόσο, όπως συνέβη και στον ενήλικο πληθυσμό, η μελέτη των ΠΥΥ στα παιδιά/εφήβους προσδιορίστηκε από τον ορισμό της παθολογίας. Ελλείψη εξειδικευμένων διαγνωστικών κριτηρίων για τις σωματόμορφες διαταραχές στα παιδιά και τους εφήβους, προσαρμόστηκαν τα αντίστοιχα των ενηλίκων (66, 67). Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα (Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care) του Wolraich αποτελεί μία εξαίρεση, καθώς ενσωματώνει αναπτυξιακά ζητήματα στον σχηματισμό διαγνωστικών κριτηρίων (68). Εκτός από τις σωματόμορφες διαταραχές που απαντώνται και στα αντίστοιχα εγχειρίδια για τους ενήλικες, η λίστα με τις σωματόμορφες εκδηλώσεις των παιδιών κι εφήβων εμπλουτίστηκε με δύο επιπλέον διαστάσεις που αναφέρονται στον συγκεκριμένο πληθυσμό αποκλειστικά: 1. Somatic Complaint Variation (SCV) και 2. Somatic Complaint Problem (SCP). Και οι δύο αυτές διαστάσεις περιγράφουν την εξελικτική λειτουργία των σωματικών παραπόνων κι εντάσσονται στη φυσιολογική διαδικασία ανάπτυξης των παιδιών κι εφήβων. Ως προς τους τελευταίους, η SCV περιγράφεται ως συχνή εμφάνιση κοινών σωματικών συμπτωμάτων (π.χ. πονοκέφαλος), ιδίως στα κορίτσια μετά την έμμηνο ρύση, χωρίς να επηρεάζεται η ικανότητα των εφήβων να λειτουργούν στην καθημερινότητά τους. Η SCP περιλαμβάνει την εμφάνιση ενός ή περισσότερων σωματικών παραπόνων, που προκαλούν ενόχληση και πλήττουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ στην εφηβεία συνοδεύονται από ψυχολογική δυσφορία και συχνά οδηγούν σε κοινωνική απόσυρση και ακαδημαϊκά προβλήματα (68).

Παρόλο που οι παραπάνω εκδηλώσεις δεν προσδιορίζονται ως διαταραχές, διαθέτουν κλινική αξία καθώς μπορούν να αξιοποιηθούν ως ενδείξεις για την εμφάνιση σοβαρότερων ψυχολογικών

εκδηλώσεων στο άμεσο ή έμμεσο μέλλον (69). Έχει αναφερθεί ότι η ύπαρξη πολλαπλών ΠΥΥ στην εφηβεία πρέπει να διερευνάται διεξοδικά ως πιθανή ένδειξη έναρξης διαταραχών διάθεσης (70) και σωματόμορφων διαταραχών (71). Χαρακτηριστικά, έχει καταγραφεί ότι το 55% των ατόμων που διαγνώστηκαν με σωματόμορφη διαταραχή στην ενήλικη ζωή βίωσαν τα πρώτα σωματικά τους συμπτώματα πριν την ηλικία των 15 ετών (48). Επομένως, ο εντοπισμός και η μελέτη των ΠΥΥ, αν και εντάσσονται στη «φυσιολογική» αναπτυξιακή πορεία της εφηβείας, μπορεί να βοηθήσουν στην κατανόηση του συνεχούς που ενώνει την Υγεία με την Αρρώστια και να αποτελέσουν πολύτιμα εργαλεία στον σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης και αποκατάστασης (72-74).

#### 2.2.4 Επιπολασμός ΠΥΥ στην εφηβεία

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τα ΠΥΥ στην εφηβική ηλικία έχει αναδείξει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Παρά τις ποικίλες μεθοδολογικές αποκλίσεις των επιμέρους ερευνών<sup>3</sup>, κοινό εύρημα αποτελεί ο υψηλός επιπολασμός των ΠΥΥ ανάμεσα στους εφήβους σε διάφορες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου (8, 62, 73). Ενδεικτικά, στο πρόσφατο εγχειρίδιο του International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) για την παιδική και εφηβική ψυχική υγεία αναφέρεται ότι ένα στα τέσσερα παιδιά/έφηβοι παραπονούνται για μία σειρά σωματικών συμπτωμάτων χωρίς νοσολογικό υπόβαθρο ανά μία ή δύο εβδομάδες (53). Πρόσφατες έρευνες σε σχολικό περιβάλλον υποστηρίζουν ότι το ποσοστό των εφήβων που αναφέρουν συμπτώματα επαναλαμβανόμενου πόνου σε δύο ή/και περισσότερα σημεία με εβδομαδιαία –τουλάχιστον– συχνότητα κυμαίνεται από περίπου 5% (75-77) κι εκτείνεται μέχρι το 32% (78, 79), ή ακόμη και το 54% (80). Επιπλέον, η συγχρονική διακρατική έρευνα για την υγεία του εφηβικού πληθυσμού “Health Behaviour in School-Aged Children” (HBSC study), που πραγματοποιήθηκε το 2009-10 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του εφηβικού πληθυσμού υπό την

---

<sup>3</sup> Για την παρούσα διατριβή έχουν χρησιμοποιηθεί πορίσματα ερευνών με μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις στα παρακάτω σημεία: 1. στο φύλο των συμμετεχόντων και στο ηλικιακό εύρος της εφηβείας που εστιάζουν (π.χ. αγόρια ≠ κορίτσια, πρώιμη ≠ όψιμη εφηβεία), 2. στην ορολογία που χρησιμοποιούν για την περιγραφή των συμπτωμάτων (ΠΥΥ -“subjective health complaints”-, ιατρικώς μη ερμηνεύσιμα (σωματικά) συμπτώματα -“medically unexplained (physical/somatic) symptoms”-, λειτουργικά συμπτώματα -“functional symptoms”-, ψυχοσωματικά συμπτώματα -“psychosomatic symptoms”-, παράπονα πόνου -“pain complaints”-, συμπτώματα πόνου -“pain symptoms”), 3. στις επιμέρους ενοχλήσεις που επικεντρώνονται, (ΠΥΥ γενικά ≠ μεμονωμένα συμπτώματα π.χ. πονοκέφαλος/στομαχόπνος) και 4. στα διαφορετικά εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούν.

αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, συμπεριέλαβε τη μελέτη των ΠΥΥ και κατέληξε στο εύρημα ότι ένας μεγάλος αριθμός εφήβων παραπονούνται ότι εμφανίζουν δύο ή περισσότερα ΠΥΥ συχνότερα από μία φορά την εβδομάδα. Η μέση τιμή των συμμετεχουσών χωρών (HSC average) διαμορφώθηκε ως εξής: για τις ηλικίες 11 και 13 ετών, 25% και 26% για τα αγόρια, 32% και 39% για τα κορίτσια αντιστοίχως, και για την ηλικία των 15 ετών 26% για τα αγόρια και 44% για τα κορίτσια (81).

Η διεθνής βιβλιογραφία συγκλίνει με σχετική συνέπεια στα πιο συχνά αναφερόμενα ΠΥΥ στον εφηβικό πληθυσμό (8, 53, 60, 82, 83). Κατά κύριο λόγο, ο πονοκέφαλος αναδεικνύεται το συχνότερο σύμπτωμα από μεγάλο αριθμό μελετών (39, 43, 60, 76, 77, 80, 84-86). Εντούτοις, άλλες ενοχλήσεις όπως η κόπωση (87, 88) και η ευερεθιστότητα (73, 89, 90) έχουν επίσης καταγραφεί ως συχνότερα ΠΥΥ σε εφήβους. Επιπλέον, υψηλή συχνότητα έχει αναφερθεί και για τον στομαχόπονο (39, 73, 76, 80, 86, 87), τον πόνο στην πλάτη και άλλους μυοσκελετικούς πόνους (76, 80, 82, 86-88, 91, 92), και λιγότερο για την κακή διάθεση/ακεφιά (89), τα προβλήματα ύπνου (89), τη νευρικότητα (73) και τη ζαλάδα/ναυτία (60, 93). Ένα επίσης κοινό εύρημα πολυάριθμων ερευνών από διαφορετικές χώρες είναι ότι τα ΠΥΥ τείνουν να μην εκφράζονται μεμονωμένα αλλά να συμπλέκονται μεταξύ τους σε έναν αστερισμό συμπτωμάτων με αποτέλεσμα το άτομο να βιώνει μία ή περισσότερες ψυχικές/σωματικές ενοχλήσεις ταυτόχρονα (62, 73, 82, 94-96). Η συνύπαρξη περισσότερων του ενός ΠΥΥ έχει οδηγήσει τους ερευνητές στην αμφισβήτηση της εστίασης σε μεμονωμένα συμπτώματα, προτείνοντας την θεώρησή τους ως ένα ενιαίο σύνολο ποικιλόμορφων συμπτωμάτων (29, 97).

Στο πλαίσιο της μεγάλης διακρατικής έρευνας Health Behaviour in School-Aged Children αναδύθηκε ένα αξιοσημείωτο εύρημα, που δεν ήταν εφικτό να προκύψει από μελέτες περιορισμένες στα εθνικά όρια. Η έρευνα διεξάγεται συστηματικά σε 35 χώρες –στις οποίες συμπεριλαμβάνονταν η πλειονότητα των ευρωπαϊκών κρατών, οι ΗΠΑ, ο Καναδάς και η Ρωσική Ομοσπονδία– σε εφήβους 11,13 και 15 ετών με περίπου 1500 συμμετέχοντες ανά ηλικιακή κατηγορία σε κάθε κράτος. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο επιπολασμός των παραπόνων υποκειμενικής υγείας διαφέρει σημαντικά μεταξύ χωρών, ακόμη και ανάμεσα στα κράτη της Ευρώπης, με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται με συνέπεια σε όλες τις ηλικιακές ομάδες στις χώρες της Νότιας Ευρώπης (63, 81). Το πόρισμα αυτό τονίζει την σημασία της συμβολής του κοινωνικού-πολιτισμικού πλαισίου στην εμφάνιση των ΠΥΥ και ενισχύει το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη μελέτη των παραγόντων που συσχετίζονται με αυτά (98).

Την τελευταία 20ετία ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει αφιερωθεί στον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση των ΠΥΥ στην εφηβική ηλικία. Επιστήμονες από τον χώρο της (Παιδο)ψυχιατρικής, της Παιδιατρικής, της Συμπεριφορικής Ιατρικής, της Ψυχονευροανοσολογίας, της Ιατρικής Ψυχολογίας, της Ψυχολογίας Υγείας, Ιατρικής Κοινωνιολογίας και Ιατρικής Ανθρωπολογίας αναζητούν να καθορίσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ευαλωτότητα των παιδιών/εφήβων, ούτως ώστε κάποια από αυτά να παραπονοούνται έντονα για την υγεία τους. Αν και υπάρχει σχετική συναίνεση για την ταυτοποίηση των παραγόντων αυτών στη διεθνή βιβλιογραφία, η κατηγοριοποίησή τους διαφοροποιείται ανάλογα με την επιστημονική ειδίκευση των ερευνητών και το θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται η εμφάνιση των ΠΥΥ. Στην παρούσα εργασία υιοθετείται η κατάταξη που αρμόζει περισσότερο στους τομείς της Περιγραφικής Επιδημιολογίας και Κοινωνικής Ιατρικής, εφαρμόζοντας έναν σχηματικό διαχωρισμό των εξεταζόμενων σχετιζόμενων παραγόντων σε τέσσερα επίπεδα: δημογραφικό, ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

### **3. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ**

#### **3.1. Φύλο και Ηλικία**

Το φύλο και η ηλικία αποτελούν δύο από τους παράγοντες που σχετίζονται ισχυρότερα με την εμφάνιση ΠΥΥ στην εφηβική – και όχι μόνο– ηλικία. Η πλειονότητα των μελετών, συγχρονικών και διαχρονικών, τόσο σε εθνικό όσο και σε διακρατικό επίπεδο συστηματικά επιβεβαιώνει ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα κορίτσια δηλώνουν περισσότερα και συχνότερα συμπτώματα ψυχοσωματικής φύσης σε σύγκριση με τα προηγούμενα χρόνια ζωής αλλά και τους άρρενες συνομηλίκους τους (63, 98-102). Για τους τελευταίους υπάρχει μία και μοναδική αναφορά από μελέτη σε δείγμα Ισπανών εφήβων ότι εμφάνισαν περισσότερα ΠΥΥ από τα συνομήλικά τους κορίτσια (93). Αναφορικά με την ηλικία, η αύξησή της βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την αύξηση των αναφορών για ψυχοσωματικές ενοχλήσεις (61, 63, 73, 90, 91, 103), αν και υπάρχουν δεδομένα που συνηγορούν στο ότι τα συμπτώματα αυτά μένουν σχεδόν σταθερά και στα δύο φύλα (61, 104) ή ακόμη και μειώνονται (105) όσο ο έφηβος μεγαλώνει.

Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία, το φύλο και τα ΠΥΥ αποδίδεται σε μία πληθώρα παραμέτρων άμεσα συνυφασμένων με το εύρος των εξελικτικών διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα την περίοδο της εφηβείας. Η ίδια η διαδικασία της ήβης και οι ορμονικές μεταβολές που την συνοδεύουν ευθύνονται για την εστίαση της προσοχής σε σωματικές αλλαγές, προκαλώντας έτσι συχνά στον έφηβο μία έντονη τάση ενασχόλησης με το σώμα του και τα συμπτώματα που εμφανίζει (106-108). Κάποιες μελέτες συνδέουν τις ορμονικές αλλαγές και την έμμυνο ρύση με την αυξημένη τάση των κοριτσιών να δηλώνουν προβλήματα υγείας (91, 107), σε συνάρτηση με την υπόθεση που έχει διατυπωθεί από έρευνα σε ενήλικες ότι οι θηλυκές ορμόνες, όπως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, ίσως να αποτελούν το κλειδί για να κατανοηθεί η κλίση των γυναικών προς την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (92). Στο σημείο αυτό έχει στηριχθεί ο προβληματισμός κάποιων ερευνητών για την επάρκεια της ηλικίας ως μεταβλητής ικανή να εξηγήσει τα εξελικτικά φαινόμενα που χαρακτηρίζουν την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Σε αντίστιξη προτείνουν να αντικατασταθεί από τον παράγοντα της εφηβικής ανάπτυξης που μπορεί να εκφράσει τις ευρείς αποκλίσεις των διεργασιών ωρίμανσης, ακόμη και ανάμεσα σε εφήβους ίδιας ηλικίας (109, 110). Σχετικές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η πρώιμη έναρξη της ήβης είναι το κύριο ιδίωμα της ηλικιακής αυτής περιόδου που σχετίζεται εντονότερα με την ψυχολογική ευαλωτότητα του εφήβου (92, 109, 111, 112), χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία στη διαφυλική ισχύ της παρούσης υπόθεσης (92). Σε αντιδιαστολή, υπάρχει αξιοσημείωτο έλλειμμα σε επίπεδο έρευνας και βιβλιογραφίας σχετικά με την επίδραση των αρσενικών ορμονών (92), π.χ. ανδρογόνα, στην εμφάνιση σωματικών/ψυχολογικών συμπτωμάτων στους άρρενες έφηβους γεγονός που αποτρέπει την γενίκευση των πορισμάτων.

Συμπληρωματικά, οι αναπτυξιακές μεταβολές που συνοδεύουν την ήβη εισάγουν τον έφηβο σε μία μεταβατική περίοδο κατά την οποία θεμελιώδεις ψυχικές διεργασίες, όπως η αυτοαντίληψη, η αίσθηση αυτεπάρκειας, η εικόνα εαυτού και η ταυτότητα του φύλου τροποποιούνται και αναπροσαρμόζονται. Παράλληλα, η οικογένεια, ο άμεσος κοινωνικός κύκλος και η ευρύτερη κοινωνία δύναται να αποτελέσουν πηγές στρες για τον έφηβο εξαιτίας υψηλών προσδοκιών, πολυάριθμων απαιτήσεων ή/και της πίεσης για συμμόρφωση στην κοινωνική νόρμα (89, 92, 98, 113). Τα κορίτσια εμφανίζονται να δηλώνουν χαμηλότερους δείκτες αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με την εικόνα σώματος (114) και τείνουν να αντιλαμβάνονται περισσότερα στρεσογόνα ερεθίσματα από το περιβάλλον τους συγκριτικά με τα αγόρια (61). Ο συνδυασμός των δύο προαναφερθέντων



παραγόντων, δηλαδή χαμηλή ψυχολογική ευεξία και αυξημένο στρες, θα μπορούσε να ερμηνεύσει τους υψηλότερους δείκτες ΠΥΥ στα έφηβα κορίτσια. Επιπλέον, η Θεωρία της Αντίληψης Συμπτωμάτων (Symptom Perception Theory) υπογραμμίζει ότι τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται και αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο στα ίδια ερεθίσματα. Σύμφωνα με τη θεωρία, οι γυναίκες έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν ΠΥΥ καθώς είναι περισσότερο προσανατολισμένες στο σώμα και την υγεία τους, την οποία τείνουν να αντιλαμβάνονται με ψυχοσυναισθηματικούς όρους (74).

## **3.2 Κοινωνικο-οικονομική Κατάσταση της Οικογένειας**

### **3.2.1 Κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες και εφηβική υγεία**

Μεταξύ των ποικίλων παραγόντων που εν δυνάμει επηρεάζουν την ψυχική και σωματική υγεία, εκείνοι που σχετίζονται με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του ατόμου θεωρούνται παράγοντες εξαιρετικής σημασίας λόγω της δυνητικά τροποποιήσιμης φύσης τους (115). Έτσι λοιπόν, από τις αρχές του 1980 μέχρι σήμερα ένα πλήθος ερευνών έχει υπογραμμίσει την ύπαρξη κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων υγείας τόσο σε ενήλικο όσο και σε παιδιατρικό πληθυσμό κι έχει ασχοληθεί με την έκταση, το πρότυπο και την αιτιολογία των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ωστόσο, στην σύγχρονη βιβλιογραφία εγείρονται σοβαρές αμφιβολίες ως προς την διαχρονική ισχύ των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων σε όλη τη διάρκεια της ζωής (παιδική, εφηβική ηλικία, ενήλικη ζωή και τρίτη ηλικία), καθώς οι ενδείξεις σχετικά με την ύπαρξη ανισοτήτων υγείας μεταξύ των εφήβων διαφορετικού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου δεν είναι σταθερές. Υπάρχουν έρευνες που διαπιστώνουν την ύπαρξη κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων κι άλλες που αναφέρουν αδύναμες μόνο ή και ανύπαρκτες ανισότητες (115).

Η έλλειψη σταθερών ευρημάτων κατά την εφηβική ηλικία οδήγησε στη διατύπωση διαφορετικών επεξηγηματικών μοντέλων και υποθέσεων. Η υπόθεση της «κοινωνικής εξίσωσης» (social equalization) στην υγεία διατείνεται ότι κατά την περίοδο της εφηβείας εξω-οικογενειακοί παράγοντες όπως το σχολικό περιβάλλον, οι συνομήλικοι και η νεανική κουλτούρα, φαίνεται να υπερισχύουν εκείνων που σχετίζονται με την κοινωνική τάξη ως προς την επιρροή τους στην ψυχική και σωματική υγεία και να οδηγούν έτσι στην εξομάλυνση και απαλειφή των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (116). Από την άλλη πλευρά, οι υποθέσεις της «επιλογής» (health selection) και

«αιτιότητας» (health causation) υποστηρίζουν την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και, μάλιστα, προσφέρουν το ερμηνευτικό υπόβαθρο της σύνδεσής τους (113). Η υπόθεση της επιλογής υποστηρίζει ότι η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου επηρεάζει και τη δυνατότητά του για κοινωνική κινητικότητα, καθιστώντας δύσκολο για έναν λιγότερο υγιή άνθρωπο να ελιχθεί στην κοινωνικο-οικονομική ιεραρχία. Η υπόθεση της αιτιότητας διατείνεται ότι οι συνθήκες διαβίωσης που καθορίζονται από την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ατόμου και της οικογένειάς του επηρεάζουν την υγεία μέσω άμεσων ή έμμεσων φυσικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Ο αντίκτυπος, μάλιστα, ορισμένων παραγόντων γίνεται αισθητός για μεγάλες περιόδους. Για παράδειγμα, οι φτωχές συνθήκες στην παιδική ηλικία μπορούν να επηρεάσουν την υγεία ενός ατόμου μεταγενέστερα. Η Huure και οι συνεργάτες της δοκίμασαν τις υποθέσεις της αιτιότητας και επιλογής για τα ΠΥΥ των εφήβων προκειμένου να διαπιστώσουν αν η κοινωνικοοικονομική τάξη των γονέων αποτελεί αιτία ή αιτιατό των εφηβικών ΠΥΥ. Υποστήριξαν ότι η υπόθεση της επιλογής είχε ισχύ στον πληθυσμό των αγοριών, ενώ στα κορίτσια φάνηκε σε κάποιο βαθμό να ισχύουν και οι δύο υποθέσεις. Η σύνδεση ανάμεσα στον υψηλό αριθμό ΠΥΥ κατά την εφηβεία και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (υπόθεση επιλογής) ήταν ιδιαίτερα ισχυρή και για τα δύο φύλα (113).

Στο πλαίσιο αυτό, το μοντέλο του Οικογενειακού Οικονομικού Στρες (“Family Economic Stress”) και το μοντέλο «Επένδυσης» (“Investment Model”) επεκτείνουν την ύπαρξη ανισοτήτων και κατά την εφηβική περίοδο και προϋποθέτουν την ύπαρξη ενός αιτιολογικού μηχανισμού που συνδέει το κοινωνικο-οικονομικό οικογενειακό status με την υποκειμενική υγεία παιδιών κι εφήβων (117). Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο του Οικογενειακού Οικονομικού Στρες υποστηρίζει ότι οι οικονομικές δυσκολίες προκαλούν στρες εντός της οικογένειας λόγω της ασυμβατότητας μεταξύ αναγκών και των δυνατοτήτων κάλυψής τους. Το στρες αυτό πυροδοτεί γονεϊκές συγκρούσεις και συναισθήματα απογοήτευσης και αβοηθησίας που επηρεάζουν την ζωή των νεαρών μελών της οικογένειας και συχνά εκφράζονται ως ΠΥΥ. Συμπληρωματικά, το μοντέλο «Επένδυσης» θεωρεί ότι η ύπαρξη και η διαχείριση των οικονομικών δυσκολιών αποτελεί την κύρια προτεραιότητα των γονέων, με αποτέλεσμα οι συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών/εφήβων για προσοχή και υποστήριξη να περνούν σε δεύτερη μοίρα. Η μικρότερη, επομένως, γονεϊκή επένδυση στις συναισθηματικές ανάγκες

παιδιών/εφήβων δύναται να συνδέεται με τους χαμηλότερους δείκτες υποκειμενικής υγείας των παιδιών.

Παράλληλα, η έλλειψη σταθερών ευρημάτων αναφορικά με την ύπαρξη ή απουσία κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων αποδόθηκε –εν μέρει τουλάχιστον– στις μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις των ερευνών, και ιδιαίτερα στη χρήση διαφορετικών δεικτών κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (πχ. εκπαιδευτικό επίπεδο γονεών, γονεϊκό επαγγελματικό στάτους, μηνιαίο εισόδημα, οικογενειακή υλική ευχέρεια) και δεικτών υγείας (πχ. δείκτες ύψους/βάρους, ψυχική υγεία, γενική υποκειμενική υγεία, ΠΥΥ). Δεδομένου ότι σε γενικές γραμμές ο πληθυσμός των εφήβων είναι σχετικά υγιής (ως προς την σωματική, τουλάχιστον, συμπτωματολογία), η έλλειψη σημαντικής μεταβλητότητας στη διακύμανση των συμπτωμάτων υγείας που μελετώνται αναμένεται να δυσκολεύει την επισήμανση συσχετίσεων με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές.

Αναφορικά με τους δείκτες κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου κατά την εφηβική περίοδο, τα τελευταία χρόνια διεξάγεται έντονη συζήτηση μεταξύ των ερευνητών σχετικά με τους «παραδοσιακούς» δείκτες κοινωνικο-οικονομικής τάξης –όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση των γονεών, καθώς και το οικογενειακό εισόδημα–, τους δείκτες οικογενειακής (υλικής) ευμάρειας και τους υποκειμενικούς δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι οποίοι αποτυπώνουν την προσωπική εκτίμηση του εφήβου είτε για την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειάς του είτε για την δική του οικονομική ευχέρεια. Λόγω της αμφισβητούμενης αξιοπιστίας της χρήσης των κλασικών κοινωνικο-οικονομικών δεικτών (το εκπαιδευτικό κι επαγγελματικό γονεϊκό στάτους, το οικογενειακό εισόδημα) στον εφηβικό πληθυσμό (118), η χρήση των δεικτών υλικής ευημερίας και των υποκειμενικών δεικτών φάνηκε να αποτελεί καλή εναλλακτική λύση.

Στο πλαίσιο της σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου η συμβολή της αύξησης του κατά κεφαλήν ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους είναι μικρή και όπου η φτώχεια δεν συνεπάγεται απόλυτη ένδεια (δηλαδή την μη ικανοποίηση, έστω στοιχειωδώς, των βασικών αναγκών, πχ. διατροφή, στέγαση, θέρμανση, πρόσβαση στην εκπαίδευση/υγεία) (2), διαφορετικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης προτείνονται από τους ερευνητές ως προς τον ρόλο τους στις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στην εφηβική υγεία, ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια. Σε αυτούς συγκαταλέγονται ο

δείκτης Gini που απεικονίζει την κατανομή του πλούτου σε επίπεδο πληθυσμού χώρας, και οι δείκτες απόλυτης και σχετικής οικονομικής ευημερίας. Διαφαίνεται, επομένως, ότι η συζήτηση για τη διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στο πλαίσιο των ΠΥΥ της εφηβικής ηλικίας οφείλει να λάβει υπόψην τους διαφορετικούς δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Καθώς οι διαφορετικοί δείκτες περιγράφουν διαφορετικές πτυχές της κοινωνικο-οικονομικής εμπειρίας, η χρήση περισσότερων του ενός δεικτών κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης θα μπορούσε να αποτελέσει μία πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (119).

### **3.2.2 Μακροοικονομικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης**

Η μελέτη των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στα ΠΥΥ των εφήβων δεν θα μπορούσε να μην συμπεριλαμβάνει, έστω και σε μικρό τμήμα της σχετικής βιβλιογραφίας, τους μακροοικονομικούς παράγοντες που αφορούν στην οικονομική επίδοση, όπως μετράται βάσει του κατά κεφαλήν ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) και στην κοινωνική διαστρωμάτωση κατανομής του εισοδήματος. Μελέτες σχετικά με τη γενική υποκειμενική υγεία (self-rated health) των εφήβων έχουν επισημάνει ότι τόσο το χαμηλό ΑΕΠ όσο και η άνιση κατανομή του εισοδήματος σε εθνικό επίπεδο συνδέονται με χαμηλά επίπεδα γενικής υγείας κατά την υποκειμενική εκτίμηση των εφήβων (120, 121). Σύμφωνα με τον Τούντα (2), η πραγματική επίδραση της οικονομίας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες, «μπορεί να εκτιμηθεί σωστά μόνο μέσα από το πρίσμα δύο καθοριστικών δομών κάθε κοινωνίας: του τρόπου οργάνωσης της οικονομίας και της μορφής κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή.... και μπορεί να βελτιωθεί μέσω της δίκαιης κατανομής του πλούτου και της ύπαρξης κοινωνικής συνοχής» (σελ.161).

Η Torsheim και οι συνεργάτες της έδειξαν ότι οι έφηβοι που ζουν σε χώρες με έντονες εισοδηματικές ανισότητες εμφάνιζαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να δηλώσουν χαμηλά επίπεδα γενικής υποκειμενικής υγείας, ακόμη κι όταν υπήρχε στατιστικός έλεγχος της επίδρασης της οικογενειακής οικονομικής ευχέρειας (121). Μελέτη που συνεξέτασε την επίδραση μακροοικονομικών παραγόντων (ΑΕΠ και άνιση κατανομή εισοδήματος) στα ΠΥΥ των εφήβων

χρησιμοποιώντας δεδομένα από 37 χώρες (κυρίως του ανεπτυγμένου κόσμου, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας) έδειξε ότι οι παράγοντες αυτοί δύνανται να εξηγήσουν σε κάποιο βαθμό την κοινωνικο-οικονομική διακύμανση των ΠΥΥ σε ατομικό επίπεδο (122). Το επίπεδο ΑΕΠ δεν εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, σε αντίθεση με την άνιση εισοδηματική κατανομή, όπως μετρήθηκε με τον δείκτη Gini, που συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα ΠΥΥ. Ωστόσο, οι μακροοικονομικοί αυτοί παράγοντες, με προεξάρχουσα την κοινωνική διαστρωμάτωση του εισοδήματος, μετρίασαν την επίδραση της κλίμακας Οικογενειακής Οικονομικής Ευημερίας (Family Affluence Scale, βλ. 3.1.2.2) στα ΠΥΥ, δείχνοντας ότι όσο μεγαλύτερες οι εισοδηματικές ανισότητες, τόσο μεγαλύτερη η κοινωνικο-οικονομική διακύμανση των ΠΥΥ.

### **3.2.3 Οικογενειακοί και γονεϊκοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης**

Το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επαγγελματικό στάτους των γονέων, μαζί με το ύψος του οικογενειακού εισοδήματος αποτελούν τους πλέον διαδεδομένους δείκτες εκτίμησης της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης του ατόμου (socio-economic status), σε βαθμό που χαρακτηρίζονται στη σχετική βιβλιογραφία ως «παραδοσιακοί δείκτες». Η εκτενής τους χρήση στην εκτίμηση της υγείας των ενηλίκων επεκτάθηκε και στον παιδιατρικό πληθυσμό, με λιγότερο, όμως, ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι κυρίαρχες αμφισβητήσεις βασίστηκαν αφενός στην ικανότητα των παιδιών κι εφήβων να δηλώνουν με αξιοπιστία το ύψος του οικογενειακού τους εισοδήματος και το ακριβές επαγγελματικό και εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών τους κι αφετέρου στον βαθμό κατά τον οποίο οι συγκεκριμένοι δείκτες προσφέρουν μία ολοκληρωμένη αποτύπωση της οικονομικής εμπειρίας των παιδιών/εφήβων. Ωστόσο, οι δείκτες αυτοί έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στις μελέτες που διερευνούν τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στην ψυχοσωματική υγεία παιδιών κι εφήβων κι έχουν φέρει στο φως σημαντικά ευρήματα.

Σε συγκριτική μελέτη ανάμεσα στις 5 σκανδιναβικές χώρες φάνηκε ότι το οικογενειακό εισόδημα (μαζί με το εκπαιδευτικό κι επαγγελματικό στάτους των γονέων) επηρεάζει τα ΠΥΥ παιδιών 2-17 ετών σε όλες τις χώρες που διεξήχθη η μελέτη (123). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Chen και οι συνεργάτες του έχουν υπογραμμίσει την σημαντική επίδραση του αθροιστικού οικογενειακού εισοδήματος κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας στη διαμόρφωση της υγείας του παιδιού διαχρονικά, τονίζοντας την αξία των παρεμβάσεων στα πρώτα χρόνια της ζωής (124). Επιπλέον, έχει

διατυπωθεί η υπόθεση ότι το χαμηλό εισόδημα μπορεί να επηρεάζει την ψυχική υγεία των παιδιών/ εφήβων και με έμμεσο τρόπο, καθώς σχετίζεται με την υποκειμενική αντίληψη του παιδιού/ εφήβου για τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειάς του (125). Επόμενη μελέτη των Ostberg, Alfven και Hjern έδειξε ότι η έλλειψη ρευστότητας, όπως αξιολογήθηκε από τους γονείς, εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των παιδιών 10-18 ετών, σε αντίθεση με την κοινωνική τάξη της οικογένειας (όπως εκτιμήθηκε από τους γονείς βάσει του επαγγελματικού τους στάτους) (126).

Λόγω του ότι η πλειοψηφία της βιβλιογραφίας αναφορικά με τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στην ψυχοσωματική υγεία των εφήβων προέρχεται από τις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες, οι σύγχρονοι μελετητές τονίζουν την σημασία της σχετικής φτώχειας, η οποία υποδεικνύει το σημαντικά χαμηλότερο οικονομικό επίπεδο σε σχέση με τον –αρκετά ευημερή– μέσο όρο (117). Σύμφωνα με πρόσφατη, σχετική μελέτη στη Νορβηγία, οι περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες της οικογένειας είχαν σημαντική επίδραση στην αύξηση των ΠΥΥ στα παιδιά 10-12 και 16-18 ετών, ιδιαίτερα, μάλιστα, όταν τα παιδιά αυτά προέρχονταν από «σχετικά φτωχές» οικογένειες (117). Η πρόσφατη μελέτη των Elgar και συνεργατών (127) για τη διερεύνηση της συμβολής της οικογενειακής οικονομικής ευημερίας στα ΠΥΥ των εφήβων χρησιμοποίησε δείκτες απόλυτης και σχετικής οικονομικής ευημερίας, ορίζοντας ως πλαίσιο αναφοράς το σχολείο και την ευρύτερη περιοχή διαμονής. Έδειξαν ότι οι σχετικοί δείκτες, δηλαδή, η σχετική φτώχεια (relative deprivation) και η θέση κατάταξης της οικογενειακής ευημερίας (rank affluence) σε σχέση με το πλαίσιο αναφοράς, αποτέλεσαν ισχυρότερους παράγοντες συσχέτισης με τα ΠΥΥ των εφήβων συγκριτικά με τον δείκτη απόλυτης οικονομικής ευημερίας (όπως αξιολογήθηκε βάσει της κλίμακας FAS, βλ. στην συνέχεια). Τόνισαν, ωστόσο, ότι οι διαφορές στην οικογενειακή υλική ευημερία, ανεξαρτήτως από την απόλυτη ή σχετική τους προσέγγιση, ευθύνονται για σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης στα ΠΥΥ των εφήβων (127).

Η κυρίαρχη τάση στην εκτίμηση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των εφήβων αφορούσε –μέχρι πρόσφατα– στην αποτύπωση του εκπαιδευτικού επιπέδου και του επαγγελματικού στάτους των γονέων. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών τεκμηριώνει τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στα ΠΥΥ κατά την εφηβεία χρησιμοποιώντας τους δύο αυτούς δείκτες συνδυαστικά. Το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και η χαμηλή βαθμίδα επαγγελματικής ανέλιξης των γονέων έχουν συστηματικά βρεθεί να συσχετίζονται με περισσότερα ΠΥΥ στους έφηβους απογόνους τους (123, 128,

129) με σχετικό κίνδυνο που αγγίζει το 40% για τα πολλαπλά ΠΥΥ στον πληθυσμό των εφήβων κοριτσιών (130). Οι Piko και Fitzpatrick υποστήριξαν ότι ανάμεσα στις γονεϊκές αυτές συνιστώσες, οι μεταβλητές της μητρικής εκπαίδευσης κι έλλειψης εργασίας της μητέρας παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συμβολή στην εξήγηση των ΠΥΥ στην εφηβεία (131). Η Huurre και συνεργάτες έδειξαν ότι η κοινωνικο-οικονομική ανισότητα (βάσει εκπαιδευτικού κι επαγγελματικού γονεϊκού επιπέδου) στα ΠΥΥ των εφήβων διαφαίνεται μόνο στα κορίτσια (113).

Τα ανωτέρω αποτελέσματα αντικρούονται από ευρήματα άλλων ερευνών που είτε υποστηρίζουν την ύπαρξη ασθενούς συσχέτισης μεταξύ του γονεϊκού εκπαιδευτικού κι επαγγελματικού επιπέδου και των ΠΥΥ των παιδιών/εφήβων (129, 132, 133) είτε απορρίπτουν εξ ολοκλήρου την μεταξύ τους σχέση (126, 134). Ανομοιογενή, επίσης, είναι και τα ερευνητικά δεδομένα για τη σχέση ανάμεσα στη γονεϊκή ανεργία και την αυτοαναφορά ΠΥΥ στους εφήβους. Οι Koivusilta, Rimpelä και Kautiainen (133) υποστήριξαν ότι η ανεργία ενός εκ των δύο γονέων (ανεξαρτήτως φύλου) συνδέεται με αυξημένα επίπεδα ΠΥΥ, ιδιαίτερα ανάμεσα στα έφηβα κορίτσια, ενώ οι Sleskova και συνεργάτες (135) τόνισαν ότι η σχέση αυτή έχει ισχύ και για τα δύο φύλα των εφήβων μόνο στο πλαίσιο της μακροχρόνιας ανεργίας, ειδικά του πατέρα. Σε άλλη μελέτη της Sleskova και συνεργατών (136), υπογραμμίστηκε ο ρόλος του κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου στην εμπειρία της ανεργίας, καθώς τα ποσοστά ανέργων γονέων, ο ρόλος του κοινωνικού προνοιακού κράτους και των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην ανεργία των δύο φύλων διαφέρει σημαντικά ανά κράτος και κοινωνία.

Η χρήση του δείκτη Οικογενειακής Οικονομικής Ευημερίας (Family Affluence Scale-FAS) (118) κατέστησε δυνατή την εκτίμηση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης της οικογένειας από τα ίδια τα παιδιά μέσω τεσσάρων (4) ερωτήσεων που εξετάζουν τα εξής: ιδιοκτησία οικογενειακού αυτοκινήτου, αποκλειστικό δωμάτιο για το παιδί/έφηβο, αριθμό Η/Υ στο σπίτι, και αριθμό διακοπών κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Η χρήση του συγκεκριμένου δείκτη φαίνεται να αποτυπώνει τις κοινωνικο-οικονομικές διαφοροποιήσεις στην ψυχοσωματική υγεία των εφήβων, εφόσον οι μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι που δηλώνουν χαμηλή οικογενειακή οικονομική ευημερία (βάσει του δείκτη FAS) τείνουν να αναφέρουν περισσότερα ΠΥΥ σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που προέρχονται από οικογένειες με μεγαλύτερη οικονομική άνεση (122, 137). Ωστόσο, υπάρχουν και ερευνητικά δεδομένα που δεν στηρίζουν την σχέση του δείκτη FAS με τα ΠΥΥ των εφήβων (119). Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας συνιστά μία βασική συνθήκη

διαβίωσης που καθορίζει τους τρόπους που οι γονείς οργανώνουν τις ζωές των παιδιών τους. Επηρεάζει ένα πλέγμα συνθηκών και διεργασιών που είναι άμεσα και έμμεσα συνυφασμένες με την υγεία, από τις επιλογές για τον τόπο/χώρο διαβίωσης και την υλική άνεση μέχρι την συναισθηματική διαθεσιμότητα των γονιών και την υποκειμενική εκτίμηση του παιδιού για την σχετική κοινωνικο-οικονομική κατάταξη του ίδιου και της οικογένειάς του (121, 126).

### **3.2.4 Υποκειμενικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης**

Η μελέτη των υποκειμενικών δεικτών κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης αποτελεί μία σύγχρονη τάση στην ερευνητική δραστηριότητα για την ανίχνευση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στον χώρο της υγείας. Η λιγοστή αλλά ολοένα αυξανόμενη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι δείκτες υποκειμενικής αντίληψης του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου συνιστούν μία ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη σύνθεση των διαφορετικών πτυχών της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης του ατόμου, καθώς αντανακλούν τόσο τις εσωτερικευμένες πεποιθήσεις του ατόμου για την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειάς του (πχ. πώς κρίνει ο έφηβος το οικονομικό επίπεδο/την κοινωνική τάξη της οικογένειάς του, αν ανησυχεί για την οικονομική κατάσταση της οικογένειάς του) (138), όσο και την προσωπική του εκτίμηση για την σχετική θέση που κατέχει εντός του κοινωνικού του περιβάλλοντος (πχ. η προσωπική του οικονομική κατάσταση σε συνάρτηση με τους συνομηλίκους του (139)).

Η χρήση τους αποκτά ολοένα και περισσότερους θιασώτες στον τομέα της εφηβικής υγείας, καθώς, κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων, εντείνεται η διεργασία της κοινωνικής επιρροής και συγκρισιμότητας στο πλαίσιο ποικίλων εξω-οικογενειακών παραγόντων και πλαισίων (138, 140). Οι λιγοστές, μέχρι σήμερα, δημοσιευμένες μελέτες για την συσχέτιση των δεικτών υποκειμενικής εκτίμησης της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης του εφήβου με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα για την ενδελεχή μελέτη των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην εφηβική υγεία μέσω της χρήσης τους. Μελέτες στο πλαίσιο της γενικής υποκειμενικής υγείας υπογραμμίζουν ότι οι δείκτες αυτοί αποτελούν καθοριστικότερους παράγοντες συγκριτικά με τους «παραδοσιακούς» (οικογενειακούς ή γονεϊκούς) δείκτες στην εφηβεία, καθώς αποτυπώνουν καλύτερα τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στο συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα (125, 141).



Επιπλέον, οι υποκειμενικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης έχουν αναφερθεί να συσχετίζονται σημαντικά με την αυτοαναφορά ΠΥΥ στους εφήβους (129, 131).

Η μοναδική μέχρι σήμερα μελέτη που εστιάζει στην σχέση των ΠΥΥ με τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, όπως αποτυπώνονται με την χρήση υποκειμενικών δεικτών απόλυτης και σχετικής οικονομικής ευχέρειας, δημοσιεύθηκε πρόσφατα από τους Yngwe και Ostberg (142). Η μελέτη συμπεριέλαβε την υποκειμενική εκτίμηση των εφήβων για την έλλειψη ρευστότητας (απόλυτη διάσταση ευχέρειας) και για την συγκρισιμότητά τους με τους συνομηλικούς τους αναφορικά με την αγοραστική τους δυνατότητα καθώς και με την δυνατότητα συμμετοχής τους σε δραστηριότητες (σχετική διάσταση ευχέρειας). Φάνηκε ότι η υποκειμενικά εκτιμώμενη απόλυτη διάσταση της ευχέρειας συνδέθηκε με τα ΠΥΥ μόνο στα αγόρια και στα παιδιά ηλικίας 10-12 ετών. Η αγοραστική δυνατότητα πραγμάτων που έχουν οι συνομήλικοι εμφάνισε σημαντική συσχέτιση με τα ΠΥΥ ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία των ερωτώμενων. Οι έφηβοι με αρκετές αποστερητικές εμπειρίες τέτοιου τύπου ανέφεραν σημαντικά περισσότερα ΠΥΥ.

Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν την σημασία της υποκειμενικής αντίληψης των εφήβων για την προσωπική τους οικονομική ευχέρεια σε σχέση με τους συνομηλικούς τους για την αναφορά παραπόνων υποκειμενικής υγείας. Παρόμοια ευρήματα είχαν αναφερθεί και από τον Hagquist (143) σε σχετική μελέτη το 1998, αναφορικά με την αδυναμία συμμετοχής των εφήβων σε δραστηριότητες με τους συνομηλικούς τους λόγω οικονομικών δυσκολιών. Επιπλέον, έδειξε ότι οι έφηβοι που ανησυχούσαν για τα οικονομικά της οικογένειας είχαν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ, σε σχέση με τους συνομηλικούς τους που δεν είχαν τέτοιου τύπου ανησυχίες. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι οι δείκτες υποκειμενικής εκτίμησης της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης μπορούν να αξιοποιήσουν σημαντικές πτυχές της κοινωνικο-οικονομικής εμπειρίας του εφήβου –οι οποίες θα έμεναν στο σκοτάδι χωρίς την χρήση τους–, προς όφελος μιας πιο ολοκληρωμένης και διεισδυτικής μελέτης του φαινομένου των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην εφηβική υγεία.

### 3.3. Τόπος Διαμονής

#### 3.3.1 Η γειτονιά/κοινότητα στο πλαίσιο της εφηβικής υγείας

Τα τελευταία 20 χρόνια μεγάλος αριθμός ερευνητών έχει υπογραμμίσει τη σημασία του πλαισίου διαβίωσης, με τη μορφή της ευρύτερης κοινότητας και της γειτονιάς, στην υγεία των ατόμων που κατοικούν σε αυτό, είτε πρόκειται για ενήλικο (144) είτε για ανήλικο πληθυσμό (145, 146). Ήδη από την αρχή της δεκαετίας του 1980, η Οικολογική Συστημική Θεώρηση του Bronfenbrenner (147) τοποθέτησε το παιδί στο κέντρο πολλαπλών, συσχετιζόμενων κοινωνικών συστημάτων, τονίζοντας ότι κάθε έκφραση του οικολογικού πλαισίου στη ζωή του παιδιού, από την πιο άμεση (π.χ. οικογένεια) μέχρι την πιο έμμεση (π.χ. πολιτισμικό περιβάλλον), –συμπεριλαμβανομένων των ενδιάμεσων πτυχών (π.χ. σχολείο, γειτονιά)– αναμένεται να επηρεάσει το παιδί, τις εμπειρίες και την ανάπτυξή του (112). Από τη δεκαετία του 1980 μέχρι σήμερα, ολοένα και περισσότεροι ερευνητές εξετάζουν την συμβολή της γειτονιάς/κοινότητας στην υγεία παιδιών/εφήβων, προσπαθώντας να διευκρινήσουν τα χαρακτηριστικά της κοινότητας και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων επιδρούν στην κατάσταση της υγείας των νεαρών μελών της. Η εφηβική ηλικία θεωρείται κομβικό σημείο στη μελέτη αυτή, καθώς κατά την συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδο αυξάνεται αφενός η χωρίς επιτήρηση έκθεση του παιδιού στο περιβάλλον της γειτονιάς του και αφετέρου η άμεση επαφή του παιδιού με άλλα μέλη της κοινότητας (148).

Η γειτονιά/κοινότητα ως εννοιολογική κατασκευή αποτελείται από ένα σύνολο μεταβλητών, όπως π.χ. το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των κατοίκων, την αίσθηση της ασφάλειας, κ.ά., που, αν και διαφέρουν, συνήθως σχετίζονται μεταξύ τους. Μέχρι σήμερα έχουν αναδειχθεί δύο βασικές κατηγορίες παραγόντων του πλαισίου διαβίωσης που φαίνεται να επιδρούν στην υγεία παιδιών/εφήβων: α) τα δομικά χαρακτηριστικά της γειτονιάς/κοινότητας, εννοώντας κατά κανόνα το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς, την εθνική της σύσταση, την αναλογία μονογονεϊκών οικογενειών και την οικιστική σταθερότητά της και β) τα διεργασιακά στοιχεία της γειτονιάς/κοινότητας, δηλαδή, τον τρόπο που πραγματοποιούνται οι κοινωνικές διεργασίες και ζυμώσεις και αφορούν κυρίως στους κοινωνικούς κώδικες, την αίσθηση συλλογικής αποτελεσματικότητας και άλλα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά των σχέσεων και της δικτύωσης του κοινωνικού πλέγματος που περιλαμβάνονται στον γενικό όρο «κοινωνικό κεφάλαιο» (149, 150). Αν και πολλές μελέτες εστιάζουν σε μία από τις δύο κατηγορίες παραγόντων ή ακόμη σε έναν μεμονωμένο παράγοντα, είναι κοινώς

αποδεκτό ότι τόσο οι δύο κατηγορίες όσο και οι παράγοντες που περιλαμβάνουν, δεν λειτουργούν αποσπασματικά αλλά σε συνέργεια (146, 150). Για παράδειγμα, αντλώντας από την θεωρία της Κοινωνικής Αποδιοργάνωσης –που πρότεινε την σύνθεση των δομικών και διεργασιικών χαρακτηριστικών στην ερμηνεία των φαινομένων που λαμβάνουν χώρα εντός της κοινότητας–, οι υψηλοί δείκτες ανεργίας και οικονομικής ανέχειας (χαρακτηριστικά δομής) σε μία οικιστική περιοχή συνήθως συνδέονται τόσο με την υψηλή εισροή μεταναστών (δομικό χαρακτηριστικό) όσο και με τη χαλάρωση του κοινωνικού ιστού (χαρακτηριστικό διεργασίας) (146). Επιπλέον, στη βιβλιογραφία υπογραμμίζεται ότι ο αντίκτυπος του πλαισίου διαβίωσης σε επίπεδο παιδιού ή οικογένειας προϋποθέτει τη συνεργιστική δράση πολλαπλών προστατευτικών παραγόντων ή παραγόντων κινδύνου και όχι τη μεμονωμένη επίδραση ενός παράγοντα (146, 151).

Οι Jencks και Mayer (146) ασχολήθηκαν εκτενώς με τους τρόπους σύνδεσης των χαρακτηριστικών του πλαισίου διαβίωσης με την ατομική συμπεριφορά και πρότειναν τους εξής μηχανισμούς – θεωρητικά μοντέλα που επεξηγούν τη σύνδεση αυτή: 1) η λειτουργία κοινοτικών πόρων, θεσμών και υπηρεσιών που προάγουν την υγιή και δημιουργική συνύπαρξη και ανάπτυξη, π.χ. η διαθεσιμότητα δημοτικών υπηρεσιών πρόνοιας, αναψυχής και επιμόρφωσης όπως πάρκα, δημοτικοί παιδικοί σταθμοί, δημοτικές βιβλιοθήκες, κ.ά. 2) οι κώδικες συλλογικής κοινωνικοποίησης εντός της κοινότητας που σχετίζονται με τους άγραφους κανόνες αλληλεπίδρασης, ρύθμισης της συμπεριφοράς και τους μηχανισμούς επίσημου ή ανεπίσημου ελέγχου και επιτήρησης, 3) η ιδιότητα μετάδοσης των συμπεριφορών –με έμφαση στις προβληματικές συμπεριφορές– μέσα στην κοινότητα, κατά την οποία αρνητικά πρότυπα συμπεριφοράς των κατοίκων ή ομηλίκων, π.χ. φυλετικές διακρίσεις, διακίνηση παράνομων ουσιών μπορεί να επεκταθούν ευρέως και να αποτελέσουν χαρακτηριστικό ιδίωμα ολόκληρης της γειτονιάς, 4) η κουλτούρα ανταγωνισμού της κοινότητας που αντανάκλα την τάση των μελών να ανταγωνίζονται μεταξύ τους ενώπιον των (λιγοστών) κοινοτικών πόρων και, τέλος, 5) η σχετικότητα της αξιολόγησης των συνθηκών διαβίωσης που σημαίνει ότι η προσωπική εκτίμηση των ιδίων συνθηκών συνήθως πραγματοποιείται σε συνάφεια με τις αντίστοιχες συνθήκες των υπολοίπων μελών του κοινού πλαισίου.

Συμπληρωματικά, οι Leventhal and Brooks-Gunn (146) συγκεκριμενοποίησαν τις οδούς μέσω των οποίων η γειτονιά/κοινότητα μπορεί να επηρεάσει ειδικά τα παιδιά και τους εφήβους και πρότειναν τις εξής: α) Θεσμοί και πόροι: η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα και η ποιότητα τόσο

των εκπαιδευτικών, κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών ευκαιριών και δράσεων όσο και των κοινοτικών θεσμών και φορέων, όπως τα σχολεία και οι υπηρεσίες υγείας, β) Σχέσεις: τα ατομικά γονεϊκά χαρακτηριστικά (π.χ. ψυχική και σωματική υγεία), τα δίκτυα υποστήριξης που είναι διαθέσιμα στους γονείς (π.χ. σχολές γονέων, δημοτικά κέντρα απασχόλησης παιδιών), η γονεϊκή συμπεριφορά και οι στρατηγικές διαπαιδαγώγησης καθώς και ο τύπος και η ποιότητα του οικογενειακού κλίματος και των σχέσεων που καλλιεργούνται σε αυτό και γ) Πρότυπα-κανόνες/ Συλλογική επάρκεια: ο βαθμός στον οποίο κοινοτικοί θεσμοί, επίσημοι και ανεπίσημοι (π.χ. συνελεύσεις κατοίκων, δημοτική αστυνομία), εποπτεύουν και ελέγχουν τόσο την συμπεριφορά των κατοίκων (π.χ. παραβατική συμπεριφορά ομάδων ομηλικών) όσο και την ύπαρξη φαινομένων που ενδεχομένως μπορεί να βλάψουν τους κατοίκους (π.χ. διακίνηση εξαρτησιογόνων ουσιών). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι η γειτονιά/κοινότητα μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και συμπεριφορά των παιδιών με δύο τρόπους: α) μέσω της άμεσης αλληλεπίδρασης παιδιού–γειτονιάς/κοινότητας και β) με έμμεσο τρόπο, εφόσον τα χαρακτηριστικά της γειτονιάς/κοινότητας έχουν αντίκτυπο τόσο στο δίκτυο των ανθρώπων με τους οποίους σχετίζεται το παιδί όσο και στην ποιότητα και ποσότητα των φορέων και των πλαισίων στα οποία εντάσσεται κατά τη διάρκεια της ζωής του (147).

Σύγχρονοι μελετητές συνεχίζουν να τονίζουν την αναγκαιότητα ενδεδειγμένης διερεύνησης των κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των κοινοτήτων που επηρεάζουν την υγεία των παιδιών κι εφήβων (112, 144, 152). Μέχρι σήμερα, μεγάλος αριθμός μελετών έχει τεκμηριώσει την επίδραση της γειτονιάς/κοινότητας στους δείκτες ευεξίας και σε προβλήματα ή διαταραχές ψυχικής υγείας, με προεξέχοντα τα προβλήματα διαγωγής των εφήβων (148). Ωστόσο, η συμβολή της γειτονιάς/κοινότητας στην ψυχοσωματική υγεία παιδιών/εφήβων δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς (153). Στην συνέχεια, παρατίθεται αναλυτική περιγραφή των κύριων χαρακτηριστικών της γειτονιάς/κοινότητας για τα οποία υπάρχουν αναφορές στην σχετική βιβλιογραφία ότι συνδέονται με την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων/παραπόνων στους εφήβους. Αν και υιοθετείται η κατηγοριοποίηση των στοιχείων σε παράγοντες δομής και διεργασίας, επισημαίνεται η μεταξύ τους συσχέτιση και παράλληλη δράση. Κλείνοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι η επιρροή της γειτονιάς στην υγεία παιδιών κι εφήβων έχει μικρή έως μέτρια ισχύ, ακόμη κι όταν ισχυροί ατομικοί και οικογενειακοί παράγοντες κρατούνται σταθεροί ως προς την δική τους επίδραση (146, 154, 155)

### 3.3.2 Παράγοντες δομής: ο βαθμός αστικοποίησης και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας

Στην σχετική βιβλιογραφία οι παράγοντες δομής του πλαισίου διαβίωσης συνίστανται σε: α) το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, που συνήθως περιγράφεται με το μέσο εισόδημα των κατοίκων ή έναν συνδυασμό εισοδήματος-εκπαιδευτικού επιπέδου των κατοίκων, ή/και με τους δείκτες ανεργίας ή την αναλογία χειρωνακτών στην γειτονιά/κοινότητα, β) την εθνική/φυλετική ανομοιογένεια των κατοίκων της περιοχής, γ) την οικιστική σταθερότητα των κατοίκων που αντανακλάται κυρίως από το ποσοστό ιδιοκατοίκησης και δ) την αναλογία μονογονεϊκών οικογενειών (146). Προς όφελος της συγκεντρωτικής περιγραφής στην παρούσα εργασία, στην επεξεργασία των δομικών παραγόντων αναφέρεται και ο βαθμός αστικοποίησης της γειτονιάς/κοινότητας, με τη μορφή του αστικού, ημιαστικού και επαρχιακού τύπου, ως ένα δημογραφικό χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την δομή του πλαισίου διαβίωσης. Στην υποενότητα αυτή πρόκειται να εξεταστούν το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και ο βαθμός αστικοποίησης της γειτονιάς/κοινότητας ως παράγοντες που έχουν συσχετιστεί ευρέως με την ψυχική υγεία παιδιών/εφήβων και, σε μικρότερο βαθμό, με την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων/παραπόνων στους εφήβους. Παρόλ' αυτά, η αναφορά τους κρίνεται αναγκαία καθώς συνιστούν στρεσογόνους παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος που δημιουργούν τις συνθήκες ζωής μέσα στις οποίες ζει ο έφηβος και αυξάνουν τις πιθανότητες έκθεσής του σε αντίξοα συμβάντα, πχ. βία στην γειτονιά που συνδέονται με την εμφάνιση ΠΥΥ κατά την εφηβεία.

Η –σχεδόν– ειδυλλιακή αντίληψη της ζωής μακριά από τα αστικά κέντρα ως ένας τρόπος διαβίωσης που προάγει την σωματική και ψυχική υγεία, αν και ιδιαίτερα δημοφιλής τη δεκαετία του 1960, καταρρίπτεται από τα ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων δεκαετιών (156, 157). Παρόλ' αυτά, η διεξαγωγή ενός «απόλυτου» συμπεράσματος ως προς το θετικό ή αρνητικό πρόσημο της συσχέτισης ανάμεσα στον αστικό/ημιαστικό/αγροτικό τύπο της γειτονιάς/κοινότητας και στους δείκτες ψυχικής υγείας, τόσο του ενήλικου όσο και του ανήλικου πληθυσμού, δεν έχει γίνει εφικτή ακόμη από τους ερευνητές. Η διαβίωση στην πόλη έχει συνδεθεί με την επιδείνωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού (156, 158) με κυριότερα προβλήματα στους εφήβους τη διαταραχή διαγωγής και την παραβατική συμπεριφορά, ιδιαίτερα στους κόλπους των αγοριών (157, 159), ενώ έχει επίσης γίνει αναφορά ως προς την σύνδεση με την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (160).

Από την άλλη πλευρά, η διαβίωση σε οικισμό της επαρχίας έχει επίσης συνδεθεί με την επιβάρυνση της ψυχικής (161) –και όχι μόνο– υγείας των κατοίκων, σε σημείο που έχει υποστηριχθεί ότι η επιδείνωση της υγείας συσχετίζεται θετικά με τον βαθμό «αγροτικότητας» της περιοχής κατοικίας, δηλαδή ότι οι δείκτες υγείας του πληθυσμού εμφανίζονται πιο επιδεινωμένοι όσο αυτός απομακρύνεται από αστικού τύπου μέρη (144, 162). Αναφορικά με τον πληθυσμό των εφήβων που διαμένουν σε αγροτική περιοχή, έχει αναφερθεί υψηλότερος κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (163, 164) και συμπτωμάτων σωματοποίησης (αν και χωρίς επαρκή τεκμηρίωση) (165) σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους στις πόλεις. Σε αυτά τα αντιφατικά αποτελέσματα προστίθεται και σημαντικός αριθμός μελετών που δείχνει ότι οι δείκτες ψυχικών και συμπεριφορικών προβλημάτων του πληθυσμού (εφήβων και ενηλίκων) δεν διαφοροποιούνται ανάλογα με το αν ζουν σε αστικά κέντρα ή σε αγροτικές περιοχές (156, 157, 166). Εν αντιθέσει, οι Eberhardt και Pamuk (167) σε έρευνά τους σε ενήλικες βρήκαν ότι οι καλύτεροι δείκτες υγείας αντιστοιχούσαν στους κατοίκους των ημιαστικών κέντρων, σε αντίθεση με τους κατοίκους των πλέον αστικών και πλέον αγροτικών περιοχών, οι οποίοι εμφάνισαν όμοια επιδεινωμένους δείκτες.

Εστιάζοντας στα ψυχοσωματικά συμπτώματα, και συγκεκριμένα στον στομαχόπονο, η Kristjansdottir αποτελεί μία από τις ελάχιστες ερευνήτριες που έχει συμπεριλάβει σε μελέτη της την μεταβλητή της αστικής/ημιαστικής/αγροτικής τύπου περιοχής διαβίωσης παιδιών σχολικής ηλικίας, χωρίς να επισημάνει διαφοροποιήσεις μεταξύ τους ως προς τον επιπολασμό του στομαχόπονου (168). Οι ερευνητές που συνηγορούν υπέρ της έλλειψης διαφορών στους δείκτες ψυχικής υγείας ανάμεσα στους εφήβους των πόλεων και των αγροτικών περιοχών υποστηρίζουν ότι η επιρροή της αστικού, ημιαστικού και αγροτικού τύπου περιοχής διαβίωσης στην ψυχική υγεία των εφήβων κατοίκων συνήθως αποτελεί αποκύημα των επιδράσεων κάποιων σημαντικών δημογραφικών (π.χ. φύλο), κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων (π.χ. χαμηλοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου) και οικογενειακών παραγόντων (π.χ. σχέση γονέα-εφήβου), και όχι αμιγή επιρροή του τύπου περιοχής στους δείκτες ψυχικής υγείας (156, 157, 169).

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας αποτελεί ένα από τα πρωταρχικά και πλέον σημαντικά χαρακτηριστικά του πλαισίου διαβίωσης που έχει προσελκύσει περισσότερο την προσοχή των ερευνητών (155). Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται συχνότερα για την περιγραφή του είναι η αναλογία των ανέργων, το ποσοστό ανθρώπων που λαμβάνουν προνοιακά βοηθήματα και

επιδόματα, το μέσο εισόδημα και η φυλετική/εθνική προέλευση των κατοίκων (170). Διεθνώς, οι επιστήμονες εμφανίζονται να συμφωνούν στο ότι η διαβίωση σε ένα περιβάλλον όπου κυριαρχεί η φτώχεια (neighbourhood deprivation/poverty) ή το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (low neighbourhood socio-economic status) επιβαρύνει την υγεία ανηλίκων και ενηλίκων, επιδρώντας σε αυτήν ανεξάρτητα από την επιρροή άλλων ισχυρών ατομικών παραγόντων όπως το ατομικό/οικογενειακό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (146, 170-173). Το παραπάνω συμπέρασμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα παιδιά και τους εφήβους που γενιούνται και μεγαλώνουν σε φτωχές περιοχές. Μεγάλος αριθμός μελετών έχει υπογραμμίσει την αρνητική επίδραση του χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της γειτονιάς στην ψυχική υγεία, στην εμφάνιση προβλημάτων διαγωγής και παραβατικής συμπεριφοράς, στη σεξουαλική συμπεριφορά, στη σχολική παραμονή και επίδοση των εφήβων (146, 149, 151, 154, 155, 172), ενώ παράλληλα, η διαβίωση σε περιοχές που μειονεκτούν ως προς το κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο έχει συνδεθεί με συχνότερη αναφορά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων από παιδιά κι εφήβους (66, 96, 112, 173). Επιπροσθέτως, πολυεπίπεδες μελέτες έχουν αναφέρει την ύπαρξη συσχετίσεων ανάμεσα στο ατομικό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς από τη μία πλευρά και την επιδείνωση της ψυχικής υγείας παιδιών κι εφήβων από την άλλη (154).

Η κοινωνιολογική προσέγγιση, μέσω της θεωρίας της Κοινωνικής Αποδιοργάνωσης, πρότεινε ένα θεωρητικό πλαίσιο ικανό να ερμηνεύσει τη σύνδεση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της περιοχής κατοικίας και τους χαμηλούς δείκτες υγείας των κατοίκων (146). Σύμφωνα με αυτήν, οι δομικές διαστάσεις της κοινότητας, όπως η φτώχεια, η ανεργία και η οικιστική αστάθεια μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες στην εξήγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μέσω της ικανότητας που διαθέτουν να εμποδίζουν ή να προάγουν κοινοτικές οργανωτικές δράσεις, θεσμοθετημένες ή ανεπίσημες. Για παράδειγμα, η υψηλή συγκέντρωση φτώχειας ή ανεργίας σε μία γειτονιά συχνά επιφέρει αλλοιώσεις στον βαθμό που κάτοικοι και επίσημοι φορείς επενδύουν στην ανάπτυξη και αξιοποίηση της περιοχής και των δομών της, στην προσφορά και ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και στη συλλογική αίσθηση των κατοίκων της κοινότητας ότι μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα της ζωής τους (144).

Επομένως, παρόλο που η ακραία τιμή ενός καίριου δομικού χαρακτηριστικού της γειτονιάς/κοινότητας, όπως η φτώχεια, είναι σημαντική *per se*, παράλληλα επηρεάζει και διεργασιακά στοιχεία

της κοινότητας, όπως η αίσθηση της συνοχής και υποστήριξης ανάμεσα στους κατοίκους, «συμπαράσυροντας», τη γειτονιά/κοινότητα σε μία πορεία κοινωνικής αποδιοργάνωσης και «αποσύνθεσης» του κοινωνικού ιστού. Γίνεται, έτσι, αντιληπτό ότι η σχέση ανάμεσα στην κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γειτονιάς και την υγεία των κατοίκων της δεν συνιστά ένα μονοδιάστατο, γραμμικό φαινόμενο, αλλά συμπεριλαμβάνει την ποσότητα και την ποιότητα του πλέγματος των κοινωνικών πόρων, δομών και σχέσεων που αναπτύσσονται σε αυτήν (174). Ο συσχετισμός του χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της γειτονιάς/κοινότητας με την αντίστοιχη όξυνση διεργασιών στοιχείων, όπως η κοινωνική συνοχή, η αίσθηση της κοινότητας, κ.ά. που περιγράφονται από τον γενικό όρο «κοινωνικό κεφάλαιο» έχει επιβεβαιωθεί υπό του ερευνητικού πρίσματος (151, 174, 175), δείχνοντας ότι η συλλογική εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα, η συνοχή του κοινωνικού ιστού, η αίσθηση της ασφάλειας και του ανήκειν αποτελούν ιδιώματα που τείνουν να φθίνουν σε περιοχές χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου. Παρόλ' αυτά, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η σύνδεση του χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της γειτονιάς με την μείωση του κοινωνικού κεφαλαίου δεν αποτελεί αυταπόδεικτο αξίωμα, καθώς χρειάζονται περισσότερες μελέτες που να μελετούν την μεταξύ τους σχέση (174).

Συγκεκριμένα για τους εφήβους, σύμφωνα με την πρόταση των Leventhal και Brooks-Gunn (146), τα επιμέρους πεδία που εμπλέκονται στην σύνδεση της εφηβικής υγείας με την διαβίωση σε περιοχές χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου είναι τα εξής: α) Θεσμοί και πόροι: η διαθεσιμότητα σχολείων χαμηλότερης ποιότητας από τα οποία εκκλίπουν πόροι, η έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και οι μειωμένες προσδοκίες για επαγγελματικό προσανατολισμό και αποκατάσταση, β) Σχέσεις: η γονεϊκή συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από λιγότερη τρυφερότητα και περισσότερο έλεγχο και αυστηρότητα (συχνά για λόγους προσαρμογής των εφήβων στο αντίξοο κοινωνικό περιβάλλον) καθώς και το φτωχό υποστηρικτικό δίκτυο των γονέων και γ) Πρότυπα-κανόνες/Συλλογική επάρκεια: η υποκειμενική αντίληψη της γειτονιάς ως ένα μη ασφαλές πλαίσιο διαβίωσης, η δυσλειτουργία των επίσημων και ανεπίσημων μηχανισμών εποπτείας της συμπεριφοράς των εφήβων, η έκθεση του παιδιού στην επιθετική συμπεριφορά των ομηλικών του και σε φαινόμενα βίας και ο μεγαλύτερος αριθμός παιδικών ατυχημάτων

Στην ανασκόπηση των Leventhal και Brooks-Gunn (146), οι παραπάνω μεταβλητές, προερχόμενες από διαφορετικά επίπεδα επιρροής και ανάλυσης, αναφέρονται να έχουν διττό ρόλο



στην σχέση ανάμεσα στη γειτονιά και την υγεία παιδιών κι εφήβων: υπάρχουν μελέτες που διατείνονται ότι επηρεάζουν την ισχύ της επίδρασης (moderator) της γειτονιάς στην υγεία των νεαρών κατοίκων της και άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι μεταβλητές αυτές εξηγούν τον τρόπο (mediator) με τον οποίο η γειτονιά επηρεάζει την κατάσταση της υγείας τους. Για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια υποστηρίζεται σθεναρά ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μεσολαβεί στην επίδραση (moderator) που ασκεί το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της γειτονιάς/κοινότητας στην υγεία (για αναλυτικότερη περιγραφή βλ.3.1.3.2). Συμπερασματικά, υπογραμμίζεται για μία ακόμη φορά η αλληλεπίδραση των επιμέρους χαρακτηριστικών της γειτονιάς και η αναγκαιότητα να προσεγγίζεται ως μία ολότητα και όχι ως το άθροισμα των μεμονωμένων παραγόντων από τους οποίους απαρτίζεται.

### **3.3.3 Παράγοντες διεργασίας: κοινωνικό κεφάλαιο**

Ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο, με προέλευση από τον χώρο των κοινωνικών και πολιτικών επιστημών της δεκαετίας του 1970, αποτελεί μία εννοιολογική κατασκευή που περιγράφει την ποιότητα και ποσότητα των κοινωνικών συνδιαλλαγών στο πλαίσιο μίας κοινότητας (145). Πρόκειται για μία πολυεπίπεδη και ευρεία έννοια, θεμελιωμένη στο έργο των Pierre Bourdieu, James Coleman και Robert Putnam, η οποία έχει κερδίσει τα τελευταία 20 χρόνια το ενδιαφέρον των ερευνητών στον χώρο της κοινωνικής επιδημιολογίας. Ωστόσο, λόγω των διαφορετικών θεωρητικών καταβολών της και της ποικιλομορφίας των προσεγγίσεων που απορρέουν από αυτές, η προσπάθεια ορισμού της εξακολουθεί μέχρι σήμερα να αποτελεί πρόκληση για τους μελετητές της. Παρόλ' αυτά, σε μία ολιστική ανάγνωση, το Κοινωνικό Κεφάλαιο περιγράφει την συνύπαρξη και συμπληρωματικότητα των πολλαπλών επιπέδων δικτύωσης μεταξύ των μελών, των δομών και των οργανισμών της κοινότητας. Όπως, άλλωστε, έχει επισημάνει η Morrow, η βασική ιδέα που διέπει τον πυρήνα του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ο βαθμός ενσωμάτωσης του ατόμου στο οικογενειακό, κοινωνικό και κοινοτικό δίκτυο, που καθορίζει το αίσθημα του ανήκειν και τη διαμόρφωση της ατομικής και συλλογικής του ταυτότητας (176).

Ιδιαίτερη θέση έχει το έργο της Βρετανίδας ερευνήτριας Morrow (176), η οποία πρότεινε τη θεώρηση του παιδιού/εφήβου από την σκοπιά του νεαρού ατόμου που συν-δημιουργεί κοινωνικό κεφάλαιο, σε αντίστιξη με την μέχρι τότε κυρίαρχουσα αντίληψή του ως απλού

αποδέκτη/καταναλωτή. Η Morrow προσάρμοσε την έννοια και την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας, προσδιορίζοντας τα πεδία του κοινωνικού κεφαλαίου που την αφορούν (οικογένεια, σχολείο, γειτονιά) και τις επιμέρους διαστάσεις του: 1. το αίσθημα του ανήκειν (οικειοποίηση και αίσθημα ασφάλειας στο τοπικό περιβάλλον), 2. την αίσθηση αυτονομίας κι ελέγχου (υποκειμενική αντίληψη για τη δυνατότητα επιρροής κοινοτικών/θεσμικών αποφάσεων) και 3. την κοινωνική δικτύωση (συμμετοχικότητα στην σχολική και κοινοτική δράση). Παρά τις σημαντικές θεωρητικές και μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις των σχετικών μελετών, πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που αναφέρεται στην σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υγεία παιδιών κι εφήβων ανέδειξε το κοινωνικό κεφάλαιο ως τον 2<sup>ο</sup> πλέον σημαντικό παράγοντα –μετά την οικονομική ανέχεια– που προβλέπει την ευεξία παιδιών κι εφήβων (177).

Η ερευνητική δραστηριότητα των τελευταίων 15 ετών σε παιδιά κι εφήβους επιβεβαιώνει τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος για την υγεία και ευεξία των νέων ανθρώπων τόσο στη δεδομένη περίοδο της ζωής τους όσο και μακροπρόθεσμα (178). Ωστόσο, η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με τη γενική, υποκειμενική σωματική ή ψυχοσωματική υγεία των παιδιών/εφήβων δεν έχει μελετηθεί εκτενώς και δεν επιβεβαιώνεται συστηματικά στη σχετική βιβλιογραφία (151, 154). Ωστόσο, με βάση τα δεδομένα από τις μελέτες για την ψυχική υγεία, φαίνεται ότι η έκθεση των παιδιών/εφήβων σε ένα περιβάλλον διαμονής με χαλαρούς όρους κοινωνικού κεφαλαίου συνιστά στρεσογόνο παράγοντα που αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης σε αντίξοα συμβάντα που σχετίζονται με την ψυχοσωματική υγεία (154). Ολοένα και περισσότεροι ερευνητές του Κοινωνικού Κεφαλαίου υπεραμύνονται της σημασίας της γειτονιάς και της χρησιμότητας των δεικτών ποιότητάς της (154, 179). Ιδιαίτερη αξία έχουν τα πορίσματα των μελετών που δείχνουν ότι οι δείκτες Κοινωνικού Κεφαλαίου που σχετίζονται με τη γειτονιά όχι μόνο συνιστούν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για την ψυχική ευεξία παιδιών/εφήβων, ακόμη κι όταν ελέγχεται η επίδραση της ηλικίας, του φύλου και της οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας (174), αλλά μπορούν να λειτουργήσουν και προστατευτικά για την ψυχική υγεία, μεσολαβώντας στην σχέση ανάμεσα στις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες και την υγεία (180, 181), ή ακόμη και μετριάζοντας την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία (178).

Μελέτες που εξετάζουν τη σχέση ανάμεσα στην εφηβική υγεία και την ποιότητα της γειτονιάς, είτε αυτή προσεγγίζεται μέσω του επιπέδου κοινωνικής συνοχής, υποστήριξης ή το βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες της γειτονιάς, έχουν υποστηρίξει την ύπαρξη θετικής και άμεσης συσχέτισης με τη σωματική και ψυχική ευεξία (154) και το αίσθημα αυτονομίας (151, 179), την ικανοποίηση από τη ζωή (149) και τη γενική ποιότητα ζωής (151) καθώς και την υποκειμενική γενική αντίληψη για την υγεία, ανεξάρτητα από επιμέρους ατομικά χαρακτηριστικά (182), όπως η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των γονέων, το επίπεδο οικονομικής ευχέρειας της οικογένειας και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται στην βιβλιογραφία αναφορικά και με τους ενήλικες. Εκτενής αριθμός μελετών σε ενήλικο πληθυσμό, αν και με διαφορετικές θεωρητικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις και εργαλεία μέτρησης, έχει καταλήξει ότι οι κοινότητες που τα μέλη τους λειτουργούν με σύμπνοια βασισμένα στην κοινωνική αμοιβαιότητα, εμπιστοσύνη, υποστηρικτικότητα και συμμετοχικότητα τείνουν να έχουν υψηλότερους δείκτες υγείας, σε αντίθεση με τις κοινότητες με υψηλά επίπεδα κοινωνικού διαχωρισμού και απομόνωσης, και υψηλούς δείκτες εγκληματικότητας και βίας, οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των μελών τους (174, 175, 181).

Ωστόσο, ολοένα και περισσότεροι μελετητές αντιτείνονται στην υπεργενίκευσή του θετικού αντίκτυπου του Κοινωνικού Κεφαλαίου στην υγεία των μελών της κοινότητας και διερευνούν την ύπαρξη αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία τόσο του ενήλικου όσο και του παιδικού/εφηβικού πληθυσμού (183). Πορίσματα που επιβεβαιώνουν τις προβλέψεις τους, ότι δηλαδή το Κοινωνικό Κεφάλαιο δύναται να επιδράσει αρνητικά στους δείκτες υγείας των κατοίκων, έχουν καταγραφεί κυρίως στο πλαίσιο: α) γειτονιών/κοινοτήτων χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, όπου η έντονη σύνδεση με το ανθρώπινο δυναμικό της κοινότητας μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα (π.χ. εμπλοκή σε συμμορίες, απόρριψη σχολείου) και β) στο πλαίσιο γειτονιών/κοινοτήτων μεσαίας ή ανώτερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, όπου τα υψηλά επίπεδα συνοχής και υποστήριξης ανάμεσα στους κατοίκους μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα της κοινότητας να αποδέχεται και να αφομοιώνει τη διαφορετικότητα και να προσαρμόζεται σε δημογραφικές μεταβολές (162, 183).

Παρά την κριτική, το Κοινωνικό Κεφάλαιο συνεχίζει να θεωρείται κομβικό σημείο της ψυχοκοινωνικής διαδρομής που συνδέει το κοινωνικό πλαίσιο με την υγεία. Στην σχετική

βιβλιογραφία έχουν προσδιοριστεί δύο κύρια μοντέλα που εξηγούν την σύνδεση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την υγεία του ατόμου. Το προστατευτικό μοντέλο (buffering model) διατείνεται ότι το Κοινωνικό Κεφάλαιο μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός που προστατεύει την υγεία μειώνοντας την επιβλαβή επίδραση άλλων φαινομένων που λαμβάνουν χώρα στον κοινωνικό στίβο, όπως η φτώχεια και οι κοινωνικές διακρίσεις. Αυτό επιτυγχάνεται αφενός μέσω της αυξανόμενης, ευκολότερης πρόσβασης σε τοπικές υπηρεσίες και παροχές και αφετέρου μέσω της ενεργοποίησης ψυχοκοινωνικών διεργασιών όπως η συλλογική αμοιβαιότητα, η αλληλεγγύη και ο σεβασμός. Από την άλλη μεριά, το μοντέλο κύριας επίδρασης (main effect model) θεωρεί το Κοινωνικό Κεφάλαιο ως την πηγή αποθεμάτων της κοινότητας που, μέσω της έκθεσης του ατόμου σε θετικά και προστατευτικά για την υγεία πρότυπα, αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφορών που προάγουν την υγεία και την ατομική και κοινωνική ευεξία και ευμάρεια. Στα μοντέλα αυτά, εντάσσονται πέντε διαφορετικοί πιθανοί μηχανισμοί μέσω των οποίων το Κοινωνικό Κεφάλαιο μπορεί να επιδράσει στην υγεία του ατόμου. Οι μηχανισμοί αυτοί αφορούν: 1. στην άμεση και ελεύθερη διάχυση πληροφοριών που προάγουν την υγεία, 2. στην αυξημένη πιθανότητα υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών και τρόπου ζωής, 3. στον –άτυπο κι επίσημο– κοινωνικό έλεγχο επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών, 4. στην απρόσκοπτη κι εύκολη πρόσβαση στις τοπικές υπηρεσίες και δομές και 5. στην ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών διεργασιών, όπως ο αμοιβαίος σεβασμός και η συλλογική αμοιβαιότητα (151).

### **3.4. Μετανάστευση**

Η μεταναστευτική ιδιότητα αποτελεί μία σημαντική μεταβλητή στον χώρο της Δημόσιας Υγείας ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, όπου παρατηρούνται συνεχείς μετακινήσεις πληθυσμιακών ομάδων στις Δυτικές χώρες (184). Σύγχρονοι μελετητές επισημαίνουν ότι, παρόλο που η μετανάστευση αποτελεί μία στρεσογόνο κατάσταση που συχνά επιφέρει την αίσθηση της απώλειας και του πένθους, ταυτόχρονα εμπεριέχει και μια αισιόδοξη διάσταση καθώς συνιστά το πρώτο βήμα «για μια καλύτερη ζωή σε ένα νέο περιβάλλον με περισσότερες ευκαιρίες» (185). Στη σχετική βιβλιογραφία για μετανάστες παιδικής κι εφηβικής ηλικίας υπογραμμίζεται η ψυχική ανθεκτικότητα που επιδεικνύει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών και κατορθώνει, εν μέσω στρεσογόνων καταστάσεων και καινούριων προκλήσεων, να ξεπερνά τις αρχικές δυσκολίες και να προσαρμόζεται ικανοποιητικά στις νέες

συνθήκες (185). Ταυτόχρονα, όμως, αναφέρεται και ο αυξημένος κίνδυνος που διατρέχουν για επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας, ο οποίος θεμελιώνεται σε δύο βασικές αιτιολογικές υποθέσεις: 1. την υπόθεση της μεταναστευτικής διεργασίας (“migration process”) και 2. την υπόθεση της διαδικασίας περιορισμού (“restrictive process”) (186).

Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, η ίδια η διεργασία της μετανάστευσης συνδέεται με αυξημένο στρες στην οικογένεια του εφήβου λόγω αφενός της απώλειας του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος κι αφετέρου της δυσκολίας ενσωμάτωσης σε ένα νέο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο με διαφορετικούς ηθικούς κώδικες και κανόνες (187). Η δεύτερη υπόθεση εστιάζει στις στρεσογόνες συνθήκες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι μετανάστες στη χώρα υποδοχής. Η ομαλή ένταξή τους στο νέο περιβάλλον συχνά παρακωλύεται λόγω κοινωνικών στερεοτύπων, φυλετικών διακρίσεων και δύσκαμπτων κοινωνικοπολιτικών διαδικασιών. Ενώπιον των καταστάσεων αυτών, οι οικογένειες μεταναστών διατρέχουν τον κίνδυνο να βρεθούν σε δυσμενή θέση ως προς την επαγγελματική τους αποκατάσταση και την αρμονική κοινωνική ενσωμάτωσή τους (186). Τα παιδιά των οικογενειών αυτών βιώνουν την περιοριστική αυτή διαδικασία όχι μόνο μέσω των γονιών τους αλλά και μέσω των δικών τους εμπειριών διάκρισης και ρατσισμού, ιδιαίτερα στην εφηβεία.

Παρόλ’αυτά, η ερευνητική δραστηριότητα για τη σύνδεση της μεταναστευτικής ιδιότητας με την ψυχική υγεία των εφήβων, παρουσιάζει ανομοιογενή ευρήματα. Στο σύνολό τους οι σχετικές μελέτες χαρακτηρίζονται από ευρείς μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις (ως προς τις εθνικές ομάδες υπό μελέτη, τους δείκτες ψυχικής υγείας που χρησιμοποιούν, τα πρόσωπα που απαντούν, τη μετανάστευση πρώτης/δεύτερης/τρίτης γενιάς, τη χώρα υποδοχής και την πολιτισμική διαφοροποίηση/ομοιότητα με τη χώρα προέλευσης) (188). Συνοπτικά, τα αποτελέσματά τους μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες: 1. την ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στη μεταναστευτική ιδιότητα των εφήβων και την ψυχική τους υγεία, δηλαδή ότι η μετανάστευση συνδέεται με χαμηλούς δείκτες ψυχικής υγείας, (184, 189), 2. την ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης ανάμεσα στη μεταναστευτική ιδιότητα των εφήβων και την ψυχική τους υγεία, σχηματίζοντας το φαινόμενο «του παράδοξου της μετανάστευσης» (“immigrant paradox”), όπου τα παιδιά των μεταναστών έχουν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή από τους γηγενείς, (185, 190), 3. την απουσία συσχέτισης ανάμεσα στη μεταναστευτική ιδιότητα και την ψυχική υγεία, (188, 191) και

4. τη σημασία/επίδραση άλλων παραγόντων όπως οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές και η κοινωνική ενσωμάτωση ή η έλλειψή της που μεσολαμβάνουν στη σχέση μεταναστευτικής ιδιότητας και ψυχικής υγείας (192).

Αναφορικά με την εμφάνιση ΠΥΥ στους έφηβους μετανάστες, η βιβλιογραφία, αν και περιορισμένη, καταλήγει σε αντιφατικά αποτελέσματα, τονίζοντας, έτσι, την αναγκαιότητα για την εκπόνηση ερευνών που να εστιάζουν σε επιμέρους χαρακτηριστικά της μεταναστευτικής ιδιότητας π.χ. μετανάστες 1<sup>ης</sup>/2<sup>ης</sup>/3<sup>ης</sup> γενιάς, εθνικές ομάδες, κ.ά. Παρόλο που τα παράπονα για τη σωματική υγεία παρατηρούνται σε όλα τα πολιτισμικά πλαίσια, σχετικές μελέτες σε ενήλικο πληθυσμό έχουν επισημάνει ότι οι δείκτες είναι υψηλότεροι σε πληθυσμιακές ομάδες που προέρχονται από κουλτούρες με μικρότερη εξοικίωση με τη Δυτική Ψυχιατρική, όπως οι μετανάστες από την Αφρική, την Ασία και τη Λατινική Αμερική (193). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και για τους εφήβους, με υψηλότερους δείκτες ΠΥΥ και σωματοποίησης να δηλώνονται από μετανάστες με καταγωγή από χώρες της Ασίας (194) και της Λατινικής Αμερικής (195). Παρόλ' αυτά, τα παραπάνω ευρήματα δεν επιβεβαιώνονται συστηματικά από τη βιβλιογραφία, καθώς υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι, ελέγχοντας την παράμετρο της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι μετανάστες έφηβοι δηλώνουν ίσα ή ακόμη και λιγότερα ΠΥΥ (126, 196) από τους ντόπιους συνομηλικούς τους. Μάλιστα, αρκετές είναι οι έρευνες που προτείνουν ότι άλλες μεταβλητές –με προεξέχουσες τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, την έλλειψη κοινωνικής ενσωμάτωσης, την παρουσία φυλετικών διακρίσεων και την ευρύτερη κοινωνική αντιξοότητα– ευθύνονται για τη συσχέτιση ΠΥΥ και μεταναστευτικής ιδιότητας στην εφηβεία (83, 96, 126, 185, 186, 192, 196).

## **4. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ**

### **4.1 Οργανικοί Παράγοντες**

#### **4.1.1 Σωματική υγεία και δείκτες υποκειμενικής αντίληψης της υγείας**

Η παρουσία γενετικής προδιάθεσης για την εμφάνιση ΠΥΥ καταγράφεται από ανασκοπήσεις αναφορικά με τα ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα και τη διεργασία σωματοποίησης σε ενήλικο και παιδιατρικό πληθυσμό (48, 72, 165, 197). Μελέτες σε διδύμους προσφέρουν κάποια δεδομένα που υποστηρίζουν την κληρονομικότητα των διαταραχών σωματοποίησης και της χρόνιας κόπωσης (48,

69, 72, 165, 197, 198), αν και οι ερευνητές τονίζουν την προκαταρκτική υπόσταση των πορισμάτων τους και την παράλληλη επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων (199). Ωστόσο, νέες μελέτες που αξιοποιούν εξελιγμένα τεχνολογικά μέσα αναμένεται να αναδείξουν ασφαλή συμπεράσματα αναφορικά με την κληρονομική υπόσταση των ΠΥΥ (199). Οι διαθέσιμες μέχρι σήμερα σχετικές ανασκοπήσεις τονίζουν ότι αυτό που φέρεται ως κληρονομήσιμο χαρακτηριστικό είναι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στοιχεία, όπως η αλεξιθυμία, η ιδιοσυγκρασιακή τάση να αντιδρά κανείς με άγχος κι ανησυχία (trait anxiety), η φοβική αντίληψη των συμπτωμάτων και η παρερμηνεία τους (anxiety sensitivity) (48, 69, 165).

Στη σχετική βιβλιογραφία έχει συστηματικά υπογραμμιστεί η στενή συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση ΠΥΥ και τα χαμηλά επίπεδα στους δείκτες υποκειμενικής αξιολόγησης της γενικής υγείας (“self-rated health”) στους εφήβους (200-202). Η Suris και οι συνεργάτες της μελέτησαν εφήβους με ψυχοσωματικά συμπτώματα, χρόνιες παθήσεις, εφήβους με ψυχοσωματικά συμπτώματα και χρόνιες παθήσεις και τους συνέκριναν με υγιείς συνομηλίκους τους. Έδειξαν ότι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα κι όχι οι χρόνιες παθήσεις είχαν την πιο ισχυρή αρνητική επίδραση στην αυτοαξιολόγηση της συνολικής ευεξίας των εφήβων (203). Φάνηκε, μάλιστα, ότι οι έφηβοι με συννοσηρότητα χρόνιων παθήσεων και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων είχαν τους χειρότερους δείκτες υποκειμενικής αντίληψης της υγείας υπογραμμίζοντας την επιπλέον επιβάρυνση των χρόνια πασχόντων εφήβων από ψυχοσωματικές ενοχλήσεις. Πρότειναν, μάλιστα, τη θεώρηση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων υπό το πρίσμα των χρόνιων παθήσεων (203).

#### **4.1.2 Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (ΠΖσΥ)**

Παράλληλα με τη μελέτη των ΠΥΥ αναφορικά με τους δείκτες γενικής υποκειμενικής υγείας, την τελευταία περίπου 15ετία έχει αρχίσει να διερευνάται και η σχέση των ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ), αν και η μέχρι σήμερα διαθέσιμη βιβλιογραφία από τον γενικό παιδιατρικό πληθυσμό είναι σχετικά περιορισμένη. Ως ΠΖσΥ ορίζεται το φάσμα της σωματικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχολογικής κατάστασης που καθορίζει την ικανότητα ενός παιδιού να λειτουργεί στο περιβάλλον της οικογένειας, του σχολείου και των συνομηλίκων του και να νιώθει προσωπική ικανοποίηση για αυτό. Θεωρείται μια ψυχολογική κατασκευή που περιγράφει τις σωματικές, ψυχικές, πνευματικές και κοινωνικές διαστάσεις της ευημερίας ενός παιδιού όπως εκείνο

τις αντιλαμβάνεται, καθώς η υγεία του παιδιού καθορίζεται και από άλλους παράγοντες, όχι απαραίτητα σχετιζόμενους με την ύπαρξη ή όχι ασθένειας (204).

Στην πολύ πρόσφατη μελέτη των Svedberg, Eriksson και Boman (205) διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στα ΠΥΥ (κλίμακα Psychosomatic Problems Scale που περιλαμβάνει: δυσκολίες συγκέντρωσης, προβλήματα ύπνου, πονοκέφαλος, πόνος στο στομάχι, έλλειψη όρεξης για φαγητό, ακεφιά, ναυτία και εκνευρισμός/ένταση) και στην ΠΖΣΥ, όπως αυτή αξιολογήθηκε από το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN -52 (περιλαμβάνει 10 διαστάσεις: σωματική ευεξία, ψυχολογική ευεξία, διάθεση και συναισθήματα, αυτοαντίληψη, αυτονομία, σχέσεις με γονείς και ζωή στο σπίτι, κοινωνική υποστήριξη και συνομήλικοι, σχολικό περιβάλλον, κοινωνική αποδοχή κι εκφοβισμός και οικονομικοί πόροι) σε δείγμα Σουηδών εφήβων μαθητών (11-16 ετών). Οι ερευνητές έδειξαν την στατιστικά σημαντική σχέση των ΠΥΥ με την ΠΖΣΥ και τόνισαν τον σημαντικό ρόλο της ηλικίας και του φύλου στην ανωτέρω σχέση. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι η ακεφιά, ο εκνευρισμός/ένταση, τα προβλήματα ύπνου και οι δυσκολίες συγκέντρωσης αποτελούν τα ΠΥΥ με τη μεγαλύτερη επίδραση στην ΠΖΣΥ των κοριτσιών, ενώ ο πόνος στο στομάχι και τα προβλήματα ύπνου είχαν τον αντίστοιχο ρόλο στην ΠΖΣΥ των αγοριών. Ως προς την ηλικία, η έλλειψη όρεξης είχε σημαντική επίδραση στην ΠΖΣΥ στα παιδιά 11-12 ετών, ενώ οι δυσκολίες συγκέντρωσης συσχετίστηκαν με την μειωμένη ΠΖΣΥ μόνο στους μεγαλύτερους (15-16 ετών) εφήβους. Συνολικά, τα ΠΥΥ ως μεταβλητή ερμήνευσαν το 27% - 50% της διακύμανσης στο σκορ της ΠΖΣΥ των εφήβων, με τα υψηλότερα ποσοστά να αναλογούν στα κορίτσια και στους νεότερους εφήβους (11-12 ετών). Παρομοίως, οι Erhart και συνεργάτες είχαν στο παρελθόν υποστηρίξει ότι τα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα ΠΖΣΥ, όπως εκτιμήθηκε με την κλίμακα KIDSCREEN-10 (206).

Συμπληρωματικά, η έρευνα σε πληθυσμούς παιδιών/εφήβων με επαναλαμβανόμενα, ιατρικά ανεξήγητα, επεισόδια πόνου προσφέρει σημαντικά δεδομένα ως προς την ΠΖΣΥ. Η μελέτη των Petersen, Hagglof και Bergstrom υπογράμμισε ότι ο πληθυσμός αυτός είναι δύο φορές πιθανότερο να εμφανίσει χαμηλή ΠΖΣΥ σε σχέση με συνομηλίκους τους χωρίς επεισόδια πόνου (207). Φάνηκε, μάλιστα, ότι η συχνότητα και η διάρκεια του πόνου, καθώς και ο συνολικός αριθμός των σημείων του πόνου είχαν σημαντικές συσχετίσεις με την μειωμένη ΠΖΣΥ, όπως αξιολογήθηκε με την κλίμακα RedSL-23 (4 διαστάσεις: σωματική, συναισθηματική, κοινωνική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα στο σχολείο). Συγκεκριμένα, τα παιδιά με εβδομαδιαία επεισόδια πόνου είχαν μειωμένα σκορ στη



διάσταση της σωματικής ευεξίας σε σύγκριση με παιδιά με μηνιαία συχνότητα πόνου. Αντίθετα, τα παιδιά με πολλαπλά σημεία πόνου έτειναν να έχουν χαμηλότερα σκορ στη διάσταση της ψυχολογικής ευεξίας σε σχέση με συνομηλίκους τους με ένα μόνο αλγογόνο σημείο. Οι ερευνητές τόνισαν ότι, τα παιδιά με συχνά επαναλαμβανόμενα επεισόδια πόνου πολλαπλής προέλευσης εμφανίζουν σημαντική έκπτωση σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖΣΥ (σωματική, συναισθηματική, κοινωνική λειτουργικότητα και λειτουργικότητα στο σχολείο).

Παρόμοια αποτελέσματα αναφορικά με την επίδραση της έντασης και διάρκειας του πόνου στην Ποιότητα Ζωής των εφήβων είχαν διατυπωθεί και από τους Hunfeld και συνεργάτες το 2001 (208), οι οποίοι έδειξαν ότι οι έφηβοι με χρόνια πόνο που δεν οφείλεται σε ιατρική πάθηση είχαν μειωμένα επίπεδα Ποιότητας Ζωής, ιδιαίτερα όταν τα επεισόδια πόνου ήταν μεγάλης έντασης ή διάρκειας. Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκαν και τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης των Youssef, Murphy, Langseder και Rosh (2006) σε παιδιά 7-14 ετών με συχνά επεισόδια ιατρικά ανεξήγητου στομαχικού πόνου. Τα παιδιά αυτά εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη ΠΖΣΥ (PedSQL-23) σε όλες τις διαστάσεις της σε σχέση με υγιείς συνομηλίκους τους, το επίπεδο της οποίας ήταν παρόμοιο με το αντίστοιχο επίπεδο ΠΖΣΥ παιδιών με ενεργό σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (209).

#### **4.1.3 Χρόνιες ασθένειες**

Παρόλο που μεγάλος αριθμός εργασιών έχει αφιερωθεί στη μελέτη των ΠΥΥ κατά την εφηβική ηλικία, οι έρευνες που περιλαμβάνουν στο δείγμα τους εφήβους με χρόνιες ασθένειες ή σοβαρά προβλήματα υγείας είναι λίγες και τις περισσότερες φορές περιορισμένες σε μικρό κλινικό πληθυσμό (210, 211) ή/και σε περιορισμένο αριθμό ασθενειών και κυρίως στο άσθμα (210, 212), στο διαβήτη (213) και στις νευρολογικές διαταραχές (211). Οι μελέτες αυτές υπογραμμίζουν την υψηλότερη συχνότητα ΠΥΥ στους εφήβους με τις προαναφερόμενες χρόνιες νόσους σε σχέση με υγιείς συνομηλίκους τους. Παράλληλα, έχουν καταγραφεί ερευνητικά δεδομένα από τον γενικό παιδιατρικό πληθυσμό που υποστηρίζουν την σύνδεση ανάμεσα στις χρόνιες νόσους ή/και την αναπηρία και την αναφορά ΠΥΥ (134, 214, 215).

Η Olsson και οι συνεργάτες της διεξήγαγαν μελέτη σε μαθητές 15-16 ετών σε ημι-αγροτική περιοχή της Σουηδίας κι εξέτασαν την σχέση ανάμεσα στα ψυχοσωματικά συμπτώματα (με τη μορφή

των ΠΥΥ) και σε 13 ιατρικά προβλήματα, που περιελάμβαναν το διαβήτη, την επιληψία, τα στομαχικά προβλήματα, το άσθμα, την αλλεργική ρινίτιδα, το έκζεμα, την παχυσαρκία, το σύνδρομο ΔΕΠΥ/Tourette, τη σωματική αναπηρία και τα ελλείμματα στην όραση και στην ακοή (200). Έδειξαν ότι οι έφηβοι (15-16 χρονών) που δήλωναν κάποιο από τα προαναφερόμενα προβλήματα υγείας είχαν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα των ΠΥΥ σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλικούς τους. Τα κορίτσια με ιατρικό πρόβλημα εμφάνισαν τα περισσότερα ΠΥΥ και κυρίως πονοκέφαλο, ακεφιά/θλίψη, δυσκολίες στην συγκέντρωση και στον ύπνο, καθώς και νευρικότητα.

Μικρός αριθμός συγχρονικών μελετών έχει υποστηρίξει ότι τα χρόνια ιατρικά προβλήματα κατά την παιδική/εφηβική ηλικία μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση ΠΥΥ (134, 215). Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στα προβλήματα υγείας και τα ΠΥΥ δοκιμάστηκε στη διαχρονική μελέτη των Craig και συνεργατών (216) σε ενήλικα άτομα που έκαναν χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας λόγω α) χρόνιας ασθένειας, β) ψυχολογικών συμπτωμάτων και γ) σωματικών συμπτωμάτων χωρίς οργανική αιτιολογία. Οι ερευνητές έδειξαν ότι τα άτομα που παραπονιούνταν για ιατρικώς μη ερμηνευόμενα σωματικά συμπτώματα ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα σωματικής ασθένειας στους ίδιους ή/και στους γονείς τους πριν τα 17 τους χρόνια, υποστηρίζοντας, έτσι, ότι η πρώιμη εμπειρία ασθένειας αποτελεί εν δυνάμει παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σωματικών παραπόνων κατά την ενήλικη ζωή.

Από την άλλη πλευρά, η προοπτική μελέτη των Hotopf και συνεργατών σε περίπου 3.000 άτομα από την γέννησή τους μέχρι και τη μέση ηλικία έχει αμφισβητήσει την παραπάνω σχέση (217, 218). Συγκεκριμένα, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι δεν υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στις παιδιατρικές βιοιατρικές ασθένειες (πχ. πολυομυελίτιδα, φυματίωση) και στην μετέπειτα εμφάνιση ΠΥΥ. Αντίθετα, η ύπαρξη επεισοδίων πόνου στο στομάχι κατά την παιδική ηλικία συσχετίστηκε με τα ΠΥΥ κατά την ενήλικη ζωή. Κατέληξαν υπογραμμίζοντας την ισχυρή σύνδεση των ΠΥΥ στην ενήλικη ζωή με την πρώιμη εμπειρία ασθένειας μέσα στην οικογένεια καθώς και με τα ΠΥΥ στην παιδική ηλικία, ενώ απέρριψαν την υπόθεση ότι οι σοβαρές παιδιατρικές ασθένειες μπορούν να προβλέψουν τα ΠΥΥ και τις νοσηλείες λόγω ΠΥΥ στην ενήλικη ζωή.

Αναφορικά με μεμονωμένα συμπτώματα ψυχοσωματικής υγείας, υψηλότεροι δείκτες επεισοδίων στομαχικού πόνου χωρίς οργανική αιτιολογία έχουν αναφερθεί σε παιδιά 9-15 ετών που είχαν νοσηλευθεί κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου (219). Επιπλέον, στη μελέτη των Arley και

Naish (220) η παρουσία σωματικών ασθενειών αναφέρθηκε από το 46% των οικογενειών με παιδιά με συχνά επεισόδια ιατρικώς ανεξήγητου στομαχικού πόνου σε αντιδιαστολή με μόλις 8% των οικογενειών με παιδιά που δεν εμφάνιζαν τέτοιου είδους συμπτώματα. Ένα παράδοξο εύρημα διατυπώθηκε από τους Stanford και συνεργάτες αναφορικά με εφήβους με συχνά επεισόδια ανεξήγητου στομαχικού πόνου (76). Φάνηκε ότι οι έφηβοι με λιγότερα ατυχήματα στην ηλικία των 10–11 ετών είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προοδευτικά συχνότερα επεισόδια στομαχικού πόνου. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι ενδεχομένως οι έφηβοι που ανησυχούν και προσπαθούν να αποφύγουν πιθανά ατυχήματα να εμφανίζουν στομαχικούς πόνους ως εν δυνάμει σωματική έκφραση της ανησυχίας τους. Δεδομένα από μελέτες σε ενήλικο, κατά κύριο λόγο, πληθυσμό υποστηρίζουν ότι η σύνδεση των σωματικών ασθενειών με τα ΠΥΥ μεσολαβείται από τον παράγοντα της αλεξιθυμίας. Συνοψίζοντας, υποστηρίζεται ότι τα ελλείμματα στον μηχανισμό της συναισθηματικής αυτορρύθμισης προκαλούν ποικίλες μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό και στο ανοσοποιητικό σύστημα, που με την σειρά τους συμβάλλουν στην ευαλωτότητα σε διαφορετικά είδη οργανικών ασθενειών (221).

Από την άλλη πλευρά, η απουσία υψηλού επιπολασμού ψυχικών δυσκολιών ανάμεσα στα παιδιά κι εφήβους με ιδιοπαθή αρθρίτιδα οδήγησε τους ερευνητές στη διατύπωση μερικών ενδιαφέροντων συμπερασμάτων. Στην μελέτη των Ding και συνεργατών βρέθηκε ότι τα παιδιά με πολυαρθρίτιδα δεν διέφεραν από τους υγιείς συνομηλίκους τους ως προς τα προβλήματα ψυχικής υγείας (222). Ωστόσο, η εμφάνιση ψυχικών δυσκολιών συσχετίστηκε με το επίπεδο σωματικής αναπηρίας. Η αιτιολόγηση του ευρήματος βασίστηκε στην υπόθεση ότι η αποτίμηση της ιατρικής κατάστασης από τον ασθενή αποτελεί βασικό παράγοντα για την προσαρμογή του σε αυτήν. Επομένως, οι παροδικές ασθένειες έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν αντιληπτές ως κρίσιμα γεγονότα από το άτομο, εκλύοντας έτσι λιγότερο στρες και σχετικές αντιδράσεις. Από την άλλη, οι εκπτώσεις στη σωματική λειτουργικότητα που έχουν μεγαλύτερη διάρκεια και αντίκτυπο στην καθημερινότητα του παιδιού/εφήβου έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν αντιληπτές ως απειλή κι επομένως να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχολογική λειτουργικότητά του. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από μελέτες που συνδέουν την εμφάνιση ΠΥΥ με τα υψηλά αντιλαμβανόμενα επίπεδα έκπτωσης στην σωματική λειτουργικότητα του ατόμου (77, 223). Τέλος, κρίνεται χρήσιμο να αναφερθεί ότι τα παιδιά/έφηβοι με χρόνιες ασθένειες τείνουν να παρουσιάζουν

περισσότερα προβλήματα εσωτερίκευσης, υπερκινητικότητας και περισσότερα προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους (224).

## **4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες**

### **4.2.1 Ψυχικοί μηχανισμοί, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και στοιχεία προσωπικότητας**

#### **4.2.1.1 Διάθεση, συναίσθημα και ιδιοσυγκρασία**

Η παρούσα υποενότητα εξετάζει την συμβολή των ψυχικών μηχανισμών και ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών που αναγνωρίζονται ως καίριοι για την αυτοαναφορά ΠΥΥ σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Περιλαμβάνει ένα εύρος όρων, εννοιών και μελετών που προέρχονται από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως η Ψυχανάλυση, η Νευροψυχολογία, οι θεωρίες συναισθημάτων, χαρακτηριστικών, προσωπικότητας κ.α.. Λόγω της αναπόφευκτης αλληλεπικάλυψης εννοιών, λήφθηκε μέριμνα να υιοθετηθεί η σχετικότερη με τη βιβλιογραφία των ΠΥΥ έννοια και, όπου χρειάστηκε, δόθηκαν περαιτέρω επεξηγήσεις. Η συμπλοκή και συνέργεια ψυχικών και συναισθηματικών παραγόντων κατά την σύνθετη διαδικασία της αναφοράς ΠΥΥ κατέστησε αναγκαία την συνδυαστική εξέτασή τους, κατεύθυνση που επέβαλαν και οι σχετικές μελέτες που στην πλειοψηφία τους αφορούν στην συνεξέταση ψυχικών ή/και συναισθηματικών παραγόντων. Για τους ανωτέρω λόγους, κρίθηκε απαραίτητη η εκ προοιμίου σκιαγράφηση κάποιων κεντρικών σημείων που διέπουν το σύνολο της υποενότητας.

Καταρχήν, σημαντική είναι η διευκρίνιση εννοιών, όπως η διάθεση και το συναίσθημα. Η *διάθεση* (“mood”) αφορά σε μία γενική συναισθηματική κατάσταση χωρίς αιτία, αντικείμενο ή σημείο έναρξης, ενώ το *συναίσθημα* (“affect”) αντανακλά την συναισθηματική διέγερση που προκύπτει ως απάντηση του ατόμου σε μία συγκεκριμένη κατάσταση (225). Από την άλλη μεριά, η *ιδιοσυγκρασία* αποτελεί τις βιολογικά καθορισμένες προδιαθέσεις του ατόμου να ενεργεί και να συμπεριφέρεται με σταθερό και προβλέψιμο τρόπο (226). Πρόκειται για μία πολυεπίπεδη κατασκευή στην οποία παρατηρήσιμοι φαινότυποι αντιπροσωπεύουν την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών. Περιέχει στοιχεία κληρονομικότητας, εμφανίζει σχετική σταθερότητα κατά τη

διάρκεια της ανάπτυξης –σταθεροποιείται περίπου στη μέση προς το τέλος της παιδικής ηλικίας- και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας<sup>4</sup> στην ενήλικη ζωή.

#### **4.2.1.2 Μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης**

Το συναίσθημα αποτελεί μία περίπλοκη λειτουργία που δεν περιορίζεται μόνο στην ψυχική σφαίρα. Αντίθετα, περιλαμβάνει ποικιλία οργανικών μηνυμάτων σε επίπεδο νευροφυσιολογίας και βιολογίας (“emotion”), τα οποία συναποτελούν το αντικείμενο για την υποκειμενική, γνωστική επεξεργασία (“feeling”) που επέρχεται στην συνέχεια. Ο όρος *αυτορρύθμιση του συναισθήματος* (“affect/emotion self-regulation”) περικλείει τα ανωτέρω εγγενή επίπεδα της συναισθηματικής λειτουργίας και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις, συνυπολογίζοντας και τη ρυθμιστική συμβολή των κοινωνικών σχέσεων (εξωγενής παράγοντας). Αποτελεί, έτσι μία πολυεπίπεδη έννοια που συνδέει οργανικούς, γνωστικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς στη διεργασία της βίωσης κι έκφρασης του συναισθήματος με σκοπό η τελική συναισθηματική απόκριση του ατόμου να είναι προσαρμοσμένη, ελεγχόμενη και συντονισμένη στο ερέθισμα που την προκάλεσε και στις περιβάλλουσες συνθήκες (228). Οι πρόοδοι στον τομέα των νευροαπεικονιστικών μεθόδων βοήθησαν στην κατανόηση της νευρωνικής και βιολογικής δραστηριότητας κατά την επεξεργασία συναισθηματικών ερεθισμάτων και στους πιθανούς τρόπους που επιδρούν στις καταστάσεις υγείας–ασθένειας. Έτσι, κατά τη διάρκεια της τελευταίας 20ετίας, ο μηχανισμός Συναισθηματικής Ρύθμισης (ΣΡ) βρέθηκε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των επιστημόνων από διαφορετικά πεδία (ψυχανάλυση, ψυχολογία υγείας, νευροψυχολογία κα.) και έγινε το αντικείμενο ευρείας ερευνητικής δραστηριότητας και θεωριών. Στην υποενότητα αυτή, επικεντρωνόμαστε στις θεωρίες και τα δεδομένα που αφορούν στην σύζευξη του μηχανισμού Συναισθηματικής Ρύθμισης με τα ΠΥΥ.

Σύμφωνα με τον Larsen, ο μηχανισμός Συναισθηματικής Ρύθμισης περιλαμβάνει δύο στάδια: 1. τον εντοπισμό και την αναγνώριση της συναισθηματικής διέγερσης και 2. τη συνακόλουθη επεξεργασία και διαχείρισή της (229). Η διεργασία της γέννησης του συναισθήματος θεωρείται διαφορετική από αυτήν της ρύθμισης, αν και ο διαχωρισμός αυτός αμφισβητείται (230). Η

---

<sup>4</sup> Ο ευρύτερος όρος *προσωπικότητα* «αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς» [(227, σελ.36)].

ελλειματική λειτουργία ενός ή και των δύο αυτών σταδίων επιφέρει ανεπάρκεια στον μηχανισμό Συναισθηματικής Ρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα, η αδυναμία του ατόμου να εντοπίσει τις συναισθηματικές του διεγέρσεις, να τις διαφοροποιήσει από την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού του και να αναγνωρίσει την ποιότητά τους οδηγεί όχι μόνο στη λανθασμένη ανάγνωσή τους ως έντονες –και συχνά ανησυχητικές– σωματικές διεγέρσεις (“attentional bias”) αλλά και στην επικράτηση στην ψυχική σφαίρα του ατόμου μιας γενικευμένης αίσθησης ασαφούς δυσφορίας συνδεδεμένης με τα σωματικά συμπτώματα. Η ανεπαρκής γνωστική επεξεργασία των συναισθηματικών διεγέρσεων, η αποτυχία σύνδεσής τους με εξωτερικά γεγονότα, η ελλειματική ερμηνεία τους καθώς και η αδυναμία συμβολοποίησης, ονοματοδοσίας κι έκφρασής τους συντελούν στην αναστολή ή στην –πολλές φορές ανεξέλεγκτη– εκτόνωσή/αποφόρτισή τους, στην αδυναμία ενσυναίσθησης και δημιουργίας ουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων. Ο μηχανισμός Συναισθηματικής Ρύθμισης εγκολπώνει ένα σύνολο γνωστικών στρατηγικών που ενεργοποιούνται κατά την επεξεργασία της συναισθηματικής διέγερσης, την αποκωδικοποιούν, την αξιολογούν και τη ρυθμίζουν ούτως ώστε η τελική παραγόμενη συναισθηματική αντίδραση να μην αποβεί κατακλυσμαία για το άτομο αλλά, αντίθετα, να είναι ελεγχόμενη και να αντιστοιχεί στην περίπτωση (231). Οι στρατηγικές αυτές έχουν μελετηθεί εκτενώς και, παρά τη μικρή διακύμανση στην ονομασία τους, υπάρχει σχετική συναίνεση στο ποιές και πώς σχετίζονται με συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας και διαταραχές ψυχικής υγείας, ενώ έχει υποστηριχθεί και η σχέση τους με προβλήματα σωματικής υγείας (232).

Στο σημείο αυτό γίνεται μία σύντομη αναφορά στις στρατηγικές<sup>5</sup> που έχουν αναγνωριστεί ως οι κυριότεροι προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου για την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων (230). Στις βασικότερες προστατευτικές στρατηγικές συγκαταλέγονται: 1. Η επανεκτίμηση/γνωστική αλλαγή: η δημιουργία εναλλακτικών ευνοϊκών ερμηνειών ή/και προοπτικών σε στρεσογόνες καταστάσεις ως τρόπος μείωσης του στρες. 2. Ο σχεδιασμός ή, αλλιώς, τακτικές επίλυσης προβλημάτων: συνειδητές δράσεις για την αλλαγή μιας στρεσογόνου κατάστασης ή τον περιορισμό των συνεπειών της. Παρόλο που οι τακτικές αυτές είναι προσανατολισμένες στην κατάσταση που ορίζεται ως πρόβλημα, κι όχι στο συναίσθημα, ασκούν θετικές επιδράσεις στη ρύθμιση του συναισθήματος μέσω της μετατροπής της στρεσογόνου κατάστασης. 3. Η αποδοχή: η μη κριτική

---

<sup>5</sup> Για αναλυτικότερη αναφορά, βλ. Κεφ. 4.3 για τους Γνωστικούς Μηχανισμούς και Κεφ. 4.4 για τις Στρατηγικές αντιμετώπισης

στάση απέναντι στα συναισθήματα που διεγείρονται ή η ικανότητα ψυχικής εμπειρίας μιας κατάστασης που δεν είναι δυνατόν να τροποποιηθεί. 4. Ο κοινωνικός διαμοιρασμός: η επικοινωνία της συναισθηματικής κατάστασης με ένα υποστηρικτικό κοινωνικό σύστημα. Ως κυριότεροι παράγοντες κινδύνου αναφέρονται οι εξής στρατηγικές: 1. Η καταστολή, τόσο σε επίπεδο συναισθηματικής έκφρασης όσο και σε επίπεδο σκέψεων. Η χρόνια χρήση της καταστολής εμπλέκεται στην αδυναμία εξοικίωσης με ερεθίσματα που προκαλούν συναισθηματική διέγερση, οδηγώντας, έτσι, σε υπερ-ευαισθησία του ατόμου στον συγκεκριμένο τύπο ερεθισμάτων. 2. Η αποφυγή συμπεριφορών ή/και ψυχολογικών εμπειριών—όπως σκέψεις, συναισθήματα, αισθήσεις, αναμνήσεις και ορμές— η οποία, παραδόξως, όχι μόνο αυξάνει τις αρνητικές σκέψεις σε σχέση με το αντικείμενο αποφυγής, αλλά και εμποδίζει τον σχεδιασμό και τη λήψη της απαιτούμενης δράσης. 3. Ο υπερβολικός βαθμός απασχόλησης (ή, αλλιώς, μηρυκασμός) με επαναλαμβανόμενες, αρνητικές σκέψεις ή συναισθήματα, τις αιτίες και τις επιπτώσεις τους με σκοπό να γίνουν κατανοητά και να μειωθεί η έντασή τους, που, όμως, αποβαίνει αντιπαραγωγικός ως προς την αποτελεσματική προσέγγιση των καταστάσεων που τις προκαλούν. Αξίζει να αναφερθεί ότι παρόλο που οι στρατηγικές αυτές ενυπάρχουν στον μηχανισμό Συναισθηματικής Ρύθμισης, οι διαφορές στο βαθμό ενεργοποίησης και συνέργειάς τους επιφέρουν τη γκάμα των ατομικών διαφοροποιήσεων (231). Η εμπάθυνση στον μηχανισμό Συναισθηματικής Ρύθμισης συνέβαλε και στην αναθεώρηση καίριων—για την ψυχοσωματική υγεία— ψυχολογικών (βλ. στην συνέχεια: νευρωτισμός) και ψυχαναλυτικών (βλ. στην συνέχεια: αλεξιθυμία) εννοιών που συνδέθηκαν σε κάποιο βαθμό μαζί του.

#### **4.2.1.3 Ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά: αρνητική συναισθηματικότητα και νευρωτισμός**

Όταν η γενικευμένη αίσθηση ασαφούς δυσφορίας καταλαμβάνει τον ψυχικό χώρο του ατόμου κι αποτελεί την κύρια τάση της διάθεσής του μορφοποιείται η κατάσταση της «*Αρνητικής Συναισθηματικότητας*» (ΑΣ, “Negative Affectivity”). Η ΑΣ αντανακλά μια γενικευμένη αρνητική διάθεση που απαρτίζεται από ένα αδιαφοροποίητο σύμπλεγμα ανησυχίας και νευρικότητας, έντασης κι ευερεθιστότητας, ανίας και ματαιώσης, αίσθησης κενού, τρωσιμότητας και απειλής, η οποία κυριαρχεί στην ψυχική σφαίρα χωρίς να συνδέεται με κάποιο εξωτερικό αγχογόνο ερέθισμα και επιφέρει την αρνητική θεώρηση τόσο του εαυτού όσο και της βιωματικής εμπειρίας στο σύνολό της

(233). Η ΑΣ αποτελεί πτυχή της ευρύτερης έννοιας «Νευρωτισμός<sup>6</sup>». Ο νευρωτισμός αποτελεί μία δομική διάσταση της ιδιοσυγκρασίας που αντιτίθεται στη συναισθηματική σταθερότητα με έναν αστερισμό αρνητικών συναισθημάτων στα οποία συμπεριλαμβάνονται το άγχος, η κατάθλιψη, η οξυθυμία και η νευρική ένταση (227). Τα άτομα με υψηλούς δείκτες στη διάσταση του νευρωτισμού συνήθως είναι συναισθηματικά ευμετάβλητα, έχουν μια αρνητική θεώρηση για τον εαυτό τους και τον κόσμο, τον οποίο τείνουν να αντιλαμβάνονται ως απειλή, παρουσιάζουν έντονη δυσκολία στην άντληση ευχαρίστησης και ικανοποίησης, είναι ιδιαίτερα ντροπαλά και συχνά παραπονιούνται για σωματικούς πόνους.

Ο νευρωτισμός ως διάσταση της ιδιοσυγκρασίας απαντάται με συνέπεια στις βασικότερες θεωρίες και μοντέλα προσωπικότητας<sup>7</sup>. Ο Eysenck θεώρησε ότι ο νευρωτισμός (ως συναισθηματική σταθερότητα ≠ αστάθεια) μαζί με τις διαστάσεις της εσωστρέφειας ≠ εξωστρέφειας και τον ψυχωτισμό αποτελούν τους βασικούς άξονες δόμησης της προσωπικότητας, ενώ οι Costa και McCrae αντικατέστησαν τον ψυχωτισμό με τις διαστάσεις της ευσυνειδησίας, της πνευματικής διαθεσιμότητας και της συνεργατικότητας/καλής προαίρεσης, δημιουργώντας το μοντέλο της «Μεγάλης Πεντάδας» για τη δόμηση της προσωπικότητας (227). Επιπλέον, ο νευρωτισμός εμπλέκεται και στη θεωρία του Gray (Reinforcement Sensitivity Theory) (234), η οποία διατείνεται ότι η ιδιοσυγκρασία δομείται από τις –νευρολογικά βασισμένες– τάσεις για ενεργοποίηση ή αναστολή της συμπεριφοράς (προσέγγιση ή αποφυγή) απέναντι σε ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα. Πιο συγκεκριμένα, 3 νευρωνικά-συμπεριφορικά συστήματα [Σύστημα ενεργοποίησης της συμπεριφοράς (Behaviour Activation System: BAS)- Σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς (Behaviour Inhibition System: BIS)- Σύστημα μάχης/φυγής/ακινητοποίησης (Fight/Flight/Freeze System: FFFS) θεωρούνται υπεύθυνα για τη ρύθμιση και τον έλεγχο των αντιδράσεων σε ερεθίσματα αποστροφής ή ευχαρίστησης και συνδέονται με διαφορετικά συναισθήματα και συμπεριφορές.

Σε μία αδρή περιγραφή, οι υψηλοί δείκτες στο σύστημα BAS αντιστοιχούν σε υψηλή εξωστρέφεια, παρορμητισμό και χαμηλό νευρωτισμό, υποδηλώνουν ευαισθησία σε ενισχυτικά

---

<sup>6</sup> Δεν θα πρέπει να συγχέεται με τον ψυχιατρικό όρο «νεύρωση» που αντιπροσωπεύει «έναν τύπο μη ψυχωτικής διαταραχής η οποία χαρακτηρίζεται από άγχος που βιώνεται ή εκφράζεται άμεσα ή παραμορφωμένο από αμυντικούς μηχανισμούς. Εμφανίζεται συνήθως ως σύμπτωμα ή ομάδα συμπτωμάτων, που προκαλούν δυσφορία στο άτομο κι αναγνωρίζονται από αυτό ως απαράδεκτα και ξένα» [(50), σελ. 485].

<sup>7</sup> Για λόγους οικονομίας γίνεται αναφορά μόνο στις θεωρίες που απαντώνται συχνότερα στις μελέτες των ΠΥΥ.



ερεθίσματα και τάση για συμπεριφορές προσέγγισης. Από την άλλη, οι υψηλοί δείκτες στο σύστημα BIS αντικατοπτρίζουν έντονο νευρωτισμό, εσωστρέφεια και άγχος ενώ οι υψηλοί δείκτες στο σύστημα FFFS, υψηλό νευρωτισμό που συνοδεύεται από έντονη ανησυχία και φόβο. Τα συστήματα BIS και FFFS είναι ευαίσθητα σε ερεθίσματα κινδύνου ή τιμωρίας και είναι υπεύθυνα για τις συμπεριφορές αποφυγής. Τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας σχετίζονται με ατομικές διαφορές στη ρύθμιση και συνέργεια των ανωτέρω συστημάτων (234). Σύμφωνα με τη θεωρία του Gray, τα υψηλά επίπεδα νευρωτισμού συνδέονται με την αίσθηση της επιφυλακής και με αργό ρυθμό εξοικίωσης στα δυσάρεστα ερεθίσματα, χαρακτηριστικά που συντελούν στη χρόνια δυσφορία.

Παρόλο που σε ένα βαθμό υπάρχει αλληλεπικάλυψη στις έννοιες του νευρωτισμού και της ΑΣ, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο νευρωτισμός αποτελεί ευρύτερη θεωρητική κατασκευή που περιλαμβάνει ένα σύνολο χαρακτηριστικών, ένα εκ των οποίων είναι η ΑΣ. Είτε ως εναλλακτική διατύπωση του νευρωτισμού είτε με την αμιγή της σημασία, η έντονη ΑΣ σε συνδυασμό με υψηλή κοινωνική συστολή (χαρακτηριστικό της εσωστρέφειας) σχηματοποιούν τον τύπο προσωπικότητας D<sup>8</sup>. Άτομα που εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία έχουν χρόνια αρνητική διάθεση, τείνουν να αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις της ζωής τους με αρνητικό πρόσημο και δεν εκφράζονται συναισθηματικά κατά τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, συνήθως λόγω φόβου απόρριψης ή αποδοκιμασίας (235). Αν και τα στοιχεία για την συσχέτιση του τύπου Προσωπικότητας D με την υγεία αφορούν στην πλειοψηφία τους ενήλικα άτομα με καρδιακά προβλήματα, πρόσφατα έχει αρχίσει να ερευνάται η συμβολή της προσωπικότητας τύπου D στην εμφάνιση ευρύτερων συμπτωμάτων –συμπεριλαμβανομένων των ΠΥΥ– στον γενικό πληθυσμό (236) και στους εφήβους (237, 238). Ο τύπος προσωπικότητας D φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, αν και στη σχέση αυτή δεν θα πρέπει να παραβλέπεται ο ισχυρός ρόλος των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων (“coping strategies”) (239).

---

<sup>8</sup> Το D προέρχεται από το αρχικό της αγγλικής λέξης Depressed= καταθλιπτικός.

#### 4.2.1.4 Αλεξιθυμία

Στη σχετική με τα ΠΥΥ βιβλιογραφία, η Αρνητική Συναισθηματικότητα και ο μηχανισμός της συναισθηματικής αυτορρύθμισης συνήθως μελετώνται στο πλαίσιο της «Αλεξιθυμίας<sup>9</sup>», όρου με μακρά ιστορία στον χώρο της Ψυχιατρικής και Ψυχοσωματικής Ιατρικής. Σήμερα η αλεξιθυμία (από τα ελληνικά *α* στερητικό, *λέξη* και *θυμός* = συναίσθημα) θεωρείται ένα δομικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, μία κατασκευή-άξονας για τη δομή προσωπικότητας (“personality construct”) που περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά: 1. Δυσκολία αναγνώρισης, διαφοροποίησης και ταυτοποίησης συναισθημάτων, 2. Αδυναμία ονοματοδοσίας και λεκτικής περιγραφής κι επικοινωνίας των συναισθημάτων, 3. Περιορισμένη αναπαραστασιακή και συμβολική ικανότητα που γίνεται εμφανής μέσα από τη μερική ή ολική έλλειψη φαντασιωσικής και ονειρικής δραστηριότητας αναφερόμενης σε ενορμήσεις και συναισθήματα και 4. Το περιεχόμενο της σκέψης και ο τρόπος ζωής χαρακτηρίζονται από πεζότητα, συναισθηματική στείριότητα και υπερβολική επικέντρωση στις ασήμαντες λεπτομέρειες των καθημερινών συμβάντων που ονομάστηκαν «μηχανιστική σκέψη και τρόπος ζωής», “*reensee’* και *vie operatoire*” από τους Marty και De M’ Uzan (1963) (240). Θεωρείται «μιά μη ειδική διαταραχή στην επεξεργασία και τη βίωση των συναισθημάτων, κατά την οποία η ρύθμιση των εσωτερικών συναισθηματικών καταστάσεων και η φυσιολογική σωματική λειτουργικότητα είναι ιδιαίτερα επισφαλείς» (240).

Τα αλεξιθυμικά άτομα τείνουν να έχουν μια αδρή και γενικευμένη αίσθηση της συναισθηματικής τους κατάστασης, καθώς αντιμετωπίζουν έντονη δυσκολία στη διάκριση και ονομασία των ποικίλων συναισθηματικών αποχρώσεων (241). Τείνουν, μάλιστα, να εστιάζουν στα πρακτικά δεδομένα της εξωτερικής πραγματικότητας (“externally-oriented thinking”), χωρίς όμως να μπορούν να συνδέσουν τα εξωγενή ερεθίσματα με τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, τις οποίες αντιλαμβάνονται ως σωματο-αισθητηριακά συμπτώματα (πχ. ταχυκαρδία, στομαχικές ενοχλήσεις). Η επικέντρωση στη σωματική/οργανική διάσταση της συναισθηματικής εμπειρίας συμπίπτει με την στενή συσχέτιση της αλεξιθυμίας με αρχαϊκούς ψυχικούς αμυντικούς μηχανισμούς, όπως η σχάση και

---

<sup>9</sup> Ειδικά στην σχετική με τα ΠΥΥ βιβλιογραφία, συνήθως η αναφορά στην αλεξιθυμία γίνεται ως αδυναμία αναγνώρισης κι έκφρασης των συναισθημάτων κι όχι ως κλινική κατασκευή με το σύνολο των χαρακτηριστικών της. Συμπίπτει, έτσι, σε ένα βαθμό με τους όρους “emotional awareness”, “emotional communication” και “emotional expressivity” που επίσης απαντώνται σε ερευνητικές μελέτες.

η σωματοποίηση<sup>10</sup>, οι οποίοι μετέρχονται σε μία προσπάθεια οργάνωσης του εσωτερικού «χάους» που συνοδεύει την έντονη, αδιαφοροποίητη, μη-συμβολοποιημένη συναισθηματική διέγερση (243). Επίσης, τα άτομα με αλεξιθυμία τείνουν να προβαίνουν σε παρορμητικές συχνά πράξεις, ως μέσο έκφρασης ή ανακούφισης από έντονα συναισθήματα.

Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η αλεξιθυμία δεν αποτελεί ένα ουδέν-ή-όλον φαινόμενο αλλά μία δομική διάσταση της προσωπικότητας η οποία, αν και παραμένει σχετικά σταθερή στη διάρκεια ζωής, δεν αποκλείει τη δυνατότητα διακύμανσης των επιμέρους χαρακτηριστικών της σε περισσότερο ή λιγότερο αμβλυμένα επίπεδα (243). Παράλληλα, έχει περιγραφεί και ως ένα δευτερογενές φαινόμενο που απαντάται σε άτομα αντιμέτωπα με τραυματικές καταστάσεις, πχ. απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (243), για την προστασία τους από το κατακλυσμιαία αγχογόνο ερέθισμα. Σύγχρονοι ερευνητές εισηγούνται την σύνθεση των δύο ανωτέρω πτυχών του αλεξιθυμικού φαινομένου σε μία ενιαία διάσταση, όπου στο ένα της άκρο απεικονίζεται ως άξονας οργάνωσης της προσωπικότητας/δομικό χαρακτηριστικό (“trait”) και στο άλλο ως απάντηση σε ένα ιδιαίτερα απειλητικό ερέθισμα (“state-dependent”) (244).

Η σύνθεση ενός ενιαίου πλαισίου αναφοράς που ενσωματώνει την σταθερή (“trait”) και μεταβλητή (“state”) φύση του αλεξιθυμικού φαινομένου εδράζεται στις αιτιολογικές του καταβολές, και ιδιαίτερα στο έργο των McDougall (1982b) και Krystal (1982-1983) [βλ. ενδεικτικά (240)]. Ο Krystal απέδωσε την αλεξιθυμία είτε σε ανακοπή της συναισθηματικής ανάπτυξης, ως αποτέλεσμα παιδικού τραύματος, είτε σε παλινδρόμηση της συναισθηματικής-γνωσιακής λειτουργίας, ενώπιον ενός τραυματικού γεγονότος στην ενήλικη ζωή (240). Την ίδια σχεδόν περίοδο, η McDougall (1982b) θεώρησε ότι η αλεξιθυμία οφείλεται σε διαταραχές στη σχέση μητέρας-βρέφους που προκαλούν έλλειμμα ή αναστολή της συναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους (λόγω πρώιμου τραύματος κατά τη διάρκεια της συμβιωτικής φάσης της ανάπτυξής του) κι η αλεξιθυμία λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας απέναντι στον ψυχικό πόνο και στα ψυχωτικά άγχη που συνδέονται με τα αρχαϊκά εσωτερικευμένα αντικείμενα. Αργότερα, (1989) πρότεινε ότι οι δύο κυρίαρχες θεωρήσεις της

---

<sup>10</sup> Κατά το DSM IV, οι αμυντικοί μηχανισμοί ορίζονται ως αυτόματες ψυχολογικές διεργασίες που διαμεσολαβούν την αντίδραση του ατόμου σε συναισθηματικές συγκρούσεις και εσωτερικούς και εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες, συνήθως χωρίς το ίδιο το άτομο να είναι ενήμερο για τις διεργασίες αυτές (242). Η σωματοποίηση εδώ αναφέρεται ως ειδικός μηχανισμός άμυνας του Εγώ που αφορά στη μετατροπή των ψυχικών παραγώγων σε σωματικά συμπτώματα με σκοπό να αποτραπεί η ενστικτική διέγερση ή να μειωθεί η έντασή της (50).

Αλεξιθυμίας, – ως έλλειμμα της συναισθηματικής ανάπτυξης και ως μηχανισμός άμυνας – μπορούν να αποτελέσουν δύο συμπληρωματικές ερμηνείες του ίδιου φαινομένου, αντί να θεωρούνται αμοιβαία αποκλειόμενες, θέτοντας, έτσι, τα θεμέλια για την σύγχρονη θεώρηση της Αλεξιθυμίας ως ένα ενιαίο φαινόμενο με σταθερές (“trait”) και μεταβλητές (“state”) ιδιότητες.

Στο πλαίσιο ανεύρεσης των γεννεσιουργών αιτιών της αλεξιθυμίας, έχουν «ενοχοποιηθεί» γενετικοί παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να επιδρούν στην εμφάνιση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών (243). Παράλληλα, σύγχρονες μελέτες με χρήση νευροαπεικονιστικών μέσων προσδίδουν νευροβιολογικό υπόβαθρο στις μέχρι σήμερα προτεινόμενες αιτιολογικές υποθέσεις, αποδεικνύοντας ότι η αλεξιθυμία συνδέεται με μειωμένη ενεργοποίηση και λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών του κεντρικού νευρικού συστήματος, που σχετίζονται με την επεξεργασία των συναισθημάτων (“emotions”), και μεγαλύτερη ενεργοποίηση των κιναισθητηριακών περιοχών (245). Συμπληρωματικά, έχει φανεί ότι ο μηχανισμός συναισθηματικής αυτορρύθμισης μπορεί να προαχθεί μέσω της λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων («λεξιθυμία»), εν μέρει λόγω μείωσης της αυτόνομης νευρικής διέγερσης (243). Η Buccì παρουσίασε ένα σύνθετο μοντέλο βασισμένο σε γνωσιακές και ψυχαναλυτικές αρχές, σύμφωνα με το οποίο το αλεξιθυμικό άτομο δε διαθέτει σύμβολα (λεκτικά και εξωλεκτικά) για σωματικά συμπτώματα. Η αποσύνδεση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την παθοφυσιολογική απάντηση, όταν υπάρχει ένα συναισθηματικό ερέθισμα, χωρίς όμως να ενεργοποιείται το γνωσιακό σύστημα. Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται από εμπειρικές έρευνες που δείχνουν ότι υφίστανται ελλείμματα στη γνωσιακή διαδικασία και στη ρύθμιση του συναισθήματος (243). Από την άλλη μεριά, ελλείμματα στην ανατροφή του παιδιού δυσχεραίνουν την ομαλή εξέλιξη και λειτουργία του ίδιου μηχανισμού. Τα προβλήματα στον ψυχικό δεσμό γονέα–παιδιού και οι αντίξοες συνθήκες ανατροφής κατά την παιδική ηλικία έχουν επίσης συνδεθεί και ερευνητικά με την αλεξιθυμία, ενώ ως συχετιζόμενοι παράγοντες έχουν αναφερθεί το αρσενικό φύλο, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η ελλειμματική κοινωνική υποστήριξη και η γενική ψυχοπαθολογία μέσα στην οικογένεια (246).

#### **4.2.1.5 ΠΥΥ, αλεξιθυμία και μηχανισμός συναισθηματικής ρύθμισης**

Αν και η σχέση της αλεξιθυμίας με την αναφορά ΠΥΥ είναι καλά τεκμηριωμένη στην κλινική πράξη, η ερευνητική της τεκμηρίωση αποδείχθηκε περίπλοκη κι απαιτητική. Αυτό οφείλεται αφενός στην πολυδιάστατη φύση του όρου κι αφετέρου στα επιστημονικά εργαλεία μέτρησής του. Σε πολλές μελέτες, μάλιστα, η αλεξιθυμία ταυτίζεται με την «αδυναμία αναγνώρισης κι έκφρασης συναισθημάτων», συμπίπτοντας, έτσι, με δύο βασικές πτυχές της Συναισθηματικής Ρύθμισης<sup>11</sup>, παραβλέποντας, ωστόσο, τις υπόλοιπες διαστάσεις του όρου. Παράλληλα, το πλέον διαδεδομένο κι έγκυρο εργαλείο μέτρησής της, το TAS-20 (243), αφορά στην αξιολόγηση των 3 από τις 4 διαστάσεις της, δηλ. τη δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων [Difficulty Identifying Feelings (DIF)], τη δυσκολία περιγραφής συναισθημάτων [Difficulty Describing Feelings (DDF)] και τον τρόπο σκέψης προσανατολισμένο στην εξωτερική πραγματικότητα [Externally Oriented Thinking (EOT)]. Οι παράγοντες αυτοί δυσχέραναν τη διεξαγωγή «απόλυτων» συμπερασμάτων, αλλά ανέδειξαν κάποια πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα.

Η συσχέτιση αλεξιθυμίας – σωματοποίησης έχει υποστηριχθεί εκτενώς σε πληθυσμό ενηλίκων [βλ. ενδεικτικά (241)]. Οι Bagby και Taylor αποδίδουν τη σύνδεση της αλεξιθυμίας με τη σωματοποίηση σε δυσλειτουργία του μηχανισμού συναισθηματικής αυτορρύθμισης. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι η δυσλειτουργία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε: α) υπερβολική εστίαση, προσοχή και παρερμηνεία των σωματικών εκφράσεων της συναισθηματικής διέγερσης που συντελούν στην εκδήλωση σωματοποίησης και υποχονδρίας, β) ιδιοσυγκρασιακή τάση για αδιαφοροποίητα συναισθήματα ψυχικής δυσφορίας που συμβάλουν στην εμφάνιση συναισθηματικών δυσκολιών και γ) υπερλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος και αυξημένες νευρο-ενδοκρινολογικές αντιδράσεις που συνδημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες για την εκδήλωση και διατήρηση σωματικών συμπτωμάτων (247).

Παρόλ'αυτά, η αλεξιθυμία, ως συνολική βαθμολογία στην κλίμακα TAS-20, έχει καταγραφεί να παρουσιάζει μικρή προς μέτρια συσχέτιση με την τάση για σωματοποίηση (248). Στον αντίποδα, αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι η διάσταση DIF της αλεξιθυμίας (όπως αυτή εκτιμάται από το εργαλείο TAS-20) συσχετίζεται στενότερα με την αναφορά ΠΥΥ –σε βαθμό που αποτελεί και

---

<sup>11</sup> Δεν είναι άλλωστε τυχαίο ότι η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων για την σχέση του μηχανισμού Συναισθηματικής Ρύθμισης με την σωματοποίηση προέρχονται από μελέτες από τον χώρο της αλεξιθυμίας (228).

προβλεπτικό παράγοντα για αυτά–, ακόμη και όταν η διάσταση αυτή συγκρίνεται με την συνολική βαθμολογία της κλίμακας που αντιπροσωπεύει την αλεξιθυμία ως κλινική οντότητα (248). Ο ρόλος της διάστασης της αναγνώρισης συναισθημάτων έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντικός και για την ψυχοκοινωνική και ψυχοσωματική υγεία των παιδιών κι εφήβων (249, 250). Άλλες μελέτες, πάλι, διατείνονται ότι η στενή συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την σωματοποίηση μπορεί να εξηγηθεί –σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό– μέσω της στενής σύνδεσης της πρώτης με την κατάθλιψη (251) ή την Αρνητική Συναισθηματικότητα (244), ενώ, έχει επίσης υποστηριχθεί ότι Αρνητική Συναισθηματικότητα και αλεξιθυμία έχουν προσθετική συμβολή στην αναφορά αυξημένων ΠΥΥ (252). Πρόσφατη μελέτη σε παιδιά στην αρχή της εφηβείας έδειξε ότι υπάρχει ανεξάρτητη συσχέτιση αλεξιθυμίας και σωματοποίησης, παρόλο που το καταθλιπτικό συναίσθημα ή η καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εξηγήσει μερικώς την σχέση αυτή (253). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Rieffe και συνεργάτες σε μελέτη τους σε παιδιά 10-15 ετών, δείχνοντας ότι η αρνητική διάθεση μεσολαβεί στην σχέση αλεξιθυμίας και σωματοποίησης αλλά δεν καταργεί την άμεση συσχέτισή τους (254).

Από την άλλη μεριά, η επέκταση της σύνδεσης των διεργασιών σωματοποίησης και αναγνώρισης συναισθημάτων από τον ενήλικο στον παιδικό/εφηβικό πληθυσμό έχει αμφισβητηθεί από τρεις μελέτες. Στις μελέτες αυτές φάνηκε ότι τα παιδιά με υψηλά επίπεδα ΠΥΥ δεν υστερούσαν στη γενική ικανότητα αναγνώρισης συναισθημάτων (225, 255) αλλά παρουσίασαν μεγάλη δυσκολία στην αναγνώριση, διαφοροποίηση και διαχείριση συγκεκριμένα των αρνητικών τους συναισθημάτων και διαθέσεων (255, 256). Παράλληλα, τα παιδιά με υψηλούς δείκτες ΠΥΥ είχαν την τάση να βιώνουν αρνητικές διαθέσεις και συναισθήματα με μεγαλύτερη ένταση και συχνότητα σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους με λιγότερα ΠΥΥ, κι επιπλέον δήλωναν μεγαλύτερη ενασχόληση με δυσάρεστες σκέψεις και προβλήματα, για τα οποία δυσκολεύονταν να βρουν τρόπους επίλυσης (255). Χαρακτηριστικά, ενόψει στρεσογόνων καταστάσεων –που επίσης δήλωναν με μεγαλύτερη συχνότητα– τα παιδιά αυτά είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να αντιδράσουν με ΠΥΥ, εντονότερο φόβο και λιγότερο θυμό (225, 255). Συμπληρωματικά, σε πρόσφατη μελέτη σε 18χροτους σπουδαστές, οι αυτοματοποιημένες σκέψεις τελειοθρίας, ως έκφραση της μηρυκαστικής απασχόλησης με στρεσογόνες σκέψεις/καταστάσεις που επιμηκύνουν την έκθεση στο στρες, είχαν σημαντική συσχέτιση με την αναφορά ΠΥΥ, λόγω της ισχυρής επίδρασης (και σχέσης) με τις παραμέτρους της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και των δυσκολιών της καθημερινότητας (257). Εκτός από τον

μηρυκασμό, η διεργασία της χρόνιας καταστολής υποστηρίζεται ότι προκαλεί συσσωρευτική φυσιολογική διέγερση και αυξάνει την πιθανότητα ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το στρες. Η καταστολή του θυμού, συγκεκριμένα, έχει συσχετιστεί με μείωση της ανοχής στον πόνο τόσο σε μελέτες συσχέτισης όσο και σε πειραματικές μελέτες (258).

#### **4.2.1.6 ΠΥΥ, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και νευρωτισμός**

Κοινή συνισταμένη στις εμπειρικές μελέτες και παρατηρήσεις είναι ότι τα παιδιά κι έφηβοι που παρουσιάζουν ΠΥΥ συνήθως έχουν την εικόνα του «καλού», υπάκουου, σχολαστικού κι υπεύθυνου παιδιού, με υψηλές αποδόσεις στις σχολικές κι εξωσχολικές δραστηριότητές (197). Επίσης, γίνεται λόγος για παιδιά/εφήβους κοινωνικά συνεσταλμένους, ανασφαλείς, υπερβολικά ευσυνείδητους, με έντονο άγχος, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αίσθηση αυτεπάρκειας (48, 67). Παρόλ'αυτά, οι μελέτες που διερευνούν τη σχέση ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών και αναφοράς ΠΥΥ σε παιδιά κι εφήβους είναι σπάνιες. Η μελέτη των Merlijn και συνεργατών του είναι από τις ελάχιστες που μελέτησαν την συμβολή των ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών στην υγεία. Έδειξαν ότι οι έφηβοι με χρόνια, λειτουργικά σωματικά παράπονα είχαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα του νευρωτισμού σε σύγκριση με συνομηλικούς τους χωρίς αντίστοιχες ενοχλήσεις (259). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και από τους Murberg και Bru σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε μαθητές ηλικίας 13–16 ετών (260). Άλλωστε, ο φόβος και το άγχος, δομικά στοιχεία του νευρωτισμού –σύμφωνα, τουλάχιστον, με τη θεωρία του Gray– έχουν καταγραφεί ως παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τον πόνο και την ανθρώπινη αντίδραση σε αυτόν (258).

Μελέτες σε πληθυσμό ενηλίκων υποστήριζαν ότι ο νευρωτισμός συσχετίζεται με μία μεγάλη γκάμα κοινών σωματικών συμπτωμάτων, και κυρίως με τα συμπτώματα ψυχοσωματικής φύσης (261). Για κάποιους ερευνητές η παραπάνω σχέση έχει ισχύ ανεξάρτητα από τη συμβολή της παραμέτρου της ψυχικής δυσφορίας (261), ενώ άλλοι διαφωνούν (262). Αντίστοιχα ευρήματα δεν έχουν αναφερθεί σε πληθυσμό παιδιών/εφήβων μέχρι σήμερα. Ωστόσο, γνωστικοί –κατά κύριο λόγο– παράγοντες που σχετίζονται με τη ρύθμιση του συναισθήματος (πχ. αντίληψη απειλής) έχουν υποστηριχθεί ότι μεσολαβούν στην σχέση νευρωτισμού και καθημερινών εμπειριών δυσφορίας (263). Μελέτη σε υγιείς εφήβους έδειξε την ισχυρή συσχέτιση του νευρωτισμού με τον γνωστικό παράγοντα της «καταστροφοποίησης του πόνου» (pain catastrophizing) –δηλαδή των μηρυκαστικών σκέψεων

σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα ή τις καταστάσεις που συνδέονται με τον πόνο– και πρότεινε την πιθανότητα ο παράγοντας αυτός να ασκεί κάποια επίδραση στην σχέση νευρωτισμού – σωματικών συμπτωμάτων (264).

Αναφορικά με το αιτιολογικό υπόβαθρο της στενής συσχέτισης του νευρωτισμού με το δίπολο Υγείας – Ασθένειας έχουν προταθεί 3 αιτιολογικές υποθέσεις: η υπόθεση *ανικανότητας/αναπηρίας*, η υπόθεση της *αντίληψης των συμπτωμάτων* και η *ψυχοσωματική* υπόθεση (261). Η πρώτη (*υπόθεση της ανικανότητας/αναπηρίας*) θεωρεί ότι ο νευρωτισμός συνιστά το αποτέλεσμα κι όχι την αιτία των προβλημάτων υγείας, των οποίων οι δυσμενείς συνέπειές στη ζωή του ατόμου προκαλούν αύξηση των επιπέδων νευρωτισμού του. Η *υπόθεση της αντίληψης των συμπτωμάτων* υποστηρίζει ότι τα άτομα με υψηλό νευρωτισμό τείνουν να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στα μηνύματα σωματικής ενόχλησης, να εστιάζουν περισσότερο σε αυτά, να ανησυχούν και να παραπονιούνται εντονότερα σε σχέση με άτομα με χαμηλό νευρωτισμό. Η τάση αυτή συναποδίδεται σε συγκεκριμένους υποκείμενους διαμεσολαβητικούς μηχανισμούς, την σωματική υπερ-ευαισθητοποίηση, την επιλεκτική επικέντρωση της προσοχής (στα συμπτώματα) και τη τάση αναφοράς αρνητικών εσωτερικών κι εξωτερικών συμβάντων. Τέλος, η *ψυχοσωματική υπόθεση* διατείνεται ότι ο νευρωτισμός μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας, εφόσον συνδέεται με την ενεργοποίηση οργανικών συστημάτων που καθιστούν τα άτομα ευάλωτα σε πραγματικές ενοχλήσεις. Υποστηρίζεται, μάλιστα, ότι πιθανόν να διαφοροποιείται η ανωτέρω σχέση ανάλογα με το σύμπτωμα.

Πιο συγκεκριμένα, η χρόνια δυσφορία ισοδυναμεί με κατάσταση στρες για τον οργανισμό, που επιφέρει με τη σειρά της νευροφυσιολογικές αντιδράσεις σε ένα σύνολο συστημάτων. Για παράδειγμα, το στρες επιφέρει έκκλιση της επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση του αίματος και ο καρδιακός παλμός. Επιπλέον, η δραστηριοποίηση του ενδοκρινολογικού συστήματος διαθέτει στο σώμα την απαιτούμενη ενέργεια για δράση. Οι νευροφυσιολογικές αυτές μεταβολές που ενεργοποιούνται σε καταστάσεις στρες, αν και έχουν κατά βάση προσαρμοστική λειτουργία, μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα ενόχλησης στον οργανισμό, συμπεριλαμβανομένων των ΠΥΥ (238).

Η σχέση του τύπου προσωπικότητας D με την εμφάνιση ΠΥΥ στους εφήβους έχει αρχίσει να διερευνάται πολύ πρόσφατα, με τις πρώτες έρευνες να επιβεβαιώνουν τη θετική μεταξύ τους συσχέτιση (237, 238). Οι έφηβοι με προσωπικότητα τύπου D χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα



Αρνητικής Συναισθηματικότητας και έντονη κοινωνική συστολή, ιδιότητες που συνεπάγονται ένα χρόνιο συναίσθημα δυσφορίας και μία σταθερή τάση συστολής κι επιφυλακτικότητας στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων τείνουν να είναι σε επιφυλακή προς αποφυγή «απειλής» (πιθανόν με τη μορφή της απόρριψης ή της αποδοκιμασίας). Παγιδευμένοι σε έναν άρρητο φαύλο κύκλο αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων και αποστερημένοι επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης μένουν εκτεθειμένοι σε χρόνιο στρες το οποίο επηρεάζει την ψυχοφυσιολογική λειτουργία του οργανισμού τους, θέτοντας έτσι τις βάσεις για την ανάπτυξη των ΠΥΥ. Οι έφηβοι που κατατάσσονται στην προσωπικότητα τύπου D έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν περισσότερες και σοβαρότερες ψυχικές δυσκολίες και ιδιαίτερα συναισθηματικές διαταραχές (265).

Σε αντιδιαστολή, μελέτες σε πληθυσμό νεαρών ενηλίκων σχετικά με το ιδιοσυγκρασιακό χαρακτηριστικό της συνεργατικότητας/καλής προαίρεσης έδωσε μερικά πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα αναφορικά με τη σχέση του νευρωτισμού και της αναφοράς ΠΥΥ (263). Φάνηκε ότι η σχέση νευρωτισμού και ΠΥΥ δεν ήταν ανεξάρτητη από τα επίπεδα συνεργατικότητας/καλής προαίρεσης του ατόμου. Αντιθέτως, ήταν ισχυρή σε άτομα με χαμηλά επίπεδα συνεργατικότητας/καλής προαίρεσης και απύσα σε άτομα με ενισχυμένα επίπεδα στο εν λόγω χαρακτηριστικό. Αν και η συνεργατικότητα/καλή προαίρεση θα μπορούσε να μετριάσει τις σωματικές επιδράσεις του νευρωτισμού, οι ερευνητές θεώρησαν ότι το εύρημα αντικατοπτρίζει κατά κύριο λόγο τις προστατευτικές λειτουργίες προσαρμοστικών διεργασιών συναισθηματικής αυτορρύθμισης ενόψει στρεσογόνων ερεθισμάτων που είναι εγγενείς του συγκεκριμένου ιδιοσυγκρασιακού χαρακτηριστικού. Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσονται και ερευνητικά δεδομένα που τονίζουν αφενός την προστατευτική δράση της συναισθηματικής σταθερότητας –που βρίσκεται στον αντίποδα του νευρωτισμού– στην ψυχοσωματική υγεία των εφήβων (266) κι αφετέρου τον ρόλο των θετικών συναισθημάτων τόσο ως προς τον μετριασμό της σχέσης της Αρνητικής Συναισθηματικότητας με τα ΠΥΥ (267), όσο και ως προς τη μείωση του πόνου, σε βαθμό μάλιστα που γίνεται λόγος για «συναισθηματική αναλγησία» (258, 268).

#### **4.2.2 Αίσθηση συνεκτικότητας και αίσθηση συναισθηματικής αυτεπάρκειας**

Ο Aaron Antonovsky, ακαδημαϊκός στον χώρο της Ιατρικής Κοινωνιολογίας, υπήρξε ο πρώτος επιστήμονας που ασχολήθηκε συστηματικά με τους παράγοντες που συντελούν στην ύπαρξη και

διατήρηση της υγείας κι αναστέλλουν την εμφάνιση νόσου, ακόμη και ενόψει ιδιαίτερα στρεσογόνων ή ανθυγιεινών περιστάσεων ζωής. Εισήγαγε, έτσι, εννοιολογικά τον όρο “Salutogenesis” (salut=υγεία, genesis=γέννηση), αντίποδα της «Παθογέννησης», που στη γλώσσα μας μεταφράστηκε ως «Προαγωγή Υγείας». Βασικός πυλώνας της προσέγγισής του είναι η θεώρηση της υγείας ως ένα συνεχές όπου η Παθογέννηση και η Προαγωγή της Υγείας αποτελούν τα δύο άκρα. Κεντρικό ρόλο στην τοποθέτηση και μετακίνηση κάθε ατόμου σε αυτό το συνεχές διαδραματίζει η «Αίσθηση Συνεκτικότητας» (“Sense of Coherence- SOC”) (269).

Η SOC «εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτοπεποίθησης ότι: (α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό κι εξωτερικό του περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα κι εξηγήσιμα (comprehensibility), (β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability) και (γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness). Η SOC αποτελεί μία σφαιρική θεώρηση του εαυτού και του κόσμου που καθορίζει τη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας. Η υπόθεση του Antonovsky είναι: «Ισχυρή SOC → Δυνατότητα επιτυχούς αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος → Διατήρηση της υγείας» (269, 270). Σύμφωνα με τον Antonovsky, η SOC αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής περιόδου και σταθεροποιείται μέχρι την ηλικία των 30 ετών, εκτός αν προκύψουν συνθήκες που επιφέρουν μείζονες τροποποιήσεις στη ζωή του ατόμου (269). Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η διαμόρφωση της SOC συνιστά μια διεργασία που εκτυλίσσεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (271).

Η εφηβική ηλικία, λόγω των πολυποίκιλων εξελικτικών προκλήσεων και μεταβολών που ενέχει, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική περίοδο για την ενδελεχή διερεύνηση της SOC (271, 272). Η ισχυρή SOC έχει βρεθεί να συσχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση ψυχικών δυσκολιών (273, 274) και να συνδέεται με τη θετική αυτοαντίληψη των εφήβων για την υγεία τους (275), παρόλο που η ευρύτερη (κι όχι περιορισμένη στην εφηβεία) θεώρηση της βιβλιογραφίας φανερώνει ότι η σχέση της SOC με τους δείκτες σωματικής υγείας είναι πολύ πιο αδύναμη σε σύγκριση με τους δείκτες ψυχικής υγείας (273). Από την άλλη μεριά, η (υψηλή) SOC έχει συστηματικά υπογραμμιστεί για την ισχυρή κι ανεξάρτητη συσχέτισή της με τα ΠΥΥ, με τους εφήβους με χαμηλά επίπεδα SOC να αναφέρουν

περισσότερα –σε ποσότητα και σε συχνότητα– ΠΥΥ (272, 276, 277). Η μελέτη των Simonson και συνεργατών (278), μάλιστα, έδειξε ότι στην περίοδο της εφηβείας τα αγόρια με χαμηλή SOC είχαν 15 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ΠΥΥ σε σχέση με τα συνομήλικά τους αγόρια με υψηλή SOC, ενώ για τα κορίτσια με χαμηλή SOC οι αντίστοιχες πιθανότητες ήταν 10 φορές περισσότερες. Παράλληλα, διαχρονική φινλανδική μελέτη έδειξε ότι οι υψηλοί δείκτες αυτοαναφερόμενων σωματικών προβλημάτων –όπως μετρήθηκαν με τις κλίμακες CBCL και YSR- στην ηλικία των 15 ετών παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση με τα χαμηλά επίπεδα SOC των ίδιων εφήβων 3 χρόνια μετά (279). Η χαμηλή SOC των εφήβων έχει επίσης συσχετιστεί θετικά με την αναφορά περισσότερων παραπόνων για πονοκεφάλους και στομαχόπονους (274).

Τα ανωτέρω ευρήματα οδηγούν σε μία σειρά συλλογισμών σχετικά με την αιτιολόγηση της στενής συσχέτισης της SOC με τα ΠΥΥ. Δεδομένου ότι η SOC συνιστά ένα γενικευμένο σύστημα πεποιθήσεων του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο που επηρεάζει τον τρόπο αξιολόγησης των στρεσογόνων περιστάσεων, τα άτομα με ισχυρή SOC τείνουν να αντιλαμβάνονται τις απαιτητικές καταστάσεις περισσότερο ως προκλήσεις, παρά ως προβλήματα, και διαθέτουν μεγαλύτερη γκάμα στρατηγικών αντιμετώπισης και προσωπικών αποθεμάτων, (συν)κατευθύνοντας, έτσι, το άτομο στην επιλογή ενός κατάλληλου και λειτουργικού τρόπου αντιμετώπισης ή διαχείρισής τους (276, 280). Αντιστρόφως, η δυσοίωση εκτίμησης των καταστάσεων, οι αρνητικές πεποιθήσεις για την προσωπική ικανότητα διαχείρισής τους και η επιλογή δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης –χαρακτηριστικές πτυχές της χαμηλής SOC– σχετίζονται με ψυχοφυσιολογικές διεργασίες που ευθύνονται για την όξυνση της ευαισθητοποίησης σε σωματικά μηνύματα και την ερμηνεία τους ως ΠΥΥ (βλ. φαινόμενο ευαισθητοποίησης, σελ.87, κεφ.4.3) (272). Επιπλέον, η ισχυρή SOC δύναται να θεωρηθεί πτυχή της ψυχικής ανθεκτικότητας<sup>12</sup>, η οποία συνιστά καθοριστικό παράγοντα διατήρησης της υγείας στο πλαίσιο αντίξων συνθηκών (282)

Από την άλλη πλευρά, η στενή συσχέτιση SOC και ΠΥΥ έχει ερμηνευθεί ως αποτέλεσμα της επίδρασης της Αρνητικής Συναισθηματικότητας και άλλων ιδιοσυγκρασιακών χαρακτηριστικών (283). Ωστόσο, ο Antonovsky φρόντισε να υπογραμμίσει ότι η SOC δεν αποτελεί χαρακτηριστικό της

---

<sup>12</sup> Με τον όρο αυτό εννοείται η «δυναμική διαδικασία θετικής προσαρμογής ενόψει αντίξων καταστάσεων» (281).

προσωπικότητας (269) και μετέπειτα ερευνητές τόνισαν ότι η SOC ανανακλά περισσότερο την γνωσιακή–παρωθητική πτυχή της κατάθλιψης, παρά εκδήλωση του συναισθηματικού της περιεχομένου (272). Στο ερμηνευτικό πλαίσιο αυτό, η σύνδεση των χαμηλών επιπέδων SOC με την αυξημένη αυτοαναφορά ΠΥΥ θα μπορούσε να αποτυπώνει το γνωσιακό σύστημα που χαρακτηρίζει το καταθλιπτικό συναίσθημα και συμβάλει στη διατήρηση μιας οξυμμένης ψυχοσωματικής διέγερσης και στη δυσλειτουργική της αντίληψη κι ερμηνεία (272).

Το ενδιαφέρον για το ρόλο της SOC στην εμφάνιση ΠΥΥ κατά την εφηβική ηλικία θα μπορούσε να ενταχθεί στο ευρύτερο πλαίσιο μελέτης για τη συμβολή της (υποκειμενικά) αντιλαμβανόμενης αίσθησης ελέγχου στην εκδήλωση ΠΥΥ. Η σχετική βιβλιογραφία σε ενήλικες δείχνει ότι όταν τα άτομα νιώθουν ότι δεν μπορούν να ασκήσουν επαρκή έλεγχο στις καταστάσεις που τους συμβαίνουν και τις συναισθηματικές αντιδράσεις που τις συνοδεύουν, έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώνουν διαρκώς αυξανόμενα επίπεδα ψυχοφυσιολογικής διέγερσης, η οποία συχνά εκφράζεται ως ΠΥΥ (284). Επόμενως, η υποκειμενική αίσθηση ελέγχου τόσο των εξωτερικών καταστάσεων όσο και της εσωτερικής συναισθηματικής απάντησης θα μπορούσε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ΠΥΥ και κατά την παιδική κι εφηβική ηλικία.

Στο πλαίσιο της διδακτορικής της διατριβής, η Jellesma μελέτησε σε μαθητικό πληθυσμό παιδιών (μ.ό. 10 ετών) ταυτόχρονα τη συμβολή της SOC –ως αίσθηση ελέγχου των καταστάσεων– και της Συναισθηματικής Αυτεπάρκειας (“Emotional Self-Efficacy”) –ως αίσθηση ελέγχου της συναισθηματικής αντίδρασης– στην αναφορά ΠΥΥ. Αν και οι δύο αυτοί παράγοντες είχαν θετική μεταξύ τους συσχέτιση, παρουσίασαν ανεξάρτητη και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αναφορά ΠΥΥ, η οποία, μάλιστα, διατηρήθηκε και διαχρονικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά που θεωρούσαν ότι είχαν μικρότερο έλεγχο τόσο στην εξωτερική κατάσταση (χαμηλή SOC) όσο και στην συναισθηματική τους αντίδραση (χαμηλή αίσθηση συναισθηματικής αυτεπάρκειας) ανέφεραν συχνότερα ΠΥΥ σε σύγκριση με συνομηλίκους τους με ισχυρότερη αίσθηση ελέγχου και στις δύο υπό εξέταση διαστάσεις (285).

#### 4.2.3 Εστία ελέγχου της υγείας

Σε συνέχεια της αίσθησης ελέγχου, η *εστία ελέγχου της υγείας* συνιστά μία σταθερή τάση του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα/προβλήματα υγείας ως περισσότερο ή λιγότερο ελέγξιμα. Η εστία ελέγχου της υγείας χαρακτηρίζεται ως *εσωτερική* όταν το άτομο θεωρεί ότι διαθέτει την ικανότητα να προβεί σε ενέργειες για αλλαγή της συμπεριφοράς του ώστε να ελέγξει τους κινδύνους για την υγεία του. Στην αντίθετη περίπτωση, όπου δηλαδή, το άτομο νιώθει ότι η ευθύνη για την κατάσταση της υγείας του βαραίνει κυρίως εξωτερικούς παράγοντες (πχ. επαγγελματίες υγείας, περιβαλλοντικές συνθήκες, τύχη, κά.) κι όχι τον ίδιο μέσω των προσωπικών του επιλογών ή προσπαθειών, η εστία ελέγχου ονομάζεται *εξωτερική*. Σύμφωνα με σχετική μελέτη σε εφηβικό πληθυσμό αρρένων, η εξωτερική εστία ελέγχου συσχετίζεται με την αναφορά ΠΥΥ και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωσή τους (286).

#### 4.2.4 Αυτοεκτίμηση

Η έννοια της αυτοεκτίμησης συνιστά σημαντική πτυχή της αυτοεικόνας του ατόμου (114, 271, 287). Ο Rosenberg (288) όρισε την αυτοεκτίμηση ως το σύνολο των σκέψεων και των συναισθημάτων για την ατομική αξία. Πρόκειται για ένα γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και όχι για κάποια περιστασιακή στάση απέναντι στον εαυτό ενόψει μεμονωμένων καταστάσεων (227). Ο ορισμός του Rosenberg, όπως κι αυτός του Coopersmith ως προσωπική κρίση για την ατομική αξία (227), ανταποκρίνεται στην έννοια της σφαιρικής ή γενικής αυτοεκτίμησης, η οποία συνδέεται άμεσα με τις έννοιες της ικανοποίησης από τη ζωή και της γενικής ευεξίας (289).

Η μελέτη της αυτοεκτίμησης κατά την ηλικιακή περίοδο της εφηβείας έχει ιδιαίτερη σημασία λόγω των πολλαπλών βιολογικών, ψυχολογικών, γνωστικών και κοινωνικών μεταβολών που ενυπάρχουν στη συγκεκριμένη εξελικτική φάση. Η συμβολή της αυτοεκτίμησης στην επίτευξη ευεξίας κατά την εφηβική ηλικία έχει τονιστεί από πολλές μελέτες, ιδιαίτερα της τελευταίας δεκαετίας, που υπογραμμίζουν τη σύνδεσή της με διάφορους δείκτες ψυχικής και υποκειμενικής υγείας (271, 287, 289). Τα παιδιά/έφηβοι με υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες αυτοεκτίμησης τείνουν να έχουν καλύτερη υποκειμενική εικόνα για την υγεία και το σώμα τους, αναφέρουν καλύτερη ψυχική υγεία και δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις και τη ζωή τους (289).

Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσονται και τα αποτελέσματα ερευνών που μελετούν τη σχέση της αυτοεκτίμησης με την αυτοαναφορά ΠΥΥ, καθώς οι έφηβοι με υψηλότερα σκορ στις κλίμακες αυτοπεποίθησης έχουν την τάση να αναφέρουν λιγότερα ΠΥΥ σε σχέση με συνομήλικούς τους με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (95, 290-292). Επιπλέον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συσχετιστεί θετικά με την υψηλή συχνότητα επιμέρους συμπτωμάτων στους εφήβους, όπως τα προβλήματα ύπνου και η κόπωση (293). Παράλληλα, σκωτσέζικη μελέτη σε έφηβα κορίτσια (11-16 ετών) έδειξε ότι η αύξηση της αυτοεκτίμησης κατά μία τυπική απόκλιση συντέλεσε σε σημαντική μείωση των πιθανοτήτων αναφοράς πονοκεφάλου, στομαχόπνου, ζαλάδας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (114), ενώ η προοπτική μελέτη των Roikolainen και συνεργατών υπογράμμισε ότι το χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης στην εφηβεία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση ΠΥΥ στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής μόνο για τις γυναίκες (40). Από την άλλη μεριά, η Wearden και οι συνεργάτες της αμφισβητούν τον προβλεπτικό ρόλο της αυτοεκτίμησης ως προς την αναφορά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, τον οποίο αποδίδουν στην υψηλή συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την Αρνητική Συναισθηματικότητα (294).

Διαφαίνεται, επομένως, ότι παρόλη την σχετική συμφωνία των επιστημόνων στον χώρο της ψυχοκοινωνικής και ψυχοσωματικής υγείας για τη συμβολή της αυτοεκτίμησης στην κοινωνική και ψυχοσωματική ευεξία των εφήβων, μία σειρά από μεθοδολογικά ζητήματα όπως το εργαλείο μέτρησης της αυτοεκτίμησης (γενική αυτοεκτίμηση ή κατάτμηση της αυτοεκτίμησης σε τομείς όπως η ακαδημαϊκή επίδοση, η αθλητική ικανότητα, η κοινωνική αποδοχή, η εξωτερική εμφάνιση και η συμπεριφορά), οι διαφορές ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια (με τα κορίτσια να υπολείπονται συστηματικά των αγοριών) και η επίδραση άλλων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (πχ. Αρνητική Συναισθηματικότητα) δυσχεραίνουν τον ακριβή προσδιορισμό της μεταξύ τους σύνδεσης. Αναφορικά με τα ΠΥΥ έχει προταθεί η ύπαρξη ενός φαύλου κύκλου ανατροφοδότησης, όπου η εμφάνιση ενός ψυχοσωματικού συμπτώματος επιφέρει πλήγμα στην αυτοεικόνα του ατόμου και πτώση του επιπέδου αυτοεκτίμησης, που, με την σειρά του, παρακωλύει την ανάπτυξη της αυτονομίας κι ενισχύει την αίσθηση κατωτερότητας και άγχους, με αποτέλεσμα, έτσι, την αναστολή της ψυχοσωματικής ευεξίας και τη μειωμένη αυτοεκτίμηση (295). Στο πλαίσιο αυτό, Ιάπωνες ερευνητές θεώρησαν ότι το επίπεδο αυτοεκτίμησης μπορεί να λειτουργήσει ως ενδεικτικό στοιχείο τόσο για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων όσο και για τον σχεδιασμό της

κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης (295). Τα ανωτέρω πορίσματα τονίζουν ότι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα ΠΥΥ και την αυτοεκτίμηση εξακολουθεί να αποτελεί ένα απαιτητικό έργο, γόνιμο κι ανοιχτό για περαιτέρω διερεύνηση.

#### **4.2.5 Εικόνα σώματος**

Η εικόνα σώματος αποτελεί μία πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τις αναπαραστάσεις του ατόμου για το σώμα του και τις σύνοδες αξιολογικές κρίσεις αναφορικά με αυτό. Αποτελείται από τις συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές εκτιμήσεις ως προς το μέγεθος, την αισθητική, τη λειτουργικότητα, τη θελκτικότητα, τη φυσική κατάσταση και την υγεία του σώματος, εκτιμήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε μία αντίληψη του σώματος πολύ διαφορετική από την πραγματική (296). Σε ήπιο βαθμό, τέτοιου τύπου ασυμφωνίες μεταξύ της αντικειμενικής εικόνας/κατάστασης του σώματος και της προσωπικής αντίληψης σημειώνονται συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αποτελώντας μία σύννητη πηγή δυσφορίας (296). Η συσχέτιση ανάμεσα στην κακή εικόνα σώματος και την κακή υποκειμενική υγεία (202) ή τα αυξημένα επίπεδα ΠΥΥ στην εφηβεία έχει υπογραμμιστεί σε λίγες μελέτες (114, 297, 298). Αξίζει να σημειωθεί ότι η Sweeting και οι συνεργάτες της στη μελέτη τους για την ερμηνεία της υπεροχής των έφηβων κοριτσιών ως προς την αναφορά ΠΥΥ (114) χρησιμοποίησαν ως δείκτη αξιολόγησης της εικόνας σώματος την αυτοαναφορά ανησυχίας σχετικά με την πρόσληψη βάρους. Ο συγκεκριμένος δείκτης, μαζί με το επίπεδο αυτοεκτίμησης, αποτέλεσαν τους παράγοντες που αφενός είχαν την ισχυρότερη συσχέτιση με την αυτοαναφορά ΠΥΥ κι αφετέρου είχαν τη μεγαλύτερη συμβολή στην ερμηνεία της υπεροχής των κοριτσιών στην αναφορά ΠΥΥ. Αρκετά χρόνια πρωτύτερα, οι Rauste-von Wright και von Wright (298) επεσήμαναν ότι η συνδεση ανάμεσα στην εικόνα σώματος και την αναφορά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων εκδηλωνόταν στην ηλικία των 13 ετών για τα κορίτσια και των 15 ετών για τα αγόρια, υποδεικνύοντας την ηλικία έναρξης της ενασχόλησης με την εξωτερική εμφάνιση ανάμεσα στα δύο φύλα. Συμπληρωματικά, η εικόνα σώματος μαζί με την αυτοεκτίμηση συνδιαμορφώνουν την έννοια της εικόνας εαυτού, ο αρνητικός πόλος της οποίας έχει αναφερθεί ότι συσχετίζεται με υψηλή σωματική συμπτωματολογία χωρίς οργανικό υπόβαθρο (299).

Επιπλέον, εστιάζοντας στο γυναικείο σώμα, η φεμινιστική ψυχαναλυτική προσέγγιση εισήγαγε τον όρο της «Αντικειμενικοποίησης της Συνείδησης του Σώματος» (“Objectified Body Consciousness”)

για να περιγράψει τη διαδικασία αντιμετώπισης του γυναικείου σώματος ως αντικείμενο υπό εξέταση (θεώρηση και αξιολόγηση) από τον Εαυτό και τους Άλλους μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Σύγχρονη μελέτη σε έφηβα κορίτσια στη Σουηδία και τη Γεωργία τόνισε ότι η «αντικειμενικοποιημένη συνείδηση του σώματος» εμφάνισε ανεξάρτητη και στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τον δείκτη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτοκτονικού ιδεασμού, όσο και με τον δείκτη σωματικών παραπόνων υγείας (300). Η συσχέτιση αυτή, μάλιστα, δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά στα δύο υπό μελέτη πολιτισμικά πλαίσια, υποστηρίζοντας την «καθολική» της ισχύ στον γυναικείο εφηβικό πληθυσμό.

#### 4.2.6 Τύποι δεσμού

Η θεωρία του δεσμού –ή αλλιώς, της προσκόλλησης–, άμεσα συνυφασμένη με την ψυχαναλυτική θεωρία, αποτελεί ένα ανερχόμενο πεδίο μελέτης στο πλαίσιο του Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την Υγεία. Περιληπτικά, σύμφωνα με τον Bowlby, εμπνευστή της θεωρίας, η σχέση βρέφους–τροφού, υπογραμμίζεται για τον θεμελιακό της ρόλο στην ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού. Το σύστημα προσκόλλησης αναπτύσσεται μέσω ενός ανατροφοδοτούμενου κύκλου αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες γνωστικές κι αντιληπτικές ικανότητες του βρέφους και στη συνέπεια και καταλληλότητα των αποκρίσεων της/του τροφού μέσα σε ένα δεδομένο περιβάλλον (301). Ανάλογα με την ποιότητα της αλληλεπίδρασης αυτής, δημιουργούνται τύποι δεσμού/προσκόλλησης, οι οποίοι θα μπορούσαν να περιγραφούν ως τα εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα του εαυτού και του περιβάλλοντος, βάση του οποίου οργανώνεται ο συναισθηματικός κόσμος και η συμπεριφορική παλέτα του ατόμου.

Οι τύποι δεσμού/προσκόλλησης είναι δυνατόν να οριστούν με βάση δυο διαστάσεις με αρνητικό και θετικό πρόσημο, που αντανακλούν το μοντέλο εσωτερικής λειτουργίας του εαυτού και το εσωτερικό λειτουργικό μοντέλο των άλλων (σχήμα 1). Σήμερα, έχει επικρατήσει το μοντέλο των 4 μορφών προσκόλλησης των Bartholomew και Horowitz (302), όπως έχει εξελιχθεί με βάση το έργο της Ainsworth<sup>13</sup>. Ο ασφαλής τύπος προσκόλλησης παραπέμπει σε έναν συνεπή, συντονισμένο και ζεστό

---

<sup>13</sup> Η Ainsworth αρχικά και οι Hazan και Shaver στην συνέχεια εισήγαγαν τρεις τύπους προσκόλλησης, η μεν πρώτη αναφερόμενη στα βρέφη και οι δεύτεροι στους ενήλικες: ο ασφαλής, ο ανασφαλής-αποφευκτικός και ο ανασφαλής (αγχώδης)-αμφιθυμικός.



τύπο φροντίδας κατά τη βρεφική ηλικία. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία συνήθως έχουν θετική εικόνα για τον εαυτό τους και τους άλλους, και δεν δυσκολεύονται να ζητήσουν και να πάρουν βοήθεια και συναισθηματική φροντίδα. Τα άτομα με ανήσυχο/αγχώδη τυπο προσκόλλησης έχουν συνήθως βιώσει έναν ασυνεπή κι απρόβλεπτο τρόπο φροντίδας κατά τη βρεφική τους ηλικία με αποτέλεσμα να βλέπουν τον εαυτό τους ως ανάξιο να αγαπηθεί και χαρακτηρίζονται από αρνητική συναισθηματική διάθεση, χαμηλή αυτοεκτίμηση και τάσεις εξάρτησης από τους άλλους τους οποίους εξιδανικεύουν. Ο φοβικός τύπος βασίζεται σε έναν απορριπτικό ή συναισθηματικά σκληρό τύπο βρεφικής φροντίδας, με αποτέλεσμα την αρνητική εικόνα τόσο για τον εαυτό όσο και για τους άλλους, η σχέση με τους οποίους –αν και αντικείμενο επιθυμίας– επενδύεται με τον φόβο απόρριψης. Τέλος, ο αποφευκτικός τύπος προσκόλλησης συνδέεται με μη συντονισμένη, συναισθηματικά αποστερημένη βρεφική φροντίδα που επιφέρει μεν την αρνητική θεώρηση των άλλων αλλά «αντισταθμίζεται» με έντονη ανάγκη για αυτονομία, αυτεπάρκεια και αίσθηση αυταξίας.

**Σχήμα 1. Το μοντέλο των 4 τύπων δεσμού**

		<b>Μοντέλο Εαυτού</b>	
		<b>Θετικό</b>	<b>Αρνητικό</b>
<b>Μοντέλο του Άλλου</b>	<b>Θετικό</b>	<b>Ασφαλές</b> Εμπιστεύεται τους άλλους και νιώθει ότι αξίζει την προσοχή τους	<b>Ανήσυχο/αγχώδες</b> Εξιδανικεύει τους άλλους, συναισθηματικά ανασφαλής, αναζητά επιβεβαίωση
	<b>Αρνητικό</b>	<b>Αποφευκτικό</b> Υψηλή αίσθηση αυταξίας, έντονη ανάγκη ανεξαρτησίας και αυτάρκειας	<b>Φοβικό</b> Προσέγγιση – αποφυγή, φοβάται την συναισθηματική οικειότητα

Πηγή: Bartholomew & Horowitz (1991) (προσαρμογή)

Πριν γίνει αναφορά στην σχέση των ΠΥΥ με τους τύπους δεσμού/προσκόλλησης είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα ερευνητικά πορίσματα που παρουσιάζονται προέρχονται στην πλειοψηφία τους από συγχρονικές μελέτες σε ενήλικο πληθυσμό κι αφορούν στην αναφορά

ευρύτερων συμπτωμάτων ψυχικής ή σωματικής δυσφορίας. Επομένως, μπορούν να γίνουν μόνο αναγωγές για τον πληθυσμό των εφήβων και για τα ΠΥΥ όπως έχουν οριστεί στην παρούσα εργασία. Ωστόσο, η θεωρία της προσκόλλησης συνιστά ένα πεδίο στο οποίο παρουσιάζεται αυξημένο ενδιαφέρον για έρευνα στον χώρο της Υγείας, γεγονός που δίνει ελπίδες για τη διεξαγωγή διαχρονικών μελετών και ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχοσωματικής.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Meredith και συνεργατών σχετικά με τον χρόνιο πόνο, ένας περιορισμένος αριθμός ερευνών έχει διερευνήσει τις προτεινόμενες συνδέσεις μεταξύ τύπων προσκόλλησης και αλγογόνων συμπτωμάτων. Κοινό, γενικό συμπέρασμα των ερευνών είναι ότι, συγκρινόμενα με τον ασφαλή τύπο προκόλλησης, άτομα που εμπίπτουν στις κατηγορίες των ανασφαλών τύπων (προσκόλλησης) περιγράφουν το σύμπτωμά τους ως πιο ενοχλητικό και δύσκολο στη διαχείρισή του, αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, υψηλότερα επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης, σκέψεων καταστροφοποίησης αναφορικά με τον πόνο, επιφυλακής και βιώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και διαθέσεις (303). Συγχρονική έρευνα σε γενικό πληθυσμό ενηλίκων έδειξε ότι τα άτομα που παραπονούνταν για συμπτώματα χρόνιου διάχυτου πόνου ήταν πιο πιθανό να κατατάσσονται στην κατηγορία της αγχώδους προσκόλλησης (304).

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών σε παιδιά με χρόνιο πόνο που υιοθέτησε την οπτική της θεωρίας της προσκόλλησης στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους εντόπισαν ομοιότητες ανάμεσα στις αντιδράσεις των παιδιών όταν αποχωρίζονταν από τους γονείς τους και όταν πονούσαν. Οι ομοιότητες αυτές επιβεβαίωσαν την υπόθεση του Walsh και των συνεργατών του (305) που υποστήριζε ότι «το εσωτερικό λειτουργικό μοντέλο της προσκόλλησης οργανώνει τις συμπεριφορές, τις σκέψεις και τα συναισθήματα των παιδιών όταν βιώνουν αποχωρισμό ή πόνο» (305). Η υπόθεση αυτή έλαβε και βιολογικό υπόβαθρο μέσω νευροαπεικονιστικής μελέτης σε νεαρούς ενήλικες που έδειξε ότι ο σωματικός πόνος και ο ψυχικός πόνος λόγω απόρριψης ή αποχωρισμού μοιράζονται κοινούς νευροανατομικούς μηχανισμούς (306).

Σε κλινικό επίπεδο, μελέτες σε νήπια έχουν υποστηρίξει ότι ο φοβικός, ο αγχώδης και ο αποφευκτικός τύπος προσκόλλησης είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί σε νήπια με συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα, όπως πχ. το άσθμα, η κυστική ίνωση και η επιληψία (301). Στην ψυχική υγεία, σημαντικά ποσοστά ανασφαλών τύπων προσκόλλησης έχουν σημειωθεί σε ασθενείς σωματόμορφων διαταραχών (228). Αναφορικά με το βαθμό αναφοράς συμπτωμάτων, μελέτες σε νεαρούς ενήλικες

έδειξαν να συσχετίζεται με τον αποφευκτικό (307) και με τον αγχώδη τύπο προσκόλλησης (308). Από την άλλη μεριά, ο αποφευκτικός τύπος δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την αναφορά συμπτωμάτων σε έρευνα των Wearden και συνεργατών (294), σε αντίθεση με τον φοβικό κι αγχώδη τύπο. Άλλη μελέτη έδειξε ότι η αναφορά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται με τον φοβικό τύπο κυρίως στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες και οι τρεις τύποι ανασφαλούς προσκόλλησης έδειξαν ανεξάρτητες συσχετίσεις (309).

Επιπλέον, έχει επισημανθεί ότι η υπάρχουσα συσχέτιση της αναφοράς συμπτωμάτων με τον φοβικό κι αγχώδη τύπο προσκόλλησης, αν και ανεξάρτητη, μπορεί να εξηγηθεί μερικώς από το αρνητικό μοντέλο εαυτού που χαρακτηρίζει και τους δύο τύπους καθώς και από τον συνδυασμό της Αρνητικής Συναισθηματικότητας με την αλεξιθυμία που αναδείχθηκαν ως παράγοντες που μεσολαβούν στην ανωτέρω συσχέτιση (294). Τόσο η Αρνητική Συναισθηματικότητα όσο και η αλεξιθυμία έχουν υπογραμμιστεί για την επίδρασή τους στη σχέση τύπου προσκόλλησης και αναφοράς συμπτωμάτων και σε προηγούμενες μελέτες (294, 308), ενώ σε άλλες τονίζεται ο ισχυρός ρόλος του θυμού και του υποστηρικτικού δικτύου (310, 311). Αναφορικά με τους ενήλικες με ΠΥΥ, η χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας έχει συσχετιστεί με τον αγχώδη και τον φοβικό τύπο προσκόλλησης σε γυναίκες (312) και με ανασφαλείς τύπους προσκόλλησης, ειδικά όταν τα ΠΥΥ είχαν σωματική έκφραση (313, 314).

Οι αυξανόμενες μελέτες που εξετάζουν τη σύνδεση των μορφών προσκόλλησης με έναν ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων και διαταραχών κατέστησαν αναγκαία τη δημιουργία ενός πλαισίου αιτιολογικής αναγωγής. Οι Maunder και Hunter (301) στην ανασκόπησή τους για την σχέση ψυχοσωματικής ιατρικής και θεωρίας προσκόλλησης πρότειναν τρεις πιθανούς τρόπους για την μεταξύ τους σύνδεση: 1. Οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης συσχετίζονται με προβλήματα στη λειτουργία του μηχανισμού αυτορρύθμισης σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπου συντελούν είτε στην υπερμεγέθυνση του αντιλαμβανόμενου στρεσογόνου ερεθίσματος είτε στην όξυνση της έντασης ή στην παράταση της διάρκειας της οργανικής αντίδρασης. 2. Οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης συσχετίζονται με δυσλειτουργική χρήση εξωτερικών ρυθμιστών του συναισθήματος, όπως πχ. η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η υπερβολική κατανάλωση ή μη κατανάλωση φαγητού, κα. και 3. Οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης συσχετίζονται με τη μη ή

δυσλειτουργική χρήση προστατευτικών παραγόντων, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η αναφορά συμπτωμάτων και η συμμόρφωση στη θεραπεία.

Παράλληλα, το μοντέλο της Προσκόλλησης – Διάθεσης για τον Χρόνιο Πόνο (Attachment – Diathesis Model of Chronic Pain) προσφέρει ένα αιτιολογικό υπόβαθρο αναφορικά με τη σχέση που περιγράφεται στον τίτλο του, με θεωρητική αφετηρία την προσέγγιση της ανασφαλούς προσκόλλησης ως ένα προδιαθεσιακό παράγοντα για τον χρόνιο πόνο (303). Στο μοντέλο αυτό, ο πόνος ως στρεσογόνο ερέθισμα ενεργοποιεί γνωστικούς, συμπεριφορικούς και συναισθηματικούς μηχανισμούς που συνδέονται με συγκεκριμένο τύπο προσκόλλησης, με επιπτώσεις τόσο στην βιωματική εμπειρία του πόνου όσο και στην ικανότητα προσαρμογής σε αυτόν. Περιληπτικά, προτείνεται μια αλυσίδα σχέσεων, που αρχίζει από τον τύπο προσκόλλησης και τις γνωστικές αξιολογήσεις του ερεθίσματος του πόνου, του εαυτού και του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου. Οι αξιολογήσεις αυτές επιδρούν στις αντιδράσεις του ατόμου –αναφορικά με τη συναισθηματική του κατάσταση και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που επιλέγει–, οι οποίες (αντιδράσεις) με τη σειρά τους επηρεάζουν την προσαρμογή στον πόνο

#### **4.2.7 ΠΥΥ και ψυχικές διαταραχές**

##### **4.2.7.1 ΠΥΥ και συναισθηματικά συμπτώματα και διαταραχές**

Η σχέση των ΠΥΥ με τις διαταραχές διάθεσης και ιδιαίτερα τα συμπτώματα καταθλιπτικής και αγχώδους αιτιολογίας –που στις περισσότερες μελέτες συνεξετάζονται– έχει προσελκύσει ευρέως το ενδιαφέρον των ερευνητών, πιθανότατα λόγω του ότι η αναφορά σωματικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβάνεται στα κριτήρια κατάταξης στις εν λόγω κλινικές οντότητες. Μεγάλος αριθμός μελετών με σημαντικές μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις και περιορισμούς έχει καταγραφεί διεθνώς σε μια προσπάθεια να διαλευκανθεί η σχέση των ΠΥΥ με την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, οι σχετικές μελέτες διαφοροποιούνται ως προς: α. τον τύπο του δείγματος (κοινωνικό ≠ κλινικό), β. τον τρόπο αξιολόγησης (ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις χωρίς ή σε συνδυασμό με κλινική εξέταση), γ. την πηγή αξιολόγησης (παιδί/έφηβος, γονέας, δάσκαλος, γιατρός), δ. τα χαρακτηριστικά των ΠΥΥ που σηματοδοτούν το κατώφλι σημαντικότητάς τους (διάρκεια και τύπος συμπτωμάτων ≠ αριθμός και συχνότητα εμφάνισης), ε. το χρονικό παράθυρο και τον τύπο

αξιολόγησης (τελευταίος μήνας ≠ τελευταίοι 6 μήνες/τελευταίος χρόνος, συγχρονική, προοπτική ή αναδρομική αξιολόγηση) και στ. την αξιολόγηση κλινικής διαταραχής ή συμπτωματολογίας. Παρόλο που οι ανωτέρω διαφοροποιήσεις δυσχεραίνουν την εξαγωγή απόλυτων συμπερασμάτων, η στενή συσχέτιση ΠΥΥ και καταθλιπτικών/αγχωδών συμπτωμάτων και διαταραχών φαίνεται να αποτελεί κοινή συνισταμένη των σχετικών ερευνών, ακόμη κι όταν χρησιμοποιούνται στατιστικές δοκιμασίες που ελέγχουν την επίδραση των σωματικών συμπτωμάτων των εν λόγω διαταραχών.

Πράγματι, η πλειοψηφία των μελετών σε κοινοτικούς πληθυσμούς υποστηρίζουν ότι τα παιδιά/έφηβοι με ΠΥΥ έχουν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά ή/και αγχώδη συμπτώματα (39, 76, 82, 104, 290, 315-317). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και από πληθώρα μελετών σε παιδιά/εφήβους σε κοινοτικά και κλινικά πλαίσια αναφορικά με εστιασμένα συμπτώματα όπως ο στομαχόπονος (318-322), ο πονοκέφαλος (79, 318, 323-325), τα μυοσκελετικά προβλήματα (326, 327), η κόπωση (328-330) και ο χρόνιος διάχυτος πόνος (331). Η στενή σύνδεση των ΠΥΥ με την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία ενισχύεται από πορίσματα διαχρονικών μελετών που υποστηρίζουν ότι οι έφηβοι με υψηλούς δείκτες ΠΥΥ (43, 332) ή μεμονομένων συμπτωμάτων (41, 321, 333, 334) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν συναισθηματικά προβλήματα ή/και διαταραχές καθώς μεγαλώνουν. Άλλες διαχρονικές μελέτες έχουν υποστηρίξει την αντίστροφη συσχέτιση, δηλαδή ότι η καταθλιπτική/αγχώδης συμπτωματολογία στην παιδική/εφηβική ηλικία μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση ΠΥΥ στην μετέπειτα ζωή (76, 77, 80, 95, 326, 335-339), ενώ ένας μικρότερος αριθμός μελετών έχει αμφισβητήσει την ύπαρξη συσχέτισης ΠΥΥ και καταθλιπτικής/αγχώδους συμπτωματολογίας (43, 340).

Ιδιαίτερη μνεία οφείλει να γίνει στη διαχρονική μελέτη των Egger και συνεργατών του σε παιδιά 9-16 ετών, οι οποίοι ανέδειξαν τον ρόλο του φύλου στη σχέση συγκεκριμένων μορφών ΠΥΥ και ψυχοπαθολογίας (104). Κατέδειξαν ότι τα ΠΥΥ συνδέονται στενά με την εκδήλωση συναισθηματικών συμπτωμάτων και διαταραχών στα κορίτσια, και με προβλήματα και διαταραχές διαγωγής στα αγόρια. Πιο συγκεκριμένα, τα αγχώδη συμπτώματα και διαταραχές σχετίζονταν με την αναφορά μυοσκελετικών προβλημάτων και με τον συνδυασμό πονοκεφάλου και στομαχόπονου μόνο στον πληθυσμό των κοριτσιών, ενώ τα μυοσκελετικά παράπονα συνδέονταν με την κατάθλιψη και στα δύο φύλα. Σε επόμενες έρευνες η κατάθλιψη φάνηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση πονοκεφάλου μόνο στα έφηβα κορίτσια (341), ενώ τα μυοσκελετικά προβλήματα

συνέχισαν να αποτελούν ισχυρό παράγοντα συσχέτισης με τις συναισθηματικές δυσκολίες και στα δύο φύλα (342, 343). Η διαφαινόμενη τάση των κοριτσιών με ΠΥΥ να υπερτερούν των αγοριών ως προς την εκδήλωση καταθλιπτικής κι αγχώδους συμπτωματολογίας έχει επιβεβαιωθεί –με ελάχιστες εξαιρέσεις (43)– κι από άλλους ερευνητές (80, 344, 345).

Παρόλο που οι διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις των σχετικών μελετών δυσχεραίνουν κάθε απόπειρα να προσδιοριστεί η αλληλεπιδραστική σχέση ΠΥΥ και συναισθηματικών δυσκολιών, ερευνητικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η αύξηση των επιπέδων του ενός αστερισμού συμπτωμάτων αντιστοιχεί σε αύξηση των επιπέδων του άλλου (“dose-response relationship”) (34, 43, 77, 346). Στο πλαίσιο της εφηβικής καταθλιπτικής διαταραχής, οι υψηλοί δείκτες ΠΥΥ έχουν αναφερθεί ως ένδειξη της σοβαρότητάς της κλινικής εικόνας σε επίπεδο διάρκειας, αυτοκτονικού ιδεασμού και ψυχιατρικής συννοσηρότητας (334). Το στοιχείο του αμοιβαίου ποσοτικού ετεροκαθορισμού ΠΥΥ και συναισθηματικών προβλημάτων επισφραγίζει όχι μόνο τη στενή μεταξύ τους συσχέτιση αλλά και την ερευνητική εστίαση στον αριθμό και τη συχνότητα εμφάνισης των ΠΥΥ –σε αντιδιαστολή με εστιασμένα συμπτώματα–, ενισχύοντας την προτεινόμενη θεώρησή τους ως ένα ενιαίο σύνολο ποικιλόμορφων συμπτωμάτων (29, 97).

Η στενή συσχέτιση ΠΥΥ, αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και διαταραχής έχει οδηγήσει στη διατύπωση διαφορετικών αιτιολογικών ερμηνειών. Έχει υποτεθεί ότι η μία κατηγορία συμπτωμάτων προκαλεί ή αυξάνει τις πιθανότητες για την εμφάνιση της άλλης, καθώς η καταθλιπτική διάθεση μειώνει την ουδό αντίληψης του πόνου, ενώ τα σωματικά συμπτώματα δημιουργούν εύφορο έδαφος για την εμφάνιση κατάθλιψης (34, 268). Άλλη θεωρία προτείνει ότι τα ΠΥΥ και οι συναισθηματικές διαταραχές πιθανόν να μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου ή να αποτελούν τις δύο πτυχές μίας κοινής κι ενιαίας ψυχικής διεργασίας (34, 322). Στο πλαίσιο αυτό, σημαντικός είναι ο ρόλος του μηχανισμού ρύθμισης του συναισθήματος και των υποκείμενων διεργασιών (βλ. σελ.58) στην εμφάνιση καταθλιπτικών κι αγχώδων συμπτωμάτων και διαταραχών (231, 249, 250).

Το γυναικείο φύλο, η αυξανόμενη ηλικία, η έναρξη της ήβης, η έκθεση σε δυσχερή γεγονότα ζωής, το οικογενειακό ιστορικό και η συνεσταλμένη–αγχώδης ιδιοσυγκρασία αποτελούν τους καλύτερα τεκμηριωμένους παράγοντες κινδύνου τόσο για την εμφάνιση ΠΥΥ, όσο και για την εκδήλωση συναισθηματικών δυσκολιών. Ωστόσο, νέα δεδομένα από τον χώρο των νευροεπιστημών προσδίδουν νευροβιολογικό υπόβαθρο στη συνδεση των ΠΥΥ με τις συναισθηματικές διαταραχές. Η

εγγύτητα των νευρονικών δομών επεξεργασίας της αίσθησης του πόνου και των αρνητικών συναισθημάτων, ο ρόλος της σεροτονίνης καθώς και ορμονών όπως η κορτιζόλη και η οξυτοκίνη πρόκειται να ανοίξουν νέους ορίζοντες στην προσπάθεια κατανόησης της σταθερής και στενής σχέσης ΠΥΥ, κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής (34, 80).

#### **4.2.7.2 ΠΥΥ και διαταραχές εξωτερίκευσης**

Η σχέση των ΠΥΥ με τα προβλήματα και τις διαταραχές εξωτερίκευσης (“externalizing symptoms and disorders”) έχει μέχρι σήμερα αποτυπωθεί σε σχετικά περιορισμένο αριθμό μελετών που αναφέρουν αντιφατικά, πολλές φορές, συμπεράσματα. Όμοια με τον όρο ΠΥΥ, ο όρος «διαταραχές και συμπτώματα εξωτερίκευσης» περιλαμβάνει ένα αστερισμό συμπτωμάτων με συνηθέστερα την υπερκινητικότητα, τις δυσκολίες στη συμπεριφορά, στις κοινωνικές σχέσεις, στην προσοχή και τη συγκέντρωση, που έχουν προσεγγιστεί ερευνητικά είτε ως ένα ενιαίο σύνολο «εξωτερικευόμενων» συμπτωμάτων, είτε ως επιμέρους κλινικές οντότητες. Στο σύνολό τους οι διαθέσιμες μελέτες διέπονται από τους ίδιους περιορισμούς και μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν τις έρευνες αναφορικά με τα προβλήματα και της διαταραχής «εσωτερίκευσης» (σελ.70), ενώ αρκετές από αυτές επικεντρώνονται στην σχέση των ΠΥΥ με τα προβλήματα συμπεριφοράς.

Ένας σημαντικός αριθμός συγχρονικών και διαχρονικών μελετών έχει υποστηρίξει τη συσχέτιση ανάμεσα στα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων και την αναφορά ΠΥΥ γενικά (39, 77, 82, 337, 345, 347, 348) ή πιο συγκεκριμένα με συμπτώματα πονοκεφάλου (323, 349), στομαχόπνου (350) και μυοσκελετικών προβλημάτων (342). Μελέτες σε μικρότερα παιδιά έχουν δείξει τη σχέση πονοκεφάλου με προβλήματα συμπεριφοράς (351), ενώ άλλες έχουν υποστηρίξει ότι τα προβλήματα συγκέντρωσης ή/και συμπεριφοράς στην προσχολική ηλικία συσχετίζονται με την εμφάνιση πονοκεφάλου κατά τη σχολική ένταξη και την ηλικία των 10 ετών (352). Ωστόσο, παράλληλα με μία μελέτη που έχει καταγράψει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στους δείκτες ΠΥΥ και προβλημάτων συμπεριφοράς σε παιδιά (δηλαδή περισσότερα ΠΥΥ → λιγότερα συμπεριφορικά προβλήματα) (160), έχει αμφισβητηθεί η ύπαρξη –οποιασδήποτε μορφής– συσχέτισης ανάμεσα στα ΠΥΥ και τα προβλήματα συμπεριφοράς (353, 354). Οι δυσκολίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και, σε μεγαλύτερο βαθμό, τα προβλήματα υπερκινητικότητας, προσοχής και συγκέντρωσης έχουν επίσης

σχετιστεί με την εμφάνιση ΠΥΥ στην παιδική κι εφηβική ηλικία (347), και ιδιαίτερα με συχνά επεισόδια πονοκεφάλου (349). Τέλος, ανάλογη σχέση ποσοτικού ετεροκαθορισμού (“dose-response relationship”) με τα ΠΥΥ έχει υποστηριχθεί και για τα συμπτώματα εξωτερίκευσης (39, 77).

Εκπορευόμενα από μελέτες που συνήθως συνεξετάζουν τα συμπτώματα/διαταραχές εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης, ερευνητικά δεδομένα υπογραμμίζουν τον υψηλό επιπολασμό των ανωτέρω συμπτωμάτων/διαταραχών σε παιδιά κι εφήβους με ΠΥΥ και των δύο φύλων (39, 323), ενώ, παράλληλα, κάνουν λόγο και για την ισχυρή επίδραση της συννοσηρότητας τους στους δείκτες αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ (355). Ωστόσο, οι διαφοροποιήσεις ανά φύλο που έχουν καταγραφεί στη σχέση ΠΥΥ και συμπτωμάτων/διαταραχών εξωτερίκευσης δίνουν το προβάδισμα στα αγόρια έναντι των κοριτσιών (80, 342, 345). Στη μελέτη του Egger και των συνεργατών του (104) η αναφορά στομαχόπονων συνδέθηκε με την Εναντιωτική Προκλητική διαταραχή και τη Διαταραχή Ελλειματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και η αναφορά πονοκεφάλων με προβλήματα συμπεριφοράς και υπερκινητικότητας μόνο στα αγόρια. Αντίθετα, σε διαχρονική μελέτη στη Φινλανδία σημειώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα συχνά επεισόδια ναυτίας και έμετου και στα προβλήματα διαγωγής και υπερκινητικότητας (από αξιολογήσεις γονέων και δασκάλων) μόνο στον πληθυσμό των κοριτσιών (82)· παρόλ’ αυτά, δεν έχουν υπάρξει μέχρι στιγμής άλλες μελέτες που να στηρίζουν το παραπάνω συμπέρασμα. Η τάση αγοριών και κοριτσιών με ΠΥΥ να διαφοροποιούνται ως προς τις σύνοδες ψυχικές δυσκολίες ερμηνεύεται κυρίως από την επίδραση κοινωνικοπολιτισμικών παραγόντων και κοινωνικών πιέσεων συμμόρφωσης με τα στερεότυπα των ρόλων στα δύο φύλα (345).

Ανεξαρτήτως φύλου, η αναγωγή της συσχέτισης ΠΥΥ και συμπτωμάτων/διαταραχών εξωτερίκευσης σε αιτιολογικούς μηχανισμούς και θεωρητικά μοντέλα είναι ισχνή σε σχέση με την αντίστοιχη των συμπτωμάτων/διαταραχών εσωτερίκευσης. Παρόλ’ αυτά, λιγοστές μελέτες αναφέρουν ένα υπόστρωμα ψυχικής ευαλωτότητας που συνδέεται στενά με εντονότερη ευαισθησία στα αλγογόνα/στρεσογόνα ερεθίσματα (80), ενώ σε άλλη μελέτη γίνεται λόγος για (δυσ-)λειτουργία στον μηχανισμό της ρύθμισης του συναισθήματος ΠΥΥ (355), με αποτέλεσμα έντονο, συσσωρευμένο συναίσθημα να «εκτονώνεται» μέσω της συμπεριφοράς και των ΠΥΥ (345) (βλ. σελ.59 για τον μηχανισμό ρύθμισης του συναισθήματος). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το μοντέλο που πρότειναν οι Pulkkinen και συνεργάτες (355) αναφορικά με την αιτιολογική ερμηνεία της σύνδεσης



διαταραχών εσωτερίκευσης κι εξωτερίκευσης, ΠΥΥ και μηχανισμού Συναισθηματικής Ρύθμισης. Περιληπτικά, υποστηρίζεται ότι συνδυασμοί των διεργασιών ενίσχυσης και καταστολής του συναισθήματος και της συμπεριφοράς καθορίζουν 4 πρότυπα-εκφράσεις συμπεριφοράς (από το Α ως το Δ): 1. συμπεριφορά με προβλήματα εξωτερίκευσης, που χαρακτηρίζεται από έντονη συναισθηματική διέγερση και ενεργή συμπεριφορά (Τύπος Α), 2. συμπεριφορά με προβλήματα εσωτερίκευσης, με έντονη συναισθηματική διέγερση και αναστολή της συμπεριφοράς (Τύπος Δ), 3. εποικοδομητική συμπεριφορά, που απαρτίζεται από ουδετεροποίηση του συναισθήματος και ενεργοποίηση της συμπεριφοράς (Τύπος Β) και 4. ανεκτική/ενδοτική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από ουδετεροποιημένα συναισθήματα και ανεσταλμένη συμπεριφορά (Τύπος Γ).

Σύμφωνα με το μοντέλο (355), τα προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης στη συμπεριφορά απεικονίζουν χαμηλό αυτοέλεγχο της συναισθηματικής διέγερσης, ενώ αντίθετα, η ενδοτική και εποικοδομητική συμπεριφορά αντανακλά υψηλό συναισθηματικό αυτοέλεγχο. Συγκεκριμένα, ο Τύπος Δ που χαρακτηρίζεται από επίταση του συναισθήματος και αναστολή της συμπεριφοράς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ερμηνεία της στενής σύνδεσης της καταθλιπτικής κι αγχώδους συμπτωματολογίας με τα ΠΥΥ. Επιπροσθέτως, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα με ΠΥΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναστείλουν την συναισθηματική τους έκφραση σε απαιτητικές καταστάσεις, σε σύγκριση με όσους δεν αναφέρουν ΠΥΥ. Παρόλ'αυτά, η αναστολή της συναισθηματικής έκφρασης σε άτομα με υψηλούς δείκτες ΠΥΥ δεν αποτελεί αξίωμα. Τα ΠΥΥ σχετίζονται και με τον μηχανισμό της συναισθηματικής έκφρασης, καθώς παιδιά κι έφηβοι με ΠΥΥ εμφανίζουν προβλήματα εξωτερίκευσης, όπως επιθετική και διαχυτική συμπεριφορά. Κεντρικό, επομένως χαρακτηριστικό της Συναισθηματικής Ρύθμισης στα παιδιά με ΠΥΥ πιθανόν να μην είναι η αναστολή των συναισθημάτων αλλά, αντίθετα η επίτασή τους σε συνδυασμό με χαμηλό αυτοέλεγχο πάνω σε αυτά, που απεικονίζεται στα προβλήματα τόσο εσωτερίκευσης όσο και εξωτερίκευσης. Το μοντέλο αυτό επίσης αναγνωρίζει την ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στα προβλήματα εσωτερίκευσης κι εξωτερίκευσης που, πιθανότατα, μπορεί να ερμηνευθεί βάση της προβληματικής λειτουργίας του μηχανισμού Συναισθηματικής Ρύθμισης και στις δύο κατηγορίες συμπτωμάτων. Η συμβολή των μελετών από τα πεδία της νευροψυχολογίας και της νευροβιολογίας θα είναι καθοριστική για την εις βάθος κατανόηση της σχέσης των ΠΥΥ με τα συμπτώματα και τις διαταραχές εξωτερίκευσης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.

### 4.3 Γνωστικοί Μηχανισμοί

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη μία σύντομη αναφορά στους γνωστικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην αντίληψη των ΠΥΥ, καθώς αυτοί έχουν άμεση σχέση με τις συμπεριφορές που υιοθετούνται για την διαχείρισή τους, όπως οι δεξιότητες αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων που θα αναλυθούν εκτενώς στη συνέχεια.

Ερευνητικές μελέτες σχετικά με τις κλινικές εκδηλώσεις των ΠΥΥ έχουν υποστηρίξει ότι ο ψυχοβιολογικός μηχανισμός της ευαισθητοποίησης συνιστά την κύρια υποκείμενη λειτουργία που προσδίδει υπόσταση στα ΠΥΥ και επεξηγεί τις ατομικές διαφοροποιήσεις στην αντοχή και διαχείρισή τους (6, 284). Ο μηχανισμός της ευαισθητοποίησης αφορά στην αυξημένη απαντητικότητα ενός νευρώνα ή μίας ομάδας νευρώνων, ως αποτέλεσμα της επαναλαμβανόμενης και παρατεταμένης διέγερσής του(ς) και δραστηριοποιείται τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχολογικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Η ευαισθητοποίηση σε σωματικό επίπεδο εκφράζεται ως ενίσχυση των σωματικών αισθήσεων, λόγω της χαμηλής ουδού ενεργοποίησης των νευρώνων που επεξεργάζονται τα αλγογόνα ερεθίσματα και της φθίνουσας αντοχής σε αυτά. Πρόκειται, δηλαδή, για την αυξημένη οργανική ευαισθησία στα ερεθίσματα σωματικής ενόχλησης λόγω προηγούμενων επαναλαμβανόμενων εμπειριών (10). Σε ψυχολογικό επίπεδο, η διεργασία της ευαισθητοποίησης περιλαμβάνει την ενεργοποίηση γνωστικών λειτουργιών με προεξέχουσες την προσοχή και τη μνήμη, και γι αυτό το λόγο ταυτίζεται με τις διαδικασίες της γνωστικής διαστρέβλωσης ή διαστρέβλωσης της προσοχής (“cognitive/attentional bias”), οι οποίες αφορούν στην επιλεκτική επεξεργασία πληροφοριών/ερεθισμάτων υψηλής προτεραιότητας για το άτομο.

Σχηματικά, η πλειοψηφία των ανθρώπινων σωματικών λειτουργιών διεξάγεται ασυνείδητα μέσω σχεδόν αυτοματοποιημένων μηχανισμών. Για κάποιους ανθρώπους, τα σωματικά ερεθίσματα που υποδηλώνουν πόνο ή ενόχληση γίνονται ευκολότερα αισθητά (μέσω της εμπλοκής του μηχανισμού ευαισθητοποίησης και άλλων παραγόντων). Στη συνέχεια, γνωστικές διεργασίες «φιλτράρουν» το σύνολο των σωματικών αισθήσεων και επιλέγουν ποιά από αυτά θα αποτελέσουν αντικείμενο συνειδητής γνωστικής επεξεργασίας. Μέσω του μηχανισμού γνωστικής ευαισθητοποίησης, τα ερεθίσματα σωματικής ενόχλησης επιλέγονται ως πιθανές πηγές στρες για ενδεδειγμένη επεξεργασία, με αποτέλεσμα το άτομο να επικεντρώνει την προσοχή του σε αυτά (attentional bias). Η επαναλαμβανόμενη επιλεκτική προσοχή σε τέτοιου τύπου ερεθίσματα αυξάνει

την αίσθηση του πόνου/ενόχλησης και ενισχύει τη μνημονική τους καταγραφή και αποθήκευση. Η εκτενής μνημονική καταγραφή τέτοιου τύπου αισθήσεων συμβάλλει στη δημιουργία και εδραίωση σχετικών γνωστικών σχημάτων, τα οποία αποτελούν το σύνολο των πεποιθήσεων, ερμηνειών και προσδοκιών που έχουν συνδεθεί και ενεργοποιούνται από τις συγκεκριμένες σωματικές αισθήσεις. Στην περίπτωση των ΠΥΥ, τα γνωστικά αυτά σχήματα αφορούν συνήθως στην απόδοση αρνητικού νοήματος στο σωματικό μήνυμα (πχ. έντονη ανησυχία, καταστροφικές σκέψεις) και σε αρνητικές πεποιθήσεις για την ικανότητα του ατόμου να διαχειριστεί με επιτυχία το σύμπτωμα. Τα γνωστικά αυτά σχήματα τροφοδοτούν τη συμπεριφορά διαχείρισης των ΠΥΥ που υιοθετείται από το άτομο, συμβάλλοντας στην υιοθέτηση αναποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισής τους (βλ. την υποενότητα που ακολουθεί), που με τη σειρά τους οδηγούν στη συνέχιση της δυσφορίας του ατόμου. Δημιουργείται, επομένως, μία σύνδεση ανάμεσα στις σωματικές και γνωστικές διεργασίες και στην εκφραζόμενη συμπεριφορά που λειτουργεί ως κύκλος ανατροφοδότησης των ΠΥΥ.

#### **4.4 Coping: Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων**

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής ευεξίας όταν οι περιστάσεις, κατά την κρίση του ατόμου, είναι φορτικές ή υπερβαίνουν τα αποθέματά του (356). Σύμφωνα με τον πλέον διαδεδομένο ορισμό των Lazarus και Folkman, οι στρατηγικές αυτές συνιστούν γνωστικούς και συμπεριφορικούς τρόπους που χρησιμοποιεί το άτομο προκειμένου να διαχειριστεί τις εξωτερικές ή εσωτερικές απαιτήσεις που επιφέρουν οι στρεσογόνες καταστάσεις (357). Ο Compas και οι συνεργάτες του προσέθεσαν ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αφορούν «στη συνειδητή και εκούσια προσπάθεια να ρυθμιστούν οι συναισθηματικές, γνωστικές, οργανικές και συμπεριφορικές συνιστώσες καθώς και το περιβάλλον που πλαισιώνουν τις καταστάσεις που βιώνονται ως στρεσογόνες» (358). Προϋπόθεση των στρατηγικών είναι η γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης, δηλαδή, η διαδικασία αξιολόγησης α) της ίδιας της περιστασης ως απειλητική/απαιτητική (πρωτογενής εκτίμηση) και β) της αντιλαμβανόμενης δυνατότητας του ατόμου για δράση και των συνεπειών της (δευτερογενής εκτίμηση) (359).

Καθώς οι στρατηγικές αντιμετώπισης αφορούν σε ένα ευρύ φάσμα τρόπων που χρησιμοποιεί το άτομο συνειδητά ενόψει στρεσογόνων καταστάσεων, ο καθορισμός των δομικών τους στοιχείων

και διαστάσεων έχει αποτελέσει πρόκληση ανάμεσα στους ερευνητές κι έχει προκαλέσει διαφορές στη σχετική ορολογία. Τα προτεινόμενα συστήματα κατάταξης βασίζονται στους εξής άξονες: α) στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα (διαχείριση του εκλούμενου συναισθήματος) ≠ στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (διαχείριση της κατάστασης), β) ενεργητικές στρατηγικές (έλεγχος της κατάστασης/συμπεριφοράς/συναισθήματος) ≠ παθητικές στρατηγικές (αποφυγή, απόσυρση), γ) στρατηγικές προσέγγισης (του προβλήματος) ≠ στρατηγικές αποφυγής (αντίστοιχες με τις παραπάνω), και δ) συνδυασμό αυτών, δηλαδή, στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα ≠ στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα ≠ στρατηγικές αποφυγής (360).

Ενδεικτικές στρατηγικές που συναντώνται συχνά στη βιβλιογραφία είναι η συναισθηματική αποστασιοποίηση, η αυτοκατηγορία, η απομόνωση, η θετική αναπλαισίωση, η απόσπαση της προσοχής, η αυτοχαλάρωση, ο σχεδιασμός, η αναζήτηση πληροφοριών, η επιθετική/παρορμητική αντιμετώπιση, το χιούμορ, η αισιόδοξη στάση, η αναζήτηση υποστήριξης και η αποφυγή (τόσο του στρεσογόνου ερεθίσματος όσο και σκέψεων/συναισθημάτων σχετικών με αυτό) (361). Ιδιαίτερα σημαντική θέση στη βιβλιογραφία των ΠΥΥ έχει η στρατηγική των καταστροφικών κι επαναλαμβανόμενων σκέψεων. Οι καταστροφικές σκέψεις αναφορικά με τα σωματικά συμπτώματα (πόνου ή ενόχλησης) αποτελούν έκφραση της ευρύτερης τάσης του ατόμου να αποδίδει αυξημένη προσοχή και ανησυχία στα σωματικά του ερεθίσματα (βλ. κεφ. 4.3 για την σύνδεση της γνωστικής ευαισθητοποίησης με τα γνωστικά σχήματα που σχετίζονται με την υγεία). Οι καταστροφικές σκέψεις αναφορικά με τον πόνο έχουν βρεθεί να ενισχύουν την αίσθηση του πόνου, να επιτείνουν την απώλεια ικανοτήτων λόγω του πόνου, να διατηρούν την αίσθηση απειλής και να δυσχεραίνουν την επιτυχή διαχείριση του συμπτώματος και την ανακούφιση του ατόμου (362).

Η Walker και οι συνεργάτες της πρότειναν ένα μοντέλο κατηγοριοποίησης των στρατηγικών αντιμετώπισης –με αναγωγές στις μορφές προσκόλλησης– ειδικά για παιδιά κι εφήβους με χρόνιο πόνο στο στομάχι (363), που αποδείχθηκε εφαρμόσιμο και για παιδιατρικό πληθυσμό με διάφορους χρόνιους πόνους (με οργανική και μη αιτιολογία) (364). Το μοντέλο αυτό εισηγείται ξεχωριστά προφίλ αντιμετώπισης του πόνου που αντιστοιχούν σε διαφορετικές στρατηγικές και σε διαφορετικό επίπεδο ψυχικής και σωματικής δυσφορίας. Τα προφίλ αυτά διαμορφώθηκαν ανάλογα με την κατάταξη των παιδιών σε δύο άξονες: την προσπάθεια υπεροχής (στον πόνο) και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που εμπίπτουν στο αποφευκτικό προφίλ (avoidant) εκτιμούν ότι ο πόνος

είναι σοβαρός και υπερβαίνει τις δυνατότητές τους, επομένως αντιδρούν με επαναλαμβανόμενες καταστροφικές σκέψεις και παραίτηση, χωρίς να μοιράζονται με κάποιον την κατάστασή τους. Τα άτομα «εξαρτημένου» προφίλ (dependent) μοιράζονται τις ίδιες αντιλήψεις για τον πόνο κι επίσης καταστροφολογούν αλλά σε μια ευρύτερη προσπάθεια αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης. Τα άτομα «ανεξάρτητου» προφίλ (independent) προβαίνουν σε ενέργειες διαχείρισης κυρίως της ψυχικής τους δυσφορίας (αυτο-ενίσχυση, αποδοχή, ελαχιστοποίηση του πόνου), και υπομένουν στωικά και ιδιωτικά τον πόνο. Παρομοίως, στην κατηγορία του «προφίλ δέσμευσης ή εμπλοκής» (engaged) εμπίπτουν άτομα που προσπαθούν να ελέγξουν τον πόνο αλλά αναζητούν κοινωνική υποστήριξη για να τα καταφέρουν.

Παρότι υπάρχει έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον για την επίδραση των στρατηγικών αντιμετώπισης στην σωματική και ψυχική υγεία, λίγες είναι οι μελέτες που επικεντρώνονται στην συμβολή τους στην ψυχοσωματική υγεία, στους δείκτες υποκειμενικής υγείας και στα ΠΥΥ πιο συγκεκριμένα, πόσω μάλλον στην ιδιαίτερη ηλικιακή περίοδο της εφηβείας. Ένα γενικό συμπέρασμα είναι ότι «όσο μεγαλύτερος είναι ο αναφερόμενος βαθμός του στρες και οι προσπάθειες να αντιμετωπιστεί, τόσο πιο αδύναμη είναι η σωματική υγεία και τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα για ψυχολογικά συμπτώματα. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση της κυριαρχίας στην κατάσταση, τόσο καλύτερη είναι η σωματική και ψυχική υγεία» (227). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη σχέση των ΠΥΥ με τις στρατηγικές αντιμετώπισης βασίστηκε, κατά κυριο λόγο, σε μελέτες εστιασμένες σε επαναλαμβανόμενα, ιατρικώς μη ερμηνευόμενα, επεισόδια πονοκέφαλου και στομαχόπνου σε παιδιά κι εφήβους και σε μελέτες για χρόνιο, ιατρικώς μη ερμηνευόμενο πόνο όπου ο πόνος ή το σύμπτωμα αντιπροσωπεύει το στρεσογόνο ερέθισμα.

Τόσο η Walker (που εισηγήθηκε το εξειδικευμένο μοντέλο που προαναφέρθηκε) όσο και ο Claar με τους συνεργάτες τους βρήκαν ότι τα άτομα αποφευκτικού προφίλ είχαν τα περισσότερα σωματικά συμπτώματα και τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Στον αντίποδα βρίσκονταν τα άτομα που ανήκαν στο προφίλ δέσμευσης, που αποδείχθηκε η ανθεκτικότερη ομάδα σε όλες τις κατηγορίες συμπτωμάτων (363, 364). Στο ίδιο εύρημα αναφορικά με τη σύνδεση των στρατηγικών αποφυγής και τα ΠΥΥ κατέληξαν κι άλλοι ερευνητές χρησιμοποιώντας άλλους τύπους κατηγοριοποίησης (255, 365). Η καταστροφολογία και η απομόνωση έχουν επίσης τεκμηριωθεί ως ισχυροί παράγοντες συσχέτισης με τα ΠΥΥ, καθώς κι άλλες «παθητικές» ή στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα όπως η

αυτοκατηγορία, η κατηγορία άλλων και οι «ευσεβείς πόθοι» (“wishful thinking”) (255, 264, 366). Η άρνηση, ο μηρυκασμός των (καταστροφικών/αρνητικών) σκέψεων και η παραίτηση έχουν συνδεθεί με υψηλότερα επίπεδα ΠΥΥ, κατάθλιψης κι άγχους (366-368).

Σε γενικές γραμμές, λοιπόν, τα παιδιά με παράπονα χρόνιου πόνου χρησιμοποιούν λιγότερες σε αριθμό και μικρότερης αποτελεσματικότητας στρατηγικές αντιμετώπισης και δηλώνουν ότι δεν μπορούν να ασκήσουν έλεγχο σε πολλές πτυχές των συμπτωμάτων τους (369). Το φύλο συνιστά παράγοντα που επηρεάζει την επιλογή στρατηγικών, με τα κορίτσια να καταφεύγουν σε περισσότερες «συναισθηματικές» στρατηγικές – συμπεριλαμβανομένης της αναζήτησης κοινωνικής στήριξης – από τα αγόρια, που φαίνεται να προτιμούν πρακτικές επίλυσης του προβλήματος ή να προβαίνουν σε παρορμητικές συμπεριφορές (370). Δεν θα πρέπει, άλλωστε, να λησμονείται ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αναπτύσσονται αναφορικά με μία συγκεκριμένη στρεσογόνα κατάσταση μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον. Στην κατεύθυνση αυτή κινείται η νέα, σχετικά, τάση στη μελέτη των στρατηγικών αντιμετώπισης που υποστηρίζει την εκτίμησή τους στο πλαίσιο συγκεκριμένων περιστάσεων, (πχ. ΠΥΥ στο σχολείο) σε αντιδιαστολή της ευρείας αποτίμησής τους (366).

## **4.5 ΠΥΥ και Συμπεριφορές που σχετίζονται με την Υγεία**

### **4.5.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας**

Η σχέση των ΠΥΥ ή των ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων<sup>14</sup> με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας έχει απασχολήσει τους ερευνητές σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Δεδομένα από μελέτες σε ενήλικες δείχνουν ότι τέτοιου τύπου συμπτώματα αποτελούν το 10–33% των συμπτωμάτων που αντιμετωπίζει ο γενικός γιατρός στο πλαίσιο πρωτοβάθμιων δομών υγείας και το 35-53% των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς στα εξωτερικά, εξειδικευμένα ιατρεία (371). Οι Nimnuan, Hotopf και Wessely σε επιδημιολογική μελέτη ενηλίκων σε 7 κλινικές του ίδιου νοσοκομείου τόνισαν ότι η αναλογία των ασθενών που δεν λαμβάνουν μία ξεκάθαρη ιατρική

---

<sup>14</sup> Η βιβλιογραφία αναφορικά με την σχέση των ΠΥΥ και τη χρήση Υπηρεσιών Υγείας περιλαμβάνει, κατά πλειοψηφία, μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε πληθυσμό ενηλίκων και αφορούν κυρίως συμπτώματα που χαρακτηρίζονται «ιατρικώς μη ερμηνεύσιμα», «λειτουργικά» ή «ιατρικώς μη ερμηνεύσιμα σωματικά παράπονα».

αιτιολογία για τα συμπτώματά τους κυμαίνεται ανάμεσα στο  $\frac{1}{3}$  –  $\frac{2}{3}$  του συνολικού πληθυσμού των ασθενών (372).

Τα άτομα με συμπτώματα ασαφούς αιτιολογίας, μάλιστα, αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που έχουν συχνή παρουσία στα εξωτερικά ιατρεία (373), εύρημα που επιβεβαιώνεται και σε βάθος χρόνου από διαχρονική μελέτη (374). Ωστόσο, πρόσφατη μελέτη των Hansen και συνεργατών (2011) έδειξε ότι δύο χρόνια μετά τη διάγνωση των ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων, τα συμπτώματα αυτά συσχετίστηκαν με την αύξηση του κόστους φροντίδας αλλά όχι με την αύξηση της χρήσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας (375). Από την άλλη μεριά, ο Barsky και οι συνεργάτες του κατέγραψαν περίπου διπλάσιο ετήσιο ιατρικό κόστος και διπλάσια χρήση εξω- και ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων χωρίς οργανική αιτιολογία, ακόμη και με στατιστικό έλεγχο της συννοσηρότητας με σωματικές ή ψυχικές διαταραχές (376).

Η υψηλή συχνότητα ακόμη κι ενός μόνο ασαφούς συμπτώματος έχει βρεθεί να συνδέεται με ιατρικές επισκέψεις κατά τη διάρκεια του χρόνου, οι οποίες αυξάνονται με την αύξηση της συχνότητας και της ποσότητας των συμπτωμάτων (25). Πιο συγκεκριμένα, ενήλικες που ανέφεραν 6 – 10 ασαφή συμπτώματα είχαν 46% περισσότερες πιθανότητες να επισκεφθούν τον γιατρό τους συγκριτικά με όσους είχαν λιγότερες ενοχλήσεις, ιδιαίτερα αν ανάμεσα στα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνονταν και συμπτώματα νευρικότητας/ανησυχίας και κατάθλιψης (377). Επιπλέον, διαφορετικά συμπτώματα ανεξιχνίαστης αιτιολογίας έχουν αναφερθεί να συνδέονται με επισκέψεις σε διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες. Τα παράπονα άγχους, κατάθλιψης και κόπωσης/εξάντλησης σχετίζονται με επισκέψεις σε ψυχιάτρους και νευρολόγους (378) και τα συμπτώματα ιατρικώς ανεξήγητου πόνου, ναυτίας και νευρικότητας συνδέονται με αυξημένη χρήση υπηρεσιών εναλλακτικής ιατρικής (πχ. χειροπράκτορες, βελονιστές, κά.), πιθανόν λόγω της ματαιώσης των πασχόντων από την αποτυχία της κλασσικής ιατρικής να αντιμετωπίσει με επιτυχία τα συγκεκριμένα συμπτώματα (377).

Οι λιγοστές, σχετικές μελέτες σε παιδιατρικό πληθυσμό παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα με τα αντίστοιχα των ενηλίκων. Η ανασκόπηση των Campo και Fritz υπογράμμισε τη συχνή αναφορά περισσότερων του ενός ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων στον παιδίατρο που συνήθως οδηγούν σε αύξηση των ιατρικών επισκέψεων και εξετάσεων (165). Επόμενη μελέτη του

Campo και συνεργατών του (353) τόνισε τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στα συχνά παράπονα πόνου, την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, τα ιατρικώς μη ερμηνευόμενα συμπτώματα και την χρήση υπηρεσιών υγείας. Η έρευνα της Strine και συνεργατών (323) σε παιδιά με συχνά και σοβαρά επεισόδια πονοκέφαλου έδειξε ότι τα παιδιά αυτά είχαν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες να επισκεφθούν ειδικούς διαφόρων ειδικοτήτων σε σύγκριση με συνομηλικούς τους χωρίς πονοκεφάλους. Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και από την Walker και τους συνεργάτες της οι οποίοι συνέκριναν τη χρήση υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε παιδιά με συχνά επεισόδια στομαχόπονων και τους υγιείς συνομηλικούς τους (379). Στη μελέτη των Roth-Isigkeit και συνεργατών (86) φάνηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με συμπτώματα στομαχικού πόνου και πόνου στην πλάτη ή στα άκρα ανέφεραν περισσότερες ιατρικές επισκέψεις σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους που υπέφεραν από πονοκεφάλους. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, η χρήση των υπηρεσιών υγείας έτεινε να αυξάνεται με την αύξηση της έντασης και διάρκειας του συμπτώματος καθώς και με την πάροδο της ηλικίας. Σημαντική, τέλος, είναι η συμβολή του Hotorf και των συνεργατών του (46) που έδειξαν ότι η συχνή παρουσία στομαχόπονων κατά την παιδική ηλικία συσχετίστηκε με τους υψηλούς δείκτες νοσηλειών λόγω ΠΥΥ σε νοσοκομεία κατά τη διάρκεια των εφηβικών κι ενήλικων χρόνων (15-43 έτη).

#### **4.5.2 Χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων**

Η χρήση φαρμάκων από τους εφήβους αποτελεί ένα φαινόμενο που απασχολεί ολοένα και περισσότερο τους ειδικούς Δημόσιας Υγείας, πιθανόν λόγω της διαφαινόμενης παγκόσμιας τάσης για αυξημένη χρήση και κατάχρηση των νόμιμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων από την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα (380). Επιπλέον, μελέτες που συνδέουν την εκτεταμένη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση κοινών συμπτωμάτων, όπως ο πονοκέφαλος και ο στομαχόπονος, με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία υποστηρίζουν ότι οι τρεις αυτές συμπεριφορικές εκδηλώσεις αντανακλούν μορφές πειραματισμού και κατάχρησης ουσιών (380-382) που, συνήθως, προεκτείνονται και στην ενήλικη ζωή (383).

Αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει την αυτοαναφορά ΠΥΥ με την χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπισή τους, με τις περισσότερες μελέτες να επικεντρώνονται στα υποκειμενικά συμπτώματα πονοκέφαλου, στομαχόπονου, προβλημάτων ύπνου και νευρικότητας (382, 384). Παρόλο που οι μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις των μελετών δυσχεραίνουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων τους,



μπορεί να υπογραμμιστεί με ασφάλεια το κοινό πόρισμα που υποστηρίζει την ύπαρξη ισχυρής, θετικής συσχέτισης ανάμεσα στη συχνότητα, ποσότητα, διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων και τη χρήση φαρμάκων (384). Η διακρατική μελέτη HBSC σε 19 χώρες τόνισε ότι η χρήση φαρμάκων μπορεί να αντανakλά τη σοβαρότητα ή την εβδομαδιαία επιβάρυνση των εφήβων από τα συμπτώματά τους (33), ενώ άλλη μελέτη σε Γερμανικό πληθυσμό παιδιών κι εφήβων έκανε λόγο για αυξανόμενη ένταση και διάρκεια των συμπτωμάτων (86).

Η μελέτη των Due και συνεργατών (2007) προσέθεσε στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία ένα ακόμη εύρημα ιδιαίτερης σημασίας για τον εφηβικό πληθυσμό: η θυματοποίηση των εφήβων στο σχολείο συνδέθηκε τόσο με την αύξηση των ΠΥΥ όσο και με την αυτοαναφερόμενη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, ακόμη κι όταν το επίπεδο των συμπτωμάτων διατηρήθηκε σταθερό μέσω στατιστικών δοκιμασιών. Φάνηκε, επομένως, ότι η χρήση φαρμάκων για συγκεκριμένα συμπτώματα μπορεί να αντανakλά την προσπάθεια των παιδιών να ανταπεξέλθουν σε στρεσογόνα γεγονότα ή να διαχειριστούν στεσογόνους παράγοντες της καθημερινότητάς τους (385). Παρόμοιο συμπέρασμα διατυπώθηκε και από τους Koushede και συνεργάτες (2010) σε μελέτη σε πληθυσμό ενηλίκων 25-44 ετών, υποστηρίζοντας την άμεση σχέση ανάμεσα στο αντιλαμβανόμενο στρες και τη χρήση φαρμάκων για τον πονοκέφαλο. Η Αίσθηση Συνεκτικότητας του ατόμου φάνηκε ότι διαμεσολαβεί στην ανωτέρω συσχέτιση (386).

Παράλληλα, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έφερε στο φως μερικά επιπλέον, κοινά συμπεράσματα. Ο πονοκέφαλος αναδείχθηκε το συχνότερα αναφερόμενο σύμπτωμα που συσχετίζεται με τη συχνότερη λήψη φαρμάκων (385). Μελέτες αναφορικά με τη χρήση φαρμάκων για τον πονοκέφαλο έδειξαν ότι η συστηματική λήψη φαρμάκων σε οποιαδήποτε περίοδο της εφηβείας αυξάνει τις πιθανότητες για αυξημένη χρήση των ίδιων σκευασμάτων κατά την ενήλικη ζωή (387). Παράλληλα, αυξημένες πιθανότητες για χρήση φαρμάκων κατά του πονοκεφάλου εμφάνισαν οι έφηβοι που ανέφεραν εβδομαδιαία συμπτώματα πονοκεφάλου και είχαν χαμηλά σκορ στην κλίμακα της Αίσθησης Συνεκτικότητας (“Sense of Coherence”) σε σχέση με τους συνομήλικούς τους με ίδια συχνότητα πονοκεφάλου αλλά υψηλότερα σκορ στην κλίμακα Αίσθησης Συνεκτικότητας (388). Επιπλέον, η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση κοινών συμπτωμάτων φάνηκε να σχετίζεται με την ευκολία στην προσβασιμότητά τους, δίνοντας έμφαση στο ρόλο των γονιών και άλλων σημαντικών προσώπων από το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου που μπορούν να επηρεάσουν την

πληροφόρηση και πρόσβασή του στα φαρμακευτικά σκευάσματα (389). Τέλος, τα κορίτσια υπερίσχυσαν των αγοριών στη λήψη φαρμάκων, με προεξέχον σύμπτωμα τον στομαχόπονο –πιθανότατα λόγω εμμήνου ρύσεως– και η τάση αυτή φάνηκε να αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας (από 11 στα 15 χρόνια) (382). Παρόλο που τα αγόρια εμφάνισαν ελαφρώς αυξημένους δείκτες χρήσης φαρμάκων για τη νευρικότητα στην πρώιμη εφηβεία, η χρήση τους μειώθηκε και για τα δύο φύλα από τα 11 μέχρι τα 15 τους χρόνια, με τα κορίτσια να ξεπερνούν τελικά τα αγόρια στην χρήση και των συγκεκριμένων σκευασμάτων (385).

### **4.5.3 Χρήση νόμιμων και μη ουσιών και παραβατική συμπεριφορά**

#### **4.5.3.1 Κάπνισμα**

Η έναρξη της χρήσης ουσιών γίνεται συνήθως στην εφηβεία με πρώτες ουσίες δοκιμής το αλκοόλ και τον καπνό. Η πρώιμη έναρξη των ουσιών αυτών συνήθως σηματοδοτεί την επέκταση της χρήσης τους κατά την ενήλικη ζωή και συχνά αποτελεί οινικό πειραματισμού με άλλες παράνομες ουσίες, και κυρίως την κάνναβη (390). Η χρήση ουσιών στην εφηβεία επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των νέων και γι αυτό κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η πρόληψη της πρόωρης χρήσης τους. Ωστόσο, τα δεδομένα από τη χώρα μας είναι κάθε άλλο παρά ικανοποιητικά. Αναφορικά με το κάπνισμα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πανευρωπαϊκού Προγράμματος ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) (390) που πραγματοποιήθηκε το 2011 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων 14-18 ετών, ένας στους 7 εφήβους καπνίζει τουλάχιστον ένα τσιγάρο καθημερινά κι ένας στους 5 έχει καπνίσει μέσα στον τελευταίο μήνα, με τα αγόρια να καπνίζουν σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια.

Οι καπνιστικές συνήθειες των εφήβων έχουν συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα δεικτών υποκειμενικής και ψυχικής υγείας, μεταξύ των οποίων η ευρύτερη ψυχοσωματική υγεία και η αναφορά ΠΥΥ. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι τα ΠΥΥ συνδέονται με τις καπνιστικές συνήθειες των εφήβων, ιδιαίτερα των μεγαλύτερων ηλικιών (391, 392), καθώς και με μεμονωμένα συμπτώματα, όπως ο πονοκέφαλος (393), ο στομαχόπονος και πονοκέφαλος (345, 394). Η μελέτη των Bottello' και συνεργατών (35) σε δείγμα 13.339 εφήβων γυμνασίου και λυκείου υπογράμμισε την συχνότερη αναφορά ΠΥΥ από τους εφήβους που καπνίζουν τόσο καθημερινά όσο και περιστασιακά σε σχέση με τους μη καπνιστές. Πιο αναλυτικά, μεγαλύτερες πιθανότητες για καθημερινό κάπνισμα σημειώθηκαν

για τους εφήβους (αγόρια και κορίτσια) που παραπονιούνται για συχνά επεισόδια ενοχλήσεων στην πλάτη, ευερεθιστότητας και δυσκολιών ύπνου. Παρατηρήθηκαν, μάλιστα, διαφυλικές διαφορές στην συσχέτιση του καπνίσματος με συγκεκριμένα ΠΥΥ: οι πιθανότητες καθημερινού καπνίσματος ήταν μεγαλύτερες για τα αγόρια που παραπονιούνταν για συχνούς πόνους στην πλάτη και ζαλάδες, ενώ στα κορίτσια οι αντίστοιχες πιθανότητες αυξάνονταν όταν δήλωναν συχνότερα επεισόδια στομαχόπνου, πονοκεφάλου και ενοχλήσεων στην πλάτη.

Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν και από την Ghandour και τους συνεργάτες της (87) που έδειξαν ότι τα έφηβα κορίτσια που καπνίζουν με –τουλάχιστον– εβδομαδιαία συχνότητα είχαν 1.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να παραπονεθούν για συχνούς πονοκεφάλους, στομαχόπνους, πόνους στην πλάτη και πρωινή κόπωση σε σχέση με τις μη καπνίστριες συνομήλικές τους. Αντίθετα, σε Φινλανδική μελέτη φάνηκε ότι το κάπνισμα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση σωματικών παραπόνων μόνο στον πληθυσμό των αγοριών (40), ενώ άλλη μελέτη υποστήριξε την απουσία συσχέτισης ανάμεσα στο κάπνισμα και τα παράπονα για διάχυτες ενοχλήσεις στην πλάτη σε εφήβους 13–15 ετών (395).

#### **4.5.3.2 Αλκοόλ**

Η χρήση αλκοόλ έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τους ερευνητές στο πλαίσιο της περιστασιακά υπερβολικής κατανάλωσης που, σύμφωνα με το Πανευρωπαϊκό Πρόγραμμα ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), έχει οριστεί ως η κατανάλωση 5 και περισσότερων αλκοολούχων ποτών στη σειρά (390). Το ερευνητικό πρόγραμμα ESPAD έδειξε ότι έξι στους δέκα εφήβους στην Ελλάδα ήπιαν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό μέσα στον τελευταίο μήνα, ενώ το 45% περίπου των εφήβων 15-19 ετών ανέφεραν ότι κατανάλωσαν 5 και περισσότερα ποτά σε ένα βράδυ, με τα αγόρια να ξεπερνούν ποσοτικά τα κορίτσια (390). Πληθώρα μελετών υποστηρίζει ότι οι έφηβοι που προβαίνουν σε υπερβολική χρήση αλκοόλ στις βραδινές τους εξόδους έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΠΥΥ<sup>15</sup> σε σύγκριση με συνομηλικούς τους που απέχουν από ή καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά με μέτρο (392, 396), όπως επίσης έχει υποστηριχθεί και η

---

<sup>15</sup> Στην πλειοψηφία των μελετών αναφορικά με το αλκοόλ, τα ΠΥΥ έχουν οριστεί ως προς την σωματική τους διάσταση είτε ως «σωματικά συμπτώματα» (“somatic/physical symptoms”), είτε ως «συμπτώματα πόνου/έντασης» (“pain/tension symptoms”).

αντίστροφη συσχέτιση, ότι, δηλαδή, οι έφηβοι με ΠΥΥ έχουν αυξημένες πιθανότητες να καταναλώσουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ (397). Έχει, μάλιστα, αναφερθεί ότι η αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με αύξηση και στα αυτοαναφερόμενα συμπτώματα (87, 398), καθώς και ότι η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία σχετίζεται με την εμφάνιση ΠΥΥ στην ενήλικη ζωή (399, 400). Κάποιες μελέτες έχουν σημειώσει ότι η συσχέτιση ΠΥΥ και υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ισχύει μόνο για τον πληθυσμό των κοριτσιών (401, 402). Τέλος, δύο διαχρονικές μελέτες σε γενικό πληθυσμό εφήβων (13-15 ετών στη Φινλανδία και 13-16 ετών στον Καναδά) τόνισαν την έλλειψη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στα ΠΥΥ στην εφηβεία και στην υπερβολική κατανάλωση και στην κατάχρηση αλκοόλ μετά από 5 και 4 χρόνια αντιστοίχως (403, 404).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι παρόλο που στη σχετική με τα ΠΥΥ βιβλιογραφία κάπνισμα και αλκοόλ εξετάζονται ξεχωριστά, ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο αποτελεί η συνδυαστική χρήση καπνού και αλκοόλ. Η συνδυαστική χρήση αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας καθιστώντας τους εφήβους αυτούς ευάλωτους σε δυσμενείς ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (405). Η σχέση των ΠΥΥ και κατανάλωσης καπνού και αλκοόλ έχει ερμηνευθεί ως έκφραση μη λειτουργικής διαχείρισης του στρες που επιφέρουν οι πολλαπλές προκλήσεις και μεταβάσεις της εφηβικής ηλικίας («ανακουφιστική χρήση») (406), ως απόρροια δυσλειτουργίας του μηχανισμού Συναισθηματικής Ρύθμισης (407), καθώς και ως αποτέλεσμα της επιρροής κοινών ψυχολογικών παραγόντων όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αρνητική συγκίνηση, ο νευρωτισμός και η ανασφαλής προσκόλληση (408).

#### **4.5.3.3 Χρήση ουσιών και παραβατική συμπεριφορά**

Έχει υποστηριχθεί ότι το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ συσχετίζονται άμεσα και με άλλες συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία (όπως η χρήση κάνναβης και άλλων παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, η πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα, η έλλειψη φυσικής άσκησης, η οδήγηση χωρίς μέτρα ασφαλείας, η ανθυγιεινή διατροφή κ.ά.), δημιουργώντας ένα σύμπλεγμα προβληματικών συμπεριφορών (405). Η έρευνα των Kemppainen και συνεργατών (408) ταξινόμησε συνδυαστικά το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και τη σεξουαλική δραστηριότητα σε 4 κατηγορίες ανάλογα με την ηλικία πειραματισμού με τις συγκεκριμένες συμπεριφορές ως «καθόλου/όψιμος πειραματισμός», «μέσος χρονολογικά πειραματισμός», «πρόωρος πειραματισμός» και «παιδικός πειραματισμός» κι έδειξε ότι τόσο τα ψυχοσωματικά προβλήματα όσο και οι κακές

διατροφικές συνήθειες και η χρήση ουσιών ήταν συχνότερη στους εφήβους που συγκαταλέγονταν στις κατηγορίες του «παιδικού» και «πρώου» πειραματισμού.

Επί προσθέτως, η έρευνα των Simpson και συνεργατών (409) έφερε στο φως κάποια πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Μελέτησαν τη συσχέτιση της ψυχολογικής και σωματικής διάστασης των ΠΥΥ με τη διαβίου χρήση κάνναβης και άλλων παράνομων ουσιών, τη διαβίου μέθη από αλκοόλ, την παρούσα καπνιστική συμπεριφορά και την πρόσφατη σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προφύλαξη τόσο ως ξεχωριστές μεταβλητές όσο και σε συνδυασμό σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων 13–15 ετών. Βρέθηκε ότι οι ανωτέρω συμπεριφορές κινδύνου, μεμονωμένα αλλά και συνδυαστικά, συσχετίζονταν με επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ, με τους εφήβους που εμπλέκονταν συχνά στις προαναφερόμενες συμπεριφορές κινδύνου να έχουν από 2 έως 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ΠΥΥ.

Οι ουσίες και οι συμπεριφορές εκτός νόμου και οι σχέσεις τους με την αυτοαναφορά ΠΥΥ έχουν μελετηθεί πολύ λιγότερο από την επιστημονική κοινότητα συγκριτικά με τις νόμιμα διακινούμενες ουσίες. Η χρήση κάνναβης, ως η πρώτη παράνομη ουσία με την οποία έρχονται συνήθως σε επαφή οι έφηβοι (390), κυριαρχεί στην σχετική βιβλιογραφία κι έχει καταγραφεί η αρνητική της συσχέτιση με τον δείκτη υποκειμενικής υγείας (201). Οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν την σχέση ανάμεσα στη χρήση κάνναβης και τα προβλήματα ψυχικής υγείας συγκλίνουν στο γενικό συμπέρασμα ότι η ψυχική δυσφορία, είτε πρόκειται για διαταραχές συναισθήματος είτε για διαταραχές συμπεριφοράς, συσχετίζεται θετικά με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών [βλ. ενδεικτικά (410)].

Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαναφορά ΠΥΥ και στη χρήση κάνναβης έχει υποστηριχθεί τόσο σε μελέτες που εξετάζουν τη χρήση κάνναβης ως πτυχή ενός συμπλέγματος παραγόντων κινδύνου είτε ως μεμονωμένη συμπεριφορά (411, 412). Ωστόσο, τόσο η ανασκόπηση των Hasin και Katz (413) όσο και των Hassan και Ali (414) υπέδειξαν ότι η συσχέτιση αυτή χρειάζεται να διερευνηθεί περισσότερο καθώς οι υπάρχουσες έρευνες είναι λίγες, στην πλειοψηφία τους συγχρονικές και δεν έχουν προβλέψει τον στατιστικό έλεγχο σημαντικών παραγόντων –όπως οι αγχώδεις διαταραχές ή τα συμπτώματα στέρησης– που πιθανούν να εμπλέκονται στην ανωτέρω σχέση. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο ανασκοπήσεις, η πρώτη εστιασμένη σε ενήλικες και η

δεύτερη σε εφήβους, υποστηρίζουν την ύπαρξη ανεξάρτητης συσχέτισης ανάμεσα στη χρήση ουσιών και την αναφορά ψυχοσωματικών δυσκολιών.

Τέλος, αναφορικά με την παραβατική συμπεριφορά στην εφηβεία, σκανδιναβική μελέτη έχει τονίσει ότι αγόρια και κορίτσια που προέβησαν σε παραβατικού τύπου συμπεριφορές (πχ. βανδαλισμοί, κλοπές, κά.) τον τελευταίο χρόνο ανέφεραν περισσότερα ΠΥΥ σε σύγκριση με συνομηλίκους τους που δεν ενεπλάκησαν σε τέτοιου τυπου συμπεριφορές (411). Επιπλέον φάνηκε ότι τα ΠΥΥ συνδέονταν πιο στενά με τον αριθμό των παραβατικών συμπεριφορών, παρά με την ποιότητά τους και ότι ακόμη και οι περιστασιακοί «παραβάτες» διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο αναφοράς ΠΥΥ. Παρόλο που κάποια από τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης θεωρούνται προκαταρκτικά και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, η συσχέτιση αυτοαναφοράς ΠΥΥ και παραβατικής συμπεριφοράς πιθανόν να υποδεικνύει την συνολικότερη έκπτωση στην κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη και ψυχοσωματική υγεία των εφήβων «παραβατών».

#### **4.5.4 Σεξουαλική δραστηριότητα**

Η επίδραση της (πρόωρης) εφηβικής σεξουαλικής δραστηριότητας στην εμφάνιση ΠΥΥ έχει διερευνηθεί ελάχιστα μέχρι σήμερα, παρόλο που λίγες διαχρονικές μελέτες έχουν υποστηρίξει την ύπαρξη αμφίδρομης συσχέτισης ανάμεσα στην (πρόωρη) σεξουαλική δραστηριότητα στην εφηβεία και την καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία (συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων). Η μελέτη των Madkour και συνεργατών (415) είναι η πρώτη που εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στην πρόωρη εφηβική σεξουαλική δραστηριότητα και τα σωματικά/ψυχολογικά συμπτώματα χρησιμοποιώντας ποσοτικά δεδομένα από δείγμα γενικού πληθυσμού από πέντε ανεπτυγμένες χώρες (ΗΠΑ, Φινλανδία, Σκωτία, Γαλλία και Πολωνία). Όρισαν την σεξουαλική δραστηριότητα ως πρόωρη όταν είχε έναρξη σε ηλικία μικρότερη των 16 χρόνων με βάση δεδομένα από προηγούμενες μελέτες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα δεν συσχετίστηκε με αρνητικούς δείκτες ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, παρά μόνο για τον πληθυσμό των κοριτσιών στις ΗΠΑ και την Πολωνία, υποδεικνύοντας την ύπαρξη κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν την υπό μελέτη σχέση.

#### **4.5.5 Διατροφικές συνήθειες**

Η συμβολή των διατροφικών συνηθειών των εφήβων στην εκδήλωση ΠΥΥ έχει διερευνηθεί κυρίως στο πλαίσιο ενός υγιεινού τρόπου ζωής (“healthy lifestyle”), που ερευνητικά έχει προσδιοριστεί κυρίως από τις διαστάσεις της φυσικής άσκησης, του επαρκούς ύπνου και της κατανάλωσης υγιεινών διατροφικών προϊόντων και πρωινού καθώς και της αποφυγής χρήσης καπνού και αλκοόλ (416). Η μελέτη των Isshiki και συνεργατών (416) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων στην Ιαπωνία έδειξε ότι τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια που είχαν υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής (σύμφωνα με το εργαλείο Health Practice Index που αξιολογούσε τον προαναφερθέντα αστερισμό συμπεριφορών) εμφάνιζαν χαμηλότερους δείκτες στη κλίμακα ψυχοσωματικών παραπόνων. Αναφορικά με τα παιδιά και εφήβους με συμπτώματα πόνου, οι Roth-Isigkeit και η ερευνητική της ομάδα (86) υπογράμμισαν ότι ο πόνος προκάλεσε διατροφικά προβλήματα. Σε πρόσφατη έρευνα σε ενήλικο πληθυσμό φάνηκε ότι ο υγιεινός τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο των ΠΥΥ άμεσα κι έμμεσα μέσω της μείωσης της Αρνητικής Συναισθηματικότητας καθώς και ότι τα ΠΥΥ έχουν θετική συσχέτιση με τη στάση ως προς την κατανάλωση υγιεινών διατροφικών σκευασμάτων (417). Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με το αντίστοιχο των Richter και συνεργατών (2009) που βρήκαν ότι η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και κυρίως λήψη πρωινού γεύματος συσχετίζονται με τον δείκτη υποκειμενικής υγείας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων από 33 χώρες (418).

#### **4.5.6 Φυσική άσκηση και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου**

Στο πλαίσιο της ίδιας μελέτης των Richter και συνεργατών (418), η φυσική άσκηση (ΦΑ) έστω και με συχνότητα μικρότερη από 5 ημέρες την εβδομάδα είχε θετική συσχέτιση με τον δείκτη υποκειμενικής υγείας των εφήβων, εύρημα που επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες μελέτες που χρησιμοποίησαν δείκτες υποκειμενικής υγείας (202, 419) και δείκτες σωματικής και ψυχοκοινωνικής υγείας (420). Αναφορικά με την σύνδεση της ΦΑ με την εμφάνιση ΠΥΥ στην εφηβεία, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την αρνητική μεταξύ τους συσχέτιση, ότι, δηλαδή η υψηλή συχνότητα ΦΑ συνδέεται με μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης ΠΥΥ (420, 421), με εξαίρεση μία μελέτη που αντικρούει την ύπαρξη οποιασδήποτε μεταξύ τους συσχέτισης (292). Η συμμετοχή σε οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες (422) και σε κοινοτικές λέσχες δραστηριοτήτων (423) προάγει την

κοινωνική συναναστροφή των εφήβων με συνομηλίκους τους, ευνοώντας έτσι την ανάπτυξη στενών φιλικών σχέσεων που ευνοούν την μείωση των ΠΥΥ, χωρίς να υποβαθμίζεται η θετική επίδραση της φυσικής άσκησης στην ψυχοσωματική υγεία. Οι Haughland και συνεργάτες (424) υποστήριξαν όχι μόνο ότι υπάρχει ανεξάρτητη γραμμική σχέση ανάμεσα στη ΦΑ και τα ΠΥΥ αλλά και ότι η ΦΑ μπορεί να μετριάσει την επίδραση του στρες στα ΠΥΥ της εφηβικής ηλικίας.

Σε αντιδιαστολή, οι δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου που συνεπάγονται καθιστική στάση, με προεξάρχουσες την παρακολούθηση τηλεόρασης και την ενασχόληση με τον υπολογιστή (παιχνίδια, κοινωνική δικτύωση), έχουν συσχετιστεί θετικά με την εμφάνιση ΠΥΥ, με τα παιδιά κι εφήβους που περνούν περισσότερες ώρες μπροστά στην οθόνη της τηλεόρασης ή του υπολογιστή να παραπονιούνται περισσότερο για την υποκειμενική και ψυχοσωματική τους υγεία (420, 421) καθώς και για συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες [βλ. ενδεικτικά (425)] και πολλαπλά συμπτώματα πόνου (80). Αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλο που πρόσφατη μελέτη υπέδειξε ότι ο αυξημένος χρόνος ενασχόλησης με την καθιστική δραστηριότητα συνδέθηκε με περισσότερα σωματικά συμπτώματα (συγκεκριμένα πονοκέφαλο και πόνο στην πλάτη), τονίστηκε παράλληλα ότι η καθιστική στάση ως μεταβλητή μπόρεσε να ερμηνεύσει το επίπεδο των σωματικών συμπτωμάτων μόνο ως ένα βαθμό (426). Επόμενη σχετική μελέτη (427) υποστήριξε ότι οι έφηβοι που περνούν υπερβολικό χρόνο στο διαδίκτυο παρουσίασαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχοσωματική και συναισθηματική τους υγεία καθώς και στην συμπεριφορική τους λειτουργικότητα. Η συγκεκριμένη μελέτη υπέθεσε ότι ο ιδιαίτερα αυξημένος χρόνος που αφιερώνεται στο διαδίκτυο πιθανόν να επιφέρει ψυχολογική διέγερση στους έφηβους χρήστες (427).

#### **4.5.7 Παχυσαρκία**

Σε άμεση συνάρτηση με τη φυσική άσκηση και τις διατροφικές συνήθειες, το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας παίρνει διαστάσεις επιδημίας τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου (428). Ως παχυσαρκία ο Π.Ο.Υ. (429) ορίζει την *υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα* και προειδοποιεί ότι τόσο η παχυσαρκία όσο και το υπερβάλλον βάρος θέτουν σε κίνδυνο την υγεία αφού συνδέονται με την εκδήλωση νόσων αλλά και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Η σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και τα ΠΥΥ των εφήβων μέχρι



σήμερα δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς αλλά αναμένεται να προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο άμεσο μέλλον. Η μοναδική σχετική δημοσιευμένη μελέτη στοχευμένη σε 15χρονα αγόρια από μία επαρχία της Σουηδίας (430) φανερώνει ότι τα παχύσαρκα αγόρια εμφάνισαν σημαντικά περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σχέση και με τους υπέρβαρους συνομηλίκους τους και με τα άτομα κανονικού βάρους. Ανησυχητικά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί αναφορικά με την συναισθηματική ευεξία και τα συναισθηματικά προβλήματα εφήβων παχύσαρκων αγοριών και κοριτσιών. Στη μελέτη των Falkner και συνεργατών (431), τα έφηβα κορίτσια εμφάνισαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν τόσο σημαντικά συναισθηματικά προβλήματα και αίσθηση απόγνωσης όσο και απόπειρα αυτοκτονίας μέσα στο τρέχον έτος. Οι Berg, Simonsson και Ringqvist (430) ανέφεραν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας στον πληθυσμό των παχύσαρκων και υπέρβαρων 15χρονων αγοριών σε σχέση με τους συνομηλίκους τους κανονικού βάρους. Τέλος, οι Viner και συνεργάτες (432) τόνισαν τον ρόλο της εθνότητας και των κοινωνικο-πολιτισμικών της συνιστωσών στη σύνδεση ανάμεσα στο σωματικό βάρος και την συναισθηματική ευεξία.

## **5.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ**

### **5.1 Η Οικογένεια ως πλαίσιο συνδιαμόρφωσης των ΠΥΥ**

Η οικογένεια αποτελεί τον πρώτο κοινωνικό πυρήνα στη ζωή ενός ανθρώπου, το πλαίσιο στο οποίο διασφαλίζεται η ανάπτυξή του και σφυρηλατείται η προσωπικότητά του. Έχει χαρακτηριστεί ως «πρωταρχικό πλαίσιο υγείας», καθώς όχι μόνο αναλαμβάνει τη φροντίδα και αντιμετώπιση κοινών συμπτωμάτων αλλά και συνδιαμορφώνει την αντίληψη των μελών της για τα συμπτώματα αυτά, για τη συνολικότερη έννοια της υγείας και για τις συμπεριφορές που είτε την προστατεύουν είτε την υποσκάπτουν (433-435). Ακόμη και στην περίοδο της εφηβείας, όπου η συναισθηματική αποστασιοποίηση από τους γονείς και η επένδυση σε συνομηλίκους αποτελεί ένα κεντρικό αναπτυξιακό ορόσημο, η οικογένεια συνεχίζει να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ομαλή βιοψυχοκοινωνική εξέλιξη των εφήβων.

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δείχνει ότι οι κυριότεροι οικογενειακοί παράγοντες που έχουν εξεταστεί ως προς τη συσχέτισή τους με την εμφάνιση ΠΥΥ στην εφηβεία είναι οι κάτωθι: η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας, ο τόπος διαμονής, η μεταναστευτική ιδιότητα, η οικογενειακή δομή, ο τρόπος λειτουργίας της οικογένειας, η οικογενειακή συνοχή, η ποιότητα ενδοοικογενειακών σχέσεων, η κατάσταση της υγείας και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των γονέων. Οι Palermo και Chambers (436) πρότειναν ένα ολοκληρωμένο, πολυεπίπεδο μοντέλο το οποίο ενσωματώνει και συνδέει τους γονεϊκούς και οικογενειακούς παράγοντες που σχετίζονται με τα συμπτώματα χρόνιου πόνου στα παιδιά κι εφήβους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα ατομικά γονεϊκά χαρακτηριστικά, όπως π.χ. οι στρατηγικές διαπαιδαγώγησης και ο γονεϊκός ρόλος, αποτελούν μέρος διαπροσωπικών μεταβλητών (π.χ. επικοινωνία γονέα–εφήβου) οι οποίες με τη σειρά τους εντάσσονται στο πλαίσιο των ευρύτερων οικογενειακών μεταβλητών, όπως η οικογενειακή λειτουργικότητα.

Η έννοια της οικογενειακής λειτουργικότητας αναφέρεται στην ικανότητα ενός οικογενειακού συστήματος να διαχειρίζεται την καθημερινότητα και να αντιμετωπίζει με αποτελεσματικό τρόπο τα προβλήματα και τις αλλαγές που προκύπτουν (437). Ερευνητές και θεωρητικοί των οικογενειακών συστημάτων έχουν συμπεριλάβει διάφορες διαστάσεις της οικογενειακής ζωής στην εννοιολογική κατασκευή της οικογενειακής λειτουργικότητας, τις οποίες αξιολογούν με πληθώρα ποσοτικών και ποιοτικών εργαλείων, καθώς και με μεθόδους παρατήρησης. Οι διαστάσεις αυτές είναι, μεταξύ άλλων, οι μορφές και η ποιότητα της επικοινωνίας, η οικογενειακή συνοχή, η σύγκρουση, η συναισθηματική έκφραση, η ρύθμιση της συμπεριφοράς, οι ρόλοι των μελών της οικογένειας, η ικανότητα προσαρμογής και η οργάνωση των ορίων της οικογένειας (437, 438). Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι έφηβοι με ψυχοσωματικά συμπτώματα και συμπτώματα χρόνιου ακαθόριστου πόνου τείνουν να προέρχονται από οικογένειες με χαμηλή λειτουργικότητα (81, 437, 438). Εστιάζοντας στα ΠΥΥ, η διερεύνηση των σχέσεων με το επίπεδο της οικογενειακής λειτουργικότητας έχει επικεντρωθεί στις διαστάσεις της ποιότητας σχέσεων γονέων–εφήβου, των στρατηγικών διαπαιδαγώγησης και συμπεριφορών των γονέων που δείχνουν να ενισχύουν την εμφάνιση συμπτωμάτων, καθώς και του βαθμού οικογενειακής συνοχής και σύγκρουσης (318, 436).

Ωστόσο, αν και ο διαχωρισμός του οικογενειακού αστερισμού παραγόντων θεωρείται σχηματικός, έρευνες αποδεικνύουν ότι η επίδραση κάθε παράγοντα στην εμφάνιση ΠΥΥ των εφήβων

είναι διαφορετική. Η οικογένεια προσεγγίζεται ως ένα πολυδιάστατο και δυναμικό σύστημα το οποίο, ως σύνολο, επηρεάζεται από και επηρεάζει τα επιμέρους μέλη του. Υπογραμμίζεται, έτσι, η αλληλοσυσχέτιση των γονεϊκών, διαπροσωπικών και ευρύτερων οικογενειακών παραμέτρων, καθώς το σύνολό τους είναι αυτό που καθορίζει την ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης του εφήβου, και όχι η επίδραση ενός μεμονωμένου παράγοντα (434, 439, 440). Στις υποενότητες που ακολουθούν πρόκειται να αναλυθούν οι γονεϊκοί και οικογενειακοί παράγοντες που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία ότι συνδέονται με τα ΠΥΥ στην εφηβική ηλικία. Η ανάλυση εστιάζει στην περιγραφή κάθε επιμέρους παράγοντα, ενώ ταυτόχρονα γίνεται λόγος για σημαντικές διαφοροποιήσεις στις σχέσεις τους με τα ΠΥΥ (π.χ. διαφορές ανάμεσα σε αγόρια/κορίτσια), όταν υπάρχουν.

## **5.2 Γονεϊκοί/Οικογενειακοί Παράγοντες και ΠΥΥ**

### **5.2.1 Δομή οικογένειας**

Στη διεθνή βιβλιογραφία η οικογενειακή δομή συνήθως αφορά στη σύσταση της οικογένειας με έμφαση στον διαχωρισμό ανάμεσα στις οικογένειες με τους δύο φυσικούς γονείς παρόντες, τις μονογονεϊκές και τις μεικτού τύπου οικογένειες, όπου ο/η σύντροφος του γονέα ζει μαζί με το παιδί. Η πλειονότητα των μελετών έχει επικεντρωθεί στις επιπτώσεις των δομικών οικογενειακών αλλαγών στα παιδιά και εφήβους υποστηρίζοντας, σε γενικές γραμμές, ότι η απόκλιση από την τυπική οικογενειακή μορφή (δύο φυσικοί γονείς) επιφέρει αρνητικές συνέπειες στις ζωές τους (441). Συγκεκριμένα, οι έφηβοι που ζουν με τους δύο βιολογικούς τους γονείς παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες σε διάφορες διαστάσεις υγείας σε σχέση με αυτούς που ζουν σε μονογονεϊκές ή μεικτού τύπου οικογένειες (π.χ. με πατριό/μητριά) (129).

Οι κυριότεροι δείκτες υγείας που επηρεάζονται από τις δομικές αλλαγές στην οικογένεια του εφήβου (κυρίως το διαζύγιο και τη διαβίωση σε οικογένεια μεικτού τύπου ή με έναν μόνο γονέα) είναι οι υποκειμενικοί δείκτες εκτίμησης υγείας όπως η γενική αυτο-αξιολόγηση της υγείας, η ικανοποίηση από τη ζωή και τα ΠΥΥ (32, 45, 160, 440, 442-444), η ψυχική υγεία αλλά και διάφορες συμπεριφορές-κινδύνου, όπως π.χ. το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η σεξουαλική συμπεριφορά και η παραβατικότητα (129, 439, 445-448). Εντούτοις, ένας ικανός αριθμός μελετών στοιχειοθετεί την έλλειψη συσχέτισης ανάμεσα στους χαμηλούς δείκτες υγείας (κατά κύριο λόγο υποκειμενικής και

ψυχικής υγείας) των εφήβων και τη διαβίωση σε μονογονεϊκή ή μεικτού τύπου οικογένεια (32, 82, 126, 441, 449, 450). Οι περισσότερες από τις παραπάνω έρευνες καταλήγουν στο ότι η δομή της οικογένειας ως μεμονωμένος παράγοντας δεν εξηγεί επαρκώς τη διακύμανση στους δείκτες υγείας. Υπάρχουν, μάλιστα, δεδομένα που δείχνουν ότι παιδιά από διαζευγμένες οικογένειες, όπου οι συγκρούσεις ανάμεσα στους γονείς έχουν πλέον σταματήσει, παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς από τα παιδιά που ζουν και με τους δύο, δυσαρεστημένους από τον γάμο τους, γονείς (445).

Επομένως, οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι η επίδραση της οικογενειακής δομής στην εφηβική υγεία μπορεί να ερμηνευθεί από έναν αστερισμό συνοδών παραγόντων που περιλαμβάνει την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή συνοχή και τις σχέσεις γονέων-εφήβου (445, 451, 452). Παρόμοιες ερμηνείες, αν και από λιγότερες μελέτες, έχουν διατυπωθεί και για το μεγάλο μέγεθος της οικογένειας και την απώλεια γονέα λόγω θανάτου, η επίδραση των οποίων στην υγεία των εφήβων εξηγείται από τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν (448). Προσεγγίζονται, δηλαδή, ως στρεσογόνα χαρακτηριστικά της οικογένειας, που, στο πλαίσιο ευρύτερων αντιξοοτήτων με τα οποία συνδέονται, αυξάνουν τον κίνδυνο για ΠΥΥ κατά την εφηβική ηλικία. Εν κατακλείδη, προτείνεται η ανάγνωση των επιδράσεων της οικογενειακής δομής στην εφηβική υγεία να γίνεται μέσα από το πρίσμα των δυναμικών της οικογένειας (449).

## **5.2.2 Λειτουργικότητα και όρια της οικογένειας**

### **5.2.2.1 Σχέσεις γονέα-εφήβου**

Σε γενικές γραμμές, οι κακής ποιότητας σχέσεις με τους γονείς έχουν συσχετιστεί με ψυχολογικές δυσκολίες (π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς) (449, 453), χαμηλό δείκτη αυτοεκτίμησης (441), παραβατικότητα, ακαδημαϊκά προβλήματα, συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία και ψυχολογικά/σωματικά συμπτώματα (95, 223, 290, 422, 440, 454). Στον ακραίο τους βαθμό, η αίσθηση της απόρριψης έστω κι από τον έναν γονέα έχει συνδεθεί με προβλήματα προσαρμογής, ψυχολογικές διαταραχές και δυσλειτουργικές συμπεριφορές στον έφηβο (455, 456). Επιπλέον, η έντονη γονεϊκή πίεση για την συμμόρφωση του παιδιού σε υψηλούς στόχους (π.χ. ακαδημαϊκά κριτήρια) μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση ΠΥΥ (69, 72, 112).

Αντίθετα, σύγχρονα δεδομένα δείχνουν ότι οι καλές σχέσεις με τους γονείς όχι μόνο λειτουργούν προστατευτικά για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου ενώπιον αρνητικών γεγονότων ζωής αλλά και αποτελούν σημαντικότερο παράγοντα από τις σχέσεις με τους συνομηλικούς (93, 454). Η μελέτη των σχέσεων γονέων–εφήβου έχει απασχολήσει τους ερευνητές σε δύο βασικούς άξονες: την επικοινωνία γονέα–εφήβου και την υποστήριξη που λαμβάνει ο έφηβος από τους γονείς του. Αν και οι περισσότεροι ερευνητές προσεγγίζουν τη σχέση γονέα-εφήβου εστιάζοντας στη μητέρα, τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διερευνάται και η διάσταση της σχέσης με τον πατέρα (447, 457). Η παροχή υποστήριξης από τον γονέα αποτελεί απαραίτητο συστατικό της καλής σχέσης γονέα–παιδιού και καταγράφεται ως η σημαντικότερη πηγή κοινωνικής υποστήριξης στην εφηβική ηλικία (451, 456, 458, 459). Η υποστηρικτική σχέση με τον έναν τουλάχιστον γονέα ευνοεί την κατάσταση της υποκειμενικής υγείας του εφήβου, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά (8, 192, 458, 460), ενώ ταυτόχρονα έχει αναφερθεί η διαφορετική σημασία της υποστηρικτικής σχέσης με την μητέρα και τον πατέρα στην ανάπτυξη του/της εφήβου (461). Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι η υποστηρικτική σχέση γονέα–παιδιού μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά μειώνοντας την επίδραση των κοινωνικο–οικονομικών ανισοτήτων και των αρνητικών γεγονότων ζωής καθώς και του σχολικού εκφοβισμού στην υποκειμενική υγεία του εφήβου (448, 462).

Η επικοινωνία με τους γονείς συνιστά μία από τις βασικότερες διεργασίες που μπορεί να μετατρέψει την οικογένεια σε ένα πλαίσιο που προάγει την υγεία και την ομαλή ένταξη του εφήβου στην ενήλικη ζωή. Η ανοιχτή επικοινωνία με τους γονείς έχει συνδεθεί με τη θετική εικόνα σώματος, με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, υψηλότερους δείκτες υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας, μικρότερη πιθανότητα υιοθέτησης συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία και λιγότερα ΠΥΥ (81, 454, 463). Παρόλο που η πλειονότητα των ερευνών έχει επικεντρωθεί στην επικοινωνία με τη μητέρα, σύγχρονες μελέτες τονίζουν την αξία της επικοινωνίας των εφήβων με τον πατέρα (447, 464). Διαφαίνεται ότι η ευκολία επικοινωνίας με τους γονείς διαφοροποιείται συστηματικά ανάλογα με το φύλο του γονιού και το φύλο και την ηλικία του εφήβου (447). Για τους μεγαλύτερους εφήβους η ευκολία επικοινωνίας με τη μητέρα δεν παρουσιάζει αξιόλογη διαφυλική διαφοροποίηση, σε αντίθεση με την ευκολία επικοινωνίας με τον πατέρα, όπου τα κορίτσια υπολείπονται σημαντικά (465). Στις μικρότερες ηλικίες οι διαφυλικές διαφορές ως προς τους δύο γονείς μειώνονται, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες μειώνεται ο βαθμός επικοινωνίας τόσο με τη μητέρα όσο και με τον πατέρα (81).

Επιπλέον παράγοντας που συνδέεται στενά με την εμφάνιση ΠΥΥ στους εφηβους είναι και η αναστολή ή η έλλειψη της συναισθηματικής επικοινωνίας, δηλαδή της έκφρασης συναισθημάτων μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο. Η ελλιπής έκφραση συναισθημάτων με ρητό και άμεσο τρόπο και ιδιαίτερα αυτών με αρνητική χροιά, όπως ο θυμός και η δυσαρέσκεια, στους κόλπους της οικογένειας έχει συνδεθεί με την εμφάνιση ΠΥΥ στα παιδιά (48, 66, 112), που με αυτόν τον τρόπο εκτονώνουν ένα αρνητικό συναισθηματικό φορτίο (112) χωρίς να επιβαρύνουν το συναισθηματικό οικογενειακό κλίμα και δίχως να προκαλείται σύγκρουση με τους γονείς (48, 66).

### **5.2.2.2 Γονεϊκός ρόλος και πρακτικές που ενισχύουν το σύμπτωμα**

Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς αναγνωρίζουν, ανταποκρίνονται και διαχειρίζονται τις ανάγκες, συμπεριφορές και επιλογές των παιδιών τους αποτελεί ένα από τα θεμέλια του γονικού ρόλου, που διαποτίζει τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στον γονέα και το παιδί. Μετά από αρκετές δεκαετίες έρευνας για τις σχέσεις γονέων–παιδιών, έχουν αναγνωριστεί τρεις ευρείς και σχετικά ανεξάρτητες μεταξύ τους διαστάσεις του γονεϊκού σχετίζεσθαι με το παιδί: 1. η γονεϊκή στήριξη, δηλαδή ο τρόπος που ο γονιός ανταποκρίνεται και συνδέεται με το παιδί, 2. ο έλεγχος της συμπεριφοράς, εννοώντας τη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού με συνεπείς και σταθερούς πειθαρχικούς όρους, και 3. ο έλεγχος του συναισθήματος, δηλαδή η ρύθμιση της συμπεριφοράς του παιδιού με ψυχολογικά μέσα, π.χ. στέρηση εκδηλώσεων τρυφερότητας (456). Οι ειδικοί θεωρούν ότι οι διαφορετικοί συνδυασμοί των τριών αυτών διαστάσεων συνιστούν διαφορετικά μοτίβα γονικού ρόλου (466), τα οποία κατηγοριοποιούνται σχηματικά ως εξής: α. αυταρχικός/καταπιεστικός (authoritarian) ρόλος που χαρακτηρίζεται από χαμηλή γονεϊκή υποστηρικτικότητα και έντονο έλεγχο, β. αυστηρός/προσηνής (authoritative) ρόλος στον οποίο υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στην τάση υποστήριξης και ελέγχου, γ. ο ενδοτικός/συγκαταβατικός (indulgent) ρόλος, όπου ο γονεϊκός έλεγχος υπολείπεται της υποστήριξης και δ. ο ενδοτικός/αδιάφορος (neglectful), στον οποίο και οι δύο διαστάσεις είναι ελλιπείς. Η ανατροφή σε ένα περιβάλλον με θαλπωρή, υποστήριξη, ξεκάθαρους και συνεπείς κανόνες έχει θετικό αντίκτυπο στην αναπτυξιακή διαδικασία (455, 466, 467). Οι έφηβοι που έχουν αυστηρούς/προσηνείς γονείς είναι περισσότερο πιθανόν να αναπτύξουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, να έχουν καλύτερη επίδοση στο σχολείο, να είναι λιγότερο ευάλωτοι σε πιέσεις που δέχονται από τους συνομηλίκους τους και να αποφεύγουν συμπεριφορές κινδύνου όπως η χρήση

ουσιών και η πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής (468), καθώς και λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν συναισθηματικές διαταραχές (467, 469, 470) και ΠΥΥ (471).

Σε άμεση συνάρτηση με την ποιότητα του γονικού ρόλου είναι οι γονεϊκές πρακτικές που ενισχύουν την συμπτωματολογία του παιδιού. Καίριο ρόλο στην εμφάνιση και διατήρηση συμπτωμάτων υγείας υποστηρίζεται ότι διαδραματίζουν οι κάτωθι γονεϊκές διεργασίες και συμπεριφορές (369): α) Υπερ-προστατευτικότητα: η αντίληψη ότι ο περιορισμός του παιδιού/εφήβου από δραστηριότητες είναι αναγκαίος για την ανακούφιση των συμπτωμάτων, β) Λανθασμένα κατευθυνόμενη υποστήριξη: παροχή γονεϊκής υποστήριξης μέσω είτε της μείωσης των απαιτήσεων και των προσδοκιών για τον έφηβο είτε μέσω της άσκησης πίεσης προς τον έφηβο για να ξεπεράσει τα συμπτώματά του, ή ακόμη και μέσω της υποβάθμισης των αναφερόμενων ενοχλήσεων του (472, 473) και γ) Απόδοση των συμπτωμάτων σε εξωτερικά/αποκλειστικά ιατρικά αίτια: οι γονείς αποδίδουν τα συμπτώματα μόνο σε εξωτερικούς παράγοντες που είναι πέρα από τον έλεγχο των ιδίων και του εφήβου ή σε αποκλειστικά ιατρικούς λόγους, δυσχεραίνοντας έτσι την πρόσβαση σε μία ολοκληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση (474). Οι γονεϊκές αυτές αντιδράσεις μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το είδος των συμπτωμάτων, την ηλικία και το φύλο του παιδιού και τη γενικότερη ιδιοσυγκρασία του παιδιού αλλά και του γονιού (434, 475).

Μία επιπλέον γονεϊκή αντίδραση που έχει συνδεθεί με τη διατήρηση των συμπτωμάτων είναι η έκφραση ανησυχίας και η σχολαστικότητα με τα συμπτώματα υγείας του παιδιού (320, 369, 472, 476), παρόλο που τα σχετικά ερευνητικά στοιχεία για τους εφήβους δεν παρουσιάζουν ομοιομορφία. Η θεώρηση της οικογένειας ως ενισχυτή των παραπόνων υγείας και των αλγογόνων συμπτωμάτων του παιδιού μέσω των ανωτέρω γονεϊκών μοτίβων συμπεριφοράς απαντάται στη βιβλιογραφία εδώ κι αρκετές δεκαετίες (52, 74, 165, 197, 434). Το θεωρητικό της υπόβαθρο θεμελιώνεται κυρίως στη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης του Bandura, κατά τον οποίο η συμπεριφορά του παιδιού είναι αποτέλεσμα μάθησης που συντελείται είτε μέσω μίμησης της συμπεριφοράς του γονέα είτε μέσω θετικής ή αρνητικής ενίσχυσης (227). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς εκφράζουν τις ανησυχίες τους για τη δική τους υγεία (“symptom modeling”) και ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνονται στις εκδηλώσεις πόνου του παιδιού (“symptom reinforcement”) ασκεί καθοριστική επίδραση στην διατήρηση ή κατάργησή τους από το ίδιο το παιδί (477). Για παράδειγμα, η γονεϊκή ανταπόκριση στο παράπονο του παιδιού για κοιλιακό άλγος που έχει τη μορφή είτε σχολαστικής

ενασχόλησης με το σύμπτωμα, είτε απαλλαγής από τα συνηθισμένα του καθήκοντα, π.χ. σχολείο, ή ακόμη και υποτίμησης των συμπτωμάτων και κριτικής διάθεσης προς το παιδί τείνει να συνδέεται με αύξηση των αναφερόμενων συμπτωμάτων (478, 479) και χαμηλότερη αναφερόμενη λειτουργικότητα (475). Ωστόσο, αν και οι γονεϊκοί/οικογενειακοί παράγοντες εξετάζονται ξεχωριστά, δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι στο πλαίσιο του Βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου θεώρησης της υγείας, κανένας μεμονωμένος παράγοντας δεν μπορεί να ερμηνεύσει με επάρκεια το ευρύ φάσμα συμπεριφορών που σχετίζεται με την υγεία των εφήβων (477).

### **5.2.2.3 Οικογενειακή συνοχή και σύγκρουση**

Η συνοχή και η σύγκρουση μέσα στην οικογένεια συνιστούν δομικά στοιχεία του επιπέδου λειτουργικότητάς της. Η βιβλιογραφική προσέγγιση της οικογενειακής συνοχής περιλαμβάνει ορισμούς που εστιάζουν σε επιμέρους συναισθηματικές ιδιότητες των οικογενειακών σχέσεων, όπως τη στήριξη, τη στοργή και την αλληλεγγύη (480), καθώς και ευρύτερες θεωρήσεις της ως «συναισθηματικό δεσμό» (481) ή «συναισθηματική εμπλοκή» ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας (482). Για κάποιους ερευνητές η μέτρηση της οικογενειακής συνοχής ταυτίζεται με τη διάσταση των ορίων μέσα στην οικογένεια, θεωρώντας τις μη συναισθηματικά διαφοροποιημένες οικογένειες ως τον ακραίο αρνητικό πόλο της οικογενειακής συνοχής (482). Οι ερευνητές των ΠΥΥ στην πλειοψηφία τους υιοθετούν τον ορισμό του Olson ως τον συναισθηματικό δεσμό μεταξύ των μελών και συνήθως εξετάζουν το επίπεδο οικογενειακής συνοχής μαζί με το βαθμό συγκρούσεων μέσα στην οικογένεια. Και οι δύο αυτοί παράγοντες συσχετίζονται με συνέπεια με τον υψηλό αριθμό ΠΥΥ στους εφήβους, οι οποίοι αναφέρουν ότι προέρχονται από οικογένειες με συχνούς καβγάδες και χαμηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής (74, 438, 441, 483-486). Επιπλέον, οι συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια έχουν συνδεθεί με επιδείνωση της ψυχικής υγείας των παιδιών και με πληθώρα συμπεριφορών κινδύνου (445, 469, 487).

Παρόλ' αυτά, η πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Lewandowski και των συνεργατών της έδειξε ότι δεν υπάρχει ομοιομορφία στα πορίσματα των μελετών σε παιδιά κι εφήβους με χρόνια πόνο (438). Σχετική μελέτη σε παιδιά ηλικίας 7-17 ετών με συμπτώματα χρόνιου πόνου έχει υποστηρίξει ότι η βαθμολογία τους στις κλίμακες της οικογενειακής συνοχής και σύγκρουσης βρίσκεται στα πλαίσια των κανονικών τιμών και παρουσιάζει τους εφήβους αυτούς να προέρχονται



από οικογένειες με υψηλή λειτουργικότητα (488). Οι ερευνητές υποθέτουν ότι για κάποιες οικογένειες η εμφάνιση ΠΥΥ ή συμπτωμάτων χρόνιου πόνου στα παιδιά/εφήβους μπορεί να λειτουργήσει θετικά και να εξασφαλίσει ένα αρμονικό ενδοοικογενειακό περιβάλλον ενώνοντας το υποσύστημα των γονέων και μειώνοντας τις συγκρούσεις. Επιπλέον, πιθανολογείται ότι ένα αρμονικό οικογενειακό περιβάλλον επιτρέπει στους γονείς να ανταποκρίνονται πιο άμεσα στα παράπονα υγείας των παιδιών. Παρόμοια πορίσματα έχουν διατυπωθεί και από την Palermo και τους συνεργάτες της σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα παιδιών/εφήβων και την σύνοδη μείωση στη λειτουργικότητά τους (223). Ανομοιογενή είναι τα αποτελέσματα των ερευνών και ως προς το φύλο που φανερώνει μεγαλύτερη ευαλωτότητα στις συγκρούσεις με τους γονείς, αφού έχουν καταγραφεί δεδομένα τόσο για τα αγόρια (441, 485) όσο και για τα κορίτσια (486).

#### **5.2.2.4 Όρια στην οικογένεια**

Σε άμεση συνάρτηση με τα επίπεδα συνοχής και σύγκρουσης μέσα στην οικογένεια, είναι και η ιεραρχική δόμηση και οριοθέτηση των σχέσεων. Οι μελέτες συνηγορούν στο ότι οι υπερπροστατευτικές και συναισθηματικά μη διαφοροποιημένες οικογένειες μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση ΠΥΥ και στη διατήρησή τους (53, 435, 475). Σύμφωνα με τον Αργεντινό οικογενειακό θεραπευτή Salvador Minuchin, μη διαφοροποιημένες είναι οι οικογένειες στις οποίες οι διεργασίες της ψυχολογικής διαφοροποίησης και οριοθέτησης ανάμεσα στα μέλη της μένουν ανολοκλήρωτες κι ελλιπείς (489). Στις οικογένειες αυτές παρατηρείται συνήθως συναισθηματική υπερεμπλοκή ανάμεσα στα μέλη της και χαμηλός βαθμός αυτονομίας. Δεδομένα τόσο από την κλινική εμπειρία όσο και από την ερευνητική δραστηριότητα επιβεβαιώνουν τον υψηλό επιπολασμό ΠΥΥ και αλγογόνων ενοχλήσεων σε μη διαφοροποιημένες συναισθηματικά οικογένειες (72, 95, 435).

Παράλληλα με την έλλειψη συναισθηματικής διαφοροποίησης, οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται και από την έντονη τάση υπερπροστατευτικότητας των γονέων. Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών συνδέει τη γονεϊκή υπερπροστατευτικότητα με την εμφάνιση και διατήρηση ΠΥΥ και αλγογόνων ενοχλήσεων (72, 223, 484, 490) καθώς και συναισθηματικών διαταραχών (491), μέσω της υιοθέτησης του ρόλου του «άρρωστου/φιλάσθενου/ευάλωτου μέλους της οικογένειας» (53, 475) και του συνεχιζόμενου αιτήματος για φροντίδα από τους γονείς, παρατείνοντας με αυτόν τον τρόπο, τον υψηλό βαθμό εξάρτησης στη σχέση γονέα – παιδιού (223, 435, 484). Η συσχέτιση αυτή αποκτά

κρίσιμη σημασία στην περίοδο της εφηβείας, όπου τόσο ο έφηβος όσο και ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα καλείται να βρει μία νέα, αναπτυξιακά κατάλληλη, ισορροπία ανάμεσα στην αυτονομία και την οικειότητα των μελών της (449).

### 5.2.3 Υγεία των γονέων

Με βάση τη συστημική θεώρηση της οικογένειας, κατά την οποία η κατάσταση της υγείας ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει με άμεσο ή έμμεσο τρόπο και την υγεία των υπολοίπων μελών της (492), η μεταβλητή της υγείας των γονέων δεν θα μπορούσε να μείνει στο περιθώριο των μελετών για τους παράγοντες που συσχετίζονται με την εμφάνιση ΠΥΥ σε παιδιά κι εφήβους. Αντιθέτως, η κατάσταση της υγείας των γονέων συνιστά έναν από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες στην σχετική βιβλιογραφία. Αν και τα πορίσματα των μελετών δεν παρουσιάζουν ομοιομορφία, ένας σημαντικός αριθμός ερευνών καταλήγουν στο ότι η παρουσία ενός γονέα που δυσφορεί, σωματικά ή ψυχικά, μέσα στην οικογένεια μπορεί να επηρεάσει την υγεία των παιδιών/εφήβων (435). Κλινικές παρατηρήσεις συνοψίζονται στο συμπέρασμα ότι τα ΠΥΥ, είτε αυτά αφορούν σε συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα (π.χ. πονοκέφαλος) είτε σε συμπτώματα χρόνιου πόνου ή ακόμη και σε ψυχολογικές ενοχλήσεις (π.χ. ψυχική δυσφορία, ευερεθιστότητα) ακολουθούν ένα επαναλαμβανόμενο πρότυπο μέσα στο οικογενειακό σύστημα, με τα νεότερα μέλη, δηλαδή τα παιδιά/εφήβους, να εκδηλώνουν ίδια ή παρόμοια συμπτώματα με αυτά των γονέων ή άλλων στενών συγγενών (45, 69, 112, 197, 214, 435, 493-495).

Παράλληλα, μελέτες που έχουν θέσει στο επίκεντρό τους τα ΠΥΥ ως οικογενειακό φαινόμενο –εννοώντας την τάση των μελών της οικογένειας να παραπονούνται για την υγεία τους, συχνά, μάλιστα, σε τέτοιο βαθμό ώστε να εκδηλώνουν παρόμοια συμπτώματα (53, 112, 197, 434)– έχουν συσχετίσει το επίπεδο σωματοποίησης και τα παράπονα υγείας –κυρίως σωματικής φύσης– των γονέων με την εμφάνιση ΠΥΥ στα παιδιά/εφήβους (496-499) καθώς και με αντίστοιχα (94, 495, 500, 501) ή ακόμη και παρόμοια (69, 502, 503) παράπονα στους απογόνους τους (45, 66, 498). Αναφορικά με την έτερη διάσταση της υγείας των γονέων, η ψυχική υγεία έχει απασχολήσει τους μελετητές των ΠΥΥ κυρίως σε επίπεδο διαταραχής με έμφαση στην καταθλιπτική και αγχώδη διαταραχή και στη διεργασία σωματοποίησης. Έχει καταγραφεί ότι τα παιδιά που ζουν με γονείς με κάποιου είδους ψυχική διαταραχή έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν και τα ίδια προβλήματα ψυχικής

υγείας και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (448, 504-506). Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχει καταδείξει την συσχέτιση ανάμεσα στην καταθλιπτική –κατά κύριο λόγο– και αγχώδη διαταραχή των γονέων και την εμφάνιση ΠΥΥ στα παιδιά και τους εφήβους (72, 435, 507-511), καθώς και την ευρύτερη επιδείνωση στην ψυχοκοινωνική τους υγεία και προσαρμογή π.χ. ψυχολογικά προβλήματα, παραβατική συμπεριφορά, χρήση ουσιών, κ.ά (437, 445, 448, 504-506, 510, 512).

Στη βιβλιογραφία γίνεται λόγος για τη «διαγενεακή τάση σωματοποίησης» στις οικογένειες (498), για «ψυχοσωματικές οικογένειες» (513) καθώς και για «οικογένειες που πονούν» (514). Οι όροι αυτοί, βασισμένοι στις παραπάνω συσχετίσεις, αντανακλούν την υπόθεση ότι η έκφραση ΠΥΥ, ανερμήνευτων ιατρικών παραπόνων και ακαθόριστων συμπτωμάτων πόνου ή ακόμη και η ίδια η διεργασία της σωματοποίησης για κάποιες οικογένειες συνιστά τον κυρίαρχο τρόπο εκδήλωσης στρες, τον κύριο επικοινωνιακό δίαυλο ενδοψυχικής δυσφορίας και την βασική στρατηγική χειρισμού στρεσογόνων καταστάσεων (“coping”) που χρησιμοποιούν τα μέλη της. Οι ειδικοί έχουν καταλήξει ότι αυτή η τάση «ενδοοικογενειακής μετάδοσης» πιθανότατα να οφείλεται σε μία πληθώρα παραγόντων και στον συνδυασμό αυτών (498). Μελέτες έχουν επιβεβαιώσει –σε κάποιο βαθμό– την γενετική προδιάθεση της σωματοποίησης και επιμέρους σωματικών συμπτωμάτων (67, 198) και την κληρονομικότητα χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που προδιαθέτουν στη διεργασία σωματοποίησης (48, 476). Οι περισσότερες μελέτες, όμως, υποστηρίζουν την υπόθεση της Κοινωνικής Μάθησης, αποτυπώνοντας την πεποίθηση ότι η έντονη ενασχόληση με κοινά ψυχικά/σωματικά συμπτώματα και η έκφραση παραπόνων για αυτά αποτελεί προϊόν μάθησης. Ωστόσο, σύγχρονες προσεγγίσεις υπεραμύνονται την συνδυασμένη δράση ποικίλλων βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων στον μηχανισμό που συνδέει την ψυχοσωματική υγεία γονέων–παιδιών/εφήβων (48, 67, 498), όπως το φύλο του παιδιού (486) και του γονέα (461), η ποιότητα της σχέσης και της επικοινωνίας γονέα–παιδιού (515, 516), η οικογενειακή συνοχή (486, 516), τα αρνητικά γεγονότα ζωής που, πολλές φορές, συνδέονται με την υγεία των γονέων (517), η ικανότητα του γονέα να ασκεί τον γονικό του ρόλο και η ποιότητα αυτού (515) καθώς και η ποιότητα της συζυγικής σχέσης (461).

Οι ερευνητές έχουν ενσκήψει με μεγάλο ενδιαφέρον στη διερεύνηση των διαφυλικών διαφοροποιήσεων στην συσχέτιση του σωματικού προβλήματος του γονέα με την επιδείνωση της υγείας του παιδιού/εφήβου. Υπάρχουν μελέτες που έχουν εστιαστεί στο φύλο του παιδιού ή του γονέα και άλλες που συνδυάζουν και τις δύο αυτές μεταβλητές, με τις περισσότερες να

επικεντρώνονται στη μητρική υγεία. Έχει υποστηριχθεί ότι τα προβλήματα στη σωματική υγεία της μητέρας συνδέονται με την εμφάνιση ΠΥΥ και ψυχολογικών/συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά/εφήβους (32, 214, 471, 518-521). Μελέτες αναφέρουν ότι τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τα αγόρια περισσότερο στην παιδική ηλικία (499, 518), ενώ άλλες υποστηρίζουν τη διαχρονική ευαλωτότητα των κοριτσιών στα προβλήματα υγείας των μητέρων τους (434, 522). Από την άλλη μεριά, η πατρική υγεία έχει αρχίσει να διερευνάται τα τελευταία χρόνια από ολοένα και περισσότερους ερευνητές. Προβλήματα στη σωματική υγεία του πατέρα συνδέονται με ψυχολογικά προβλήματα και κυρίως δυσκολίες προσαρμογής στους εφήβους, καθώς και με την αναφορά ΠΥΥ (494, 499, 523), παρόλο που οι βιβλιογραφικές αναφορές είναι πολύ λιγότερες σε σχέση με την μητρική υγεία. Έχει υποστηριχθεί ότι η επίδραση της πατρικής κατάστασης της υγείας γίνεται εντονότερη κατά τα εφηβικά χρόνια σε σχέση με την παιδική ηλικία (493, 523).

Ανομοιογενή είναι τα ερευνητικά στοιχεία ως προς το φύλο του εφήβου που φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο από την επιδεινωμένη ψυχική υγεία της μητέρας και του πατέρα. Υπάρχουν ευρήματα που συνηγορούν ότι οι έφηβοι επηρεάζονται περισσότερο από την ψυχική κατάσταση του ομόφυλου (437, 461, 524, 525) ή του ετερόφυλου γονέα (461, 506). Επίσης, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι κατά τα παιδικά και εφηβικά χρόνια η ψυχική υγεία της μητέρας ασκεί σημαντικότερη επίδραση –σε σύγκριση με του πατέρα– στα παιδιά (526, 527), η οποία εκφράζεται με διαφορετικό τρόπο στα κορίτσια και στα αγόρια (512), ενώ, παράλληλα άλλα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η καταθλιπτική διαταραχή στον πατέρα ή τη μητέρα επηρεάζει εξίσου τους εφήβους ανεξαρτήτως φύλου (508, 510). Παρόλο που μικρότερος αριθμός μελετών έχει συμπεριλάβει την διερεύνηση της πατρικής ψυχικής υγείας, τα αποτελέσματα συναινούν στο σημαντικό της ρόλο στην ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη και προσαρμογή του εφήβου (510), με έμφαση στη συμβολή της πατρικής κατάθλιψης στην εκδήλωση προβλημάτων προσαρμογής και διαταραχών διάθεσης στον έφηβο (527). Επομένως, το ερευνητικό ερώτημα εάν το κοινό φύλο μεσολαβεί στη συσχέτιση γονεϊκών προβλημάτων υγείας και δεικτών υγείας παιδιού/εφήβου χρειάζεται μεγαλύτερη διερεύνηση, καθώς οι έρευνες μέχρι σήμερα δίνουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα (434, 523) που απορρέουν κυρίως από δεδομένα μητέρων (32, 318, 472, 495, 517, 520, 523, 528).

## 6.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΠΥΥ

### 6.1. Ομάδα Συνομηλίκων και Φίλων

Η ομάδα των συνομηλίκων συνιστά έναν ισχυρό παράγοντα κοινωνικοποίησης κατά την περίοδο της εφηβείας. Οι έφηβοι συναναστρέφονται καθημερινά με συνομηλίκους στο πλαίσιο του σχολείου, των εξωσχολικών δραστηριοτήτων και της γειτονιάς, μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα και ανησυχίες, και μέσω αυτής της διαδικασίας διαμορφώνουν τελικά τις φιλίες τους (529). Η ομάδα των συνομηλίκων αποτελεί το πλαίσιο αναφοράς του εφήβου στο οποίο λαμβάνουν χώρα θεμελιώδεις, για την ομαλή ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη, ψυχολογικές και κοινωνικές διεργασίες όπως η σύγκριση, ταυτοποίηση και διαφοροποίηση του εαυτού από την ομάδα καθώς και η δοκιμή και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (455). Η ύπαρξη μίας τουλάχιστον στενής φιλικής σχέσης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση από τη ζωή, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, καθώς και τη σχολική προσαρμογή, ενώ παράλληλα συσχετίζεται με την απουσία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (529-531). Οι έφηβοι που δεν διατηρούν φιλικές σχέσεις με συνομηλίκους τους είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν συμπτώματα διαταραχής συναισθήματος, να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και να γίνουν θύματα οποιασδήποτε μορφής κακομεταχείρισης ή βίας από άλλους εφήβους (529).

Κατά την εξέλιξη της εφηβείας, τα παιδιά φαίνεται να επενδύουν περισσότερο σε λιγότερες αριθμητικά αλλά πιο στενές και έμπιστες φιλικές σχέσεις (81), που αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη βαρύτητα για την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη (459). Οι Rhee και συνεργάτες (95) έδειξαν ότι οι έφηβοι με συμπτώματα σωματοποίησης ανέφεραν μεγάλο αριθμό φιλικών σχέσεων χαμηλής ποιότητας (δηλαδή, που χαρακτηρίζονταν από έλλειψη υποστήριξης), ενώ οι έφηβοι χωρίς συμπτώματα σωματοποίησης δήλωναν λιγότερους αλλά πιο έμπιστους και στενούς φίλους. Φαίνεται, επομένως, ότι η ποιότητα και όχι η ποσότητα των σχέσεων μπορεί να δράσει προστατευτικά ως προς την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων, ενώ οι συγκρουσιακές ή/και απορριπτικές σχέσεις και η αίσθηση μοναξιάς συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για ΠΥΥ και ψυχοσωματικά προβλήματα (87, 93, 95, 197, 276, 422, 454, 532-534). Αντιθέτως, στη μελέτη των Jellesma και συνεργατών (532) φάνηκε ότι τα παιδιά που έχουν δεχθεί την απόρριψη των συνομηλίκων τους εκφράζουν λιγότερα

σωματικά παράπονα. Οι ερευνητές θεώρησαν ότι τα παιδιά αυτά έχουν υψηλότερους δείκτες προβλημάτων συμπεριφοράς κι όχι εσωτερίκευσης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η αποτυχία δημιουργίας φιλικών σχέσεων και η απόρριψη από το κοινωνικό δίκτυο των συνομηλίκων κατά τη διάρκεια της παιδικής κι εφηβικής ηλικίας επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου που μπορεί να επεκταθούν και στην ενήλικη ζωή, όπως οι χαμηλοί δείκτες υποκειμενικής υγείας, οι συναισθηματικές διαταραχές και το μεταβολικό σύνδρομο (535-537).

Λόγω της αυξανόμενης σημασίας της ομάδας των συνομηλίκων κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι ερευνητές διαφωνούν ως προς τη βαρύτητα της συμβολής της οικογένειας και των συνομηλίκων στην ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των εφήβων (459, 530, 538). Παρόλ' αυτά, στη βιβλιογραφία των ΠΥΥ η οικογένεια αναδεικνύεται ως το πρωταρχικό υποστηρικτικό πλαίσιο (σε σύγκριση με τους συνομήλικους και το σχολείο) σε στρεσογόνες καταστάσεις (87, 93, 454), ενώ ο προστατευτικός ρόλος των φιλικών σχέσεων ενόψει δυσμενών σχέσεων με τους γονείς εξακολουθεί να βρίσκεται υπό αμφισβήτηση και ερευνητική αξιολόγηση (93, 454). Από την άλλη μεριά, στην έρευνα των Walsh και συνεργατών (539) σχετικά με την επίδραση οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων στα ΠΥΥ ανάμεσα σε μετανάστες και γηγενείς εφήβους στο Ισραήλ φάνηκαν μερικά ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Τα ΠΥΥ των μεταναστών εφήβων μειώνονταν όταν δήλωναν ότι περνούν υπερβολικά πολύ χρόνο ("excess time") με τους φίλους τους, ενώ καμμία οικογενειακή μεταβλητή (υποστήριξη, επίβλεψη, ανάμειξη) δεν συσχετίστηκε με τη μείωση των ΠΥΥ. Αντιθέτως, για τους γηγενείς εφήβους ο υπερβολικός χρόνος συναναστροφής με τους φίλους τους και η κοινωνική απόρριψη σχετίστηκε με περισσότερα ΠΥΥ, ενώ η γονεϊκή υποστήριξη κι επίβλεψη με λιγότερα ΠΥΥ. Το πόρισμα αυτό υπογραμμίζει τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο της κοινωνικής δικτύωσης κι αποδοχής για τους μετανάστες εφήβους στη χώρα υποδοχής.

Αναφορικά με την αποδοχή των εφήβων από την ομάδα των ομηλίκων, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν ότι η έκφραση ΠΥΥ μπορεί να επηρεαστεί από τις στάσεις της ομάδας ως προς τα συμπτώματα υγείας που δεν έχουν «αντικειμενική» οργανική αιτιολογία. Στη μελέτη των Guite και συνεργατών σε μαθητές δημοτικού φάνηκε ότι τα παιδιά θεωρούν πιο σοβαρά τα συμπτώματα εκείνα που οφείλονται σε συγκεκριμένα οργανικά αίτια (540). Αντίστοιχα συμπεράσματα έχουν διεξαχθεί από μελέτη σε πληθυσμό εφήβων, τονίζοντας, επιπλέον, τον κρίσιμο ρόλο του φύλου (541). Φάνηκε ότι τα κορίτσια ένιωθαν πιο ελεύθερα να μοιράζονται τις σωματικές τους ενοχλήσεις με τον ομόφυλο

κοινωνικό τους κύκλο, ενώ τα αγόρια έτειναν να υποβαθμίζουν τα συμπτώματα μπροστά στους φίλους τους, ιδιαίτερα όσα από αυτά δεν θα έχαιραν κοινωνικής αποδοχής –ανεξάρτητα από την οργανική τους αιτιολογία. Επομένως, παράγοντες που αφορούν στις κοινωνικές αναπαραστάσεις του φύλου και στις τάσεις συμμόρφωσης με τις κοινωνικές προσδοκίες για κάθε φύλο εμπλέκονται στην επικοινωνία των συμπτωμάτων υποκειμενικής υγείας μεταξύ εφήβων (541). Παρομοίως, οι έφηβοι με συμπτώματα χρόνιου πόνου νιώθουν λιγότερο αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους (259) ενώ φαίνεται πως υστερούν και ως προς την κοινωνική τους λειτουργικότητα καθώς συμμετέχουν σε λιγότερες δραστηριότητες, αναφέρουν ότι έχουν λιγότερους φίλους και θεωρούνται πιο απομονωμένοι σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλίκους τους (542). Ο Larsson και οι συνεργάτες του τόνισαν ότι η έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητα συνδέεται με οποιοδήποτε σύμπτωμα χρόνιου πόνου υψηλής χρονικής συχνότητας (77). Εν κατακλείδι, οι μελέτες δείχνουν ότι η ομάδα των συνομηλίκων μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην ψυχοσωματική υγεία των εφήβων.

## **6.2 Σχολικό Περιβάλλον**

### **6.2.1 Σχολικό περιβάλλον και εφηβεία**

Η εμπειρία των παιδιών κι εφήβων μέσα στο σχολικό τους περιβάλλον αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας τους καθώς και για την υποκειμενική τους υγεία και την ικανοποίηση από την ζωή τους (81). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, τα παιδιά βιώνουν πολλαπλές αλλαγές τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο λειτουργικότητας και συνδιαλλαγής με τον κοινωνικό τους περίγυρο που συνεχώς διευρύνεται. Το σχολείο πλαισιώνει μεγάλο τμήμα της εμπειρίας του εφήβου, καθώς περιλαμβάνει δραστηριότητες και λειτουργίες με εκπαιδευτικό/γνωστικό και με κοινωνικο–συναισθηματικό προσανατολισμό. Οι αλληλεπιδράσεις των παιδιών στο πλαίσιο του σχολείου, η εμπειρία και η τριβή τους με την γνωστική και κοινωνική του διάσταση, συμβάλλουν στην καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων τους.

Τα στοιχεία του σχολικού περιβάλλοντος που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν την υποκειμενική υγεία των μαθητών διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο (62). Σε γενικές γραμμές, οι μαθητές στην όψιμη εφηβεία, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ακαδημαϊκή τους

επίδοση, πιθανόν λόγω της αμεσότητας των στόχων για την μετασχολική ζωή. Αντίθετα, οι κοινωνικές σχέσεις εντός σχολείου φέρονται να έχουν μεγαλύτερη ισχύ στην υποκειμενική υγεία των μαθητών στην πρώιμη και μέση φάση της εφηβικής περιόδου. Αναφορικά με το φύλο, τα κορίτσια φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο σχεδόν από όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με τη σχολική ζωή (543). Η υπεροχή των κοριτσιών πιθανολογείται ότι εδράζει στην καίρια συμβολή της κοινωνικής αποδοχής στην αυτοεικόνα και αυτοεκτίμησή τους. Το σχολείο ως κοινωνικό πλαίσιο αλλά και ως πλαίσιο εργασίας προσφέρει πληθώρα ευκαιριών για την ενίσχυση ή εξασθένηση της αίσθησης αποδοχής (πχ. σχολικές επιδόσεις, σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές).

### 6.2.2 Σχολικές απαιτήσεις και επιδόσεις

Με αφετηρία την εξίσωση του σχολείου με εργασιακό περιβάλλον για τα παιδιά/εφήβους και τη θεωρία του Karasek για το εργασιακό στρες<sup>16</sup>, ο φόρτος εργασίας που αναθέτεται στους μαθητές έχει διερευνηθεί εκτενώς για τη συσχέτισή του με τα επίπεδα ΠΥΥ στην εφηβεία. Πλήθος μελετών έχει υπογραμμίσει τη σχέση ανάμεσα στα υψηλά επίπεδα ΠΥΥ στην εφηβεία και στις αυξημένες σχολικές απαιτήσεις και τη σύνοδη ψυχολογική πίεση (60, 292, 344, 543, 545-549). Η ψυχολογική πίεση από τις υψηλές σχολικές απαιτήσεις φαίνεται να είναι πιο έντονη για τους εφήβους μεγαλύτερων ηλικιών και τα κορίτσια, που δέχονται συνήθως περισσότερη κοινωνική πίεση να αναλάβουν ευθύνες και να ανταπεξέλθουν σε πολλαπλά καθήκοντα (81, 344, 550). Βασισμένη στο μοντέλο του Karasek, η μελέτη των Gedin και Hammarstrom, έδειξε ότι τα παιδιά (Γ' και ΣΤ' τάξεων δημοτικού) που δήλωναν χαμηλές απαιτήσεις και υψηλό εύρος ελέγχου παρουσίαζαν καλύτερους δείκτες υγείας ως προς τα αυτοαναφερόμενα σωματικά συμπτώματα, το στρες, το αίσθημα κόπωσης και αυταξίας, σε σύγκριση με παιδιά που ανέφεραν διαφορετικούς συνδυασμούς του επιπέδου απαιτήσεων και εύρους

---

<sup>16</sup> Το μοντέλο σχέσεων «ψυχολογικών απαιτήσεων/ελέγχου» (“demand/control model”) για το εργασιακό στρες (544) υποστηρίζει την αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων. Συγκεκριμένα: 1.ο συνδυασμός υψηλών ψυχολογικών απαιτήσεων και χαμηλού εύρους δυνατότητας ελέγχου επιφέρει την κατάσταση «πίεσης στην εργασία» (“job strain”) και θεωρείται παράγοντας κινδύνου για πρόκληση ασθένειας, 2. Ο συνδυασμός υψηλών ψυχολογικών απαιτήσεων και υψηλού εύρους δυνατότητας ελέγχου ονομάζεται «ενεργός κατάσταση» (“active situation”), 3. Ο συνδυασμός χαμηλών απαιτήσεων και υψηλού εύρους ελέγχου ονομάζεται «χαλαρή κατάσταση» (“relaxed situation”) και 4. Ο συνδυασμός χαμηλών απαιτήσεων και χαμηλού εύρους ελέγχου ονομάζεται «παθητική κατάσταση» (“passive situation”) και μπορεί να επιφέρει τον κίνδυνο απώλειας των δεξιοτήτων και σε ένα βαθμό την άμβλυνση του συναισθήματος.



ελέγχου. Στο ίδιο πλαίσιο αναφοράς, οι Takakura, Wake και Kobayashi (551) υπογράμμισαν την συνδυαστική επίδραση των υψηλών σχολικών απαιτήσεων, του χαμηλού περιθωρίου ελέγχου και της μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης στην αύξηση των επιπέδων ΠΥΥ στους εφήβους, υπερτονίζοντας τη σημασία της έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης από εκπαιδευτικούς και συμμαθητές. Παρόμοια αποτελέσματα σε μαθητικό πληθυσμό ανέδειξε και η μελέτη των Modin και συνεργατών (280), με τους εφήβους που δήλωναν υψηλές σχολικές απαιτήσεις και χαμηλό περιθώριο ελέγχου να εμφανίζουν τα περισσότερα ΠΥΥ. Στην ίδια μελέτη, οι μαθητές με χαμηλή αίσθηση συνοχής στο σχολείο (“school sense of coherence”) εκδήλωναν συστηματικά περισσότερα ΠΥΥ σε όλες τις κατηγορίες συνδυασμών επιπέδου απαιτήσεων κι ελέγχου. Παράλληλα, η διάσταση του ελέγχου φάνηκε να επιδρά στα ΠΥΥ μέσω άλλων παραγόντων όπως είναι η υποστήριξη από τους εκπαιδευτικούς, οι σχολικοί βαθμοί επίδοσης και οι παράτυπες συμπεριφορές.

Από την άλλη μεριά, οι Karvonen, Vikat και Rimpela (552) έδειξαν ότι η αύξηση των ΠΥΥ είχε άμεση, γραμμική συσχέτιση με την αύξηση των σχολικών απαιτήσεων, ακόμη κι όταν άλλοι σημαντικοί παράγοντες όπως οι κακές σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς, το αρνητικό κλίμα μέσα στο τμήμα και τα φαινόμενα εκφοβισμού διατηρούνταν σταθερά κατά την στατιστική ανάλυση. Η συγκεκριμένη μελέτη κατέδειξε επιπλέον ότι ο υπερβολικά μικρός όγκος σχολικών απαιτήσεων συνδέεται με την εμφάνιση ΠΥΥ. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί από τον χώρο της εργασιακής ψυχολογίας όπου ο υπερβολικά μεγάλος όγκος εργασίας δύναται να επιφέρει ανάλογο στρες και αισθήματα ματαίωσης όσο και η ανάθεση υπερβολικά λίγων, εύκολων και ασήμαντων καθηκόντων. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η μείωση ή η απαλλαγή από τις σχολικές απαιτήσεις δεν αποτελεί πανάκεια. Η ευεξία των μαθητών μέσα στο σχολικό περιβάλλον μπορεί να ενισχυθεί από την ισορροπημένη αναλογία σχολικών απαιτήσεων, αίσθησης ελέγχου και κοινωνικής υποστήριξης (344, 553).

Οι σχολικές επιδόσεις έχουν περιγραφεί ως παράγοντας που καθορίζει και καθορίζεται από την ψυχική υγεία του μαθητή (550, 554), υποδηλώνοντας την ύπαρξη μίας αμφίδρομης σχέσης μεταξύ τους. Ο πιθανότερος μηχανισμός που εμπλέκεται στη μεταξύ τους σύνδεση είναι το στρες που απορρέει από την αντιλαμβανόμενη –από τον μαθητή– ανισορροπία μεταξύ των σχολικών απαιτήσεων και της προσωπικής αίσθησης ελέγχου κι επιτυχούς διαχείρισης των ανωτέρω απαιτήσεων (554). Οι σχολικές επιδόσεις κατά τα εφηβικά χρόνια μπορεί να επηρεάσουν τον

εκπαιδευτικό και επαγγελματικό προσανατολισμό του μαθητή –μειώνοντας ή αυξάνοντας τις πιθανότητες για ανώτερες σπουδές– κι έτσι να συνκαθορίσουν την κοινωνικο–οικονομική του θέση στην ενήλικη ζωή. Συμπληρωματικά, η διαταραγμένη ψυχική υγεία στην εφηβεία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της σχολικής επίδοσης καθώς τα παιδιά με προβλήματα εσωτερίκευσης ή εξωτερίκευσης συνήθως έχουν μεγαλύτερο απουσιασμό, μικρότερες προσδοκίες για τις γνωστικές ικανότητές τους και μικρότερη ικανότητα συγκέντρωσης (554).

Οι μελέτες που εξετάζουν τη σχέση των σχολικών επιδόσεων με τους δείκτες ψυχικής κι υποκειμενικής υγείας στην εφηβεία έχουν φέρει στο φως ενδιαφέροντα αλλά αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι χαμηλές σχολικές επιδόσεις (που συνήθως αποτυπώνονται με τη μορφή της χαμηλής βαθμολογίας) έχουν συσχετιστεί με αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (555) και με μείωση του δείκτη υποκειμενικής υγείας (201). Αναφορικά με την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων, τα αποτελέσματα εμφανίζονται λιγότερο ομοιογενή. Υπάρχουν μελέτες που συνδέουν τις υψηλές σχολικές επιδόσεις με υψηλούς δείκτες ψυχοσωματικής υγείας (554, 556), ενώ, παράλληλα, μεγάλη Φινλανδική μελέτη σε εφήβους 14 και 15 ετών δείχνει ότι οι μαθητές με καλύτερη σχολική βαθμολογία αναφέρουν περισσότερα ΠΥΥ σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους με χαμηλότερους βαθμούς (552). Από την άλλη μεριά, στη μελέτη των Laftman και Modin (550) φάνηκε ότι οι υψηλές σχολικές επιδόσεις είχαν θετική συσχέτιση με τα ΠΥΥ των εφήβων, η οποία όμως εξασθενούσε κι εξαφανιζόταν όταν λαμβάνονταν υπόψιν άλλες οικογενειακές παράμετροι. Η ανησυχία, ωστόσο, των μαθητών για τις σχολικές τους επιδόσεις έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και στα δύο φύλα (60, 554).

### **6.2.3 Συναισθηματικό κλίμα στο σχολείο**

Το συναισθηματικό κλίμα και η ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σχολείο έχουν ιδιαίτερη σημασία για την εφηβική υγεία. Η υποκειμενική εμπειρία του εφήβου μέσα στο σχολικό του περιβάλλον, δηλαδή το πώς το αντιλαμβάνεται (π.χ. πολύ αυστηρό) και πώς νιώθει (π.χ. ασφάλεια, αίσθηση του ανήκειν) μέσα σε αυτό, έχει βρεθεί να συνδέεται στενά με τους δείκτες υποκειμενικής υγείας και την εμφάνιση ΠΥΥ (128, 130, 551). Οι μαθητές που νιώθουν συνδεδεμένοι με το σχολείο τους συνήθως έχουν καλύτερους δείκτες συναισθηματικής ευεξίας κι υποκειμενικής υγείας, λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερους δείκτες αποκλίνουσας συμπεριφοράς (557, 558).

Η σχολική τάξη μπορεί να θεωρηθεί ένας συνδυασμός περιβάλλοντος εργασίας κι ομάδας με χαρακτηριστικά (χώρος, πρόσωπα) που παραμένουν σταθερά για μεγάλο χρονικό διάστημα (559). Ανάμεσα στα μέλη της σχολικής τάξης σχηματίζονται σχέσεις και δυναμικές και διαμορφώνονται ιεραρχίες που καθιστούν την καθημερινή εμπειρία μέσα στη σχολική τάξη ένα σημαντικό πλαίσιο αναφοράς για τον έφηβο (560). Επιπλέον, εντός της σχολικής τάξης αντανακλώνται διάφορες συνθήκες που αφορούν στο ευρύτερο πλαίσιο του σχολείου –όπως η τοποθεσία, η αναλογία μαθητών ανά τάξη, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της περιοχής, η μέση ακαδημαϊκή απόδοση του σχολείου– και που επηρεάζουν τις δυναμικές που αναπτύσσονται μέσα στο τμήμα. Για παράδειγμα, οι έφηβοι που δηλώνουν δυσαρεστημένοι από τα επίπεδα θορύβου κι ενόχλησης εντός του σχολικού τμήματος τείνουν να δηλώνουν περισσότερα ΠΥΥ (547).

Ο συνολικός βαθμός ενσωμάτωσης που διαμορφώνεται μέσα στη σχολική τάξη αναμένεται να επηρεάσει τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, την ποιότητα επιρροής και διασύνδεσης των μαθητών μεταξύ τους, καθώς επίσης και την πρόσβαση σε βοηθητικές πηγές. Επομένως, ανάλογα με τον βαθμό ενσωμάτωσης μέσα στη σχολική τάξη διαμορφώνονται θετικές ή αρνητικές αντιλήψεις, προσδοκίες, συμπεριφορές και σχέσεις ανάμεσα στους συμμαθητές, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την υγεία μέσω οργανικών μηχανισμών (π.χ. μηχανισμοί ρύθμισης του στρες, λειτουργία ανοσοποιητικού συστήματος), ψυχολογικών παραγόντων (π.χ. αυτοεκτίμηση) και υιοθέτησης συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία (π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ) (560).

Το ευρύτερο κλίμα που επικρατεί μέσα στην τάξη συνιστά σημαντικό παράγοντα για την ευεξία των μαθητών. Ανεξάρτητα από την προσωπική εμπειρία κάθε παιδιού, ευρύτεροι σχολικοί παράγοντες δύναται να συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ψυχοσωματικής υγείας των μαθητών, έστω κι αν η συμβολή τους είναι στατιστικά μικρή (547, 561). Για παράδειγμα, ο Karvonen και οι συνεργάτες του υποστήριξαν ότι ένα φτωχό συναισθηματικά κλίμα μέσα στην τάξη σχετίζεται με αυξημένα ΠΥΥ στους μαθητές (552). Η μελέτη των Torsheim και Wold (547), μάλιστα, τόνισε ότι το γενικό κλίμα αποδοχής κι υποστήριξης μέσα στην τάξη μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά ως προς την ψυχοσωματική υγεία των μαθητών μετριάζοντας την επίδραση του ακαδημαϊκού στρες στην εμφάνιση ΠΥΥ. Από την άλλη μεριά, η Almqvist (560) υποστήριξε ότι η εμπειρία της σχολικής τάξης ως πλαίσιο δημοφιλίας συνδέθηκε με την εμφάνιση ελάσσονων ψυχικών διαταραχών στην παιδική ηλικία και την κακή υποκειμενική υγεία στην ενήλικη ζωή.

Την ίδια κατεύθυνση ακολούθησαν και τα πορίσματα της πρόσφατης μελέτης των Almqvist, Modin και Augustine (562) αναφορικά με την επίδραση του κλίματος αποδοχής σε επίπεδο σχολικής τάξης στα ΠΥΥ παιδιών κι εφήβων. Η απουσία ενός γενικού κλίματος αποδοχής εντός τμήματος αποτέλεσε σημαντικό συσχετιζόμενο παράγοντα με τα ΠΥΥ στον πληθυσμό των κοριτσιών, ανεξάρτητα από την υποκειμενική τους αντίληψη για την προσωπική τους αποδοχή από τους συμμαθητές τους (δηλαδή το κατά πόσο οι ίδιες αισθάνονταν αποδεκτές ή όχι από την υπόλοιπη τάξη). Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Laftman και Bitte (550) που βρήκαν ότι οι κοινωνικο-συναισθηματικές συνθήκες σε επίπεδο σχολικής τάξης εξηγούν το 5% της συνολικής διακύμανσης των ΠΥΥ μόνο στα κορίτσια. Η έλλειψη ενός γενικού κλίματος αποδοχής μέσα στην τάξη συνήθως συνάδει με άλλους αρνητικούς παράγοντες, όπως η επικράτηση ανταγωνιστικής κουλτούρας, συγκρουσιακής ατμόσφαιρας και κοινωνικών συγκρίσεων. Ο συνδυασμός των ανωτέρω χαρακτηριστικών στο πλαίσιο της σχολικής τάξης δυσχεραίνει την επίτευξη ενσωμάτωσης και αλληλοϋποστήριξης των μαθητών, συντελώντας, έτσι, στην αντίληψη της σχολικής τάξης ως στρεσογόνο περιβάλλον. Οι ερευνητές απέδωσαν τον περιορισμό της ισχύς του ευρήματος μόνο στον πληθυσμό των μαθητριών στην μεγαλύτερη έμφαση κι ευαλωτότητα των κοριτσιών στις διαπροσωπικές σχέσεις.

#### **6.2.4 Σχέσεις στο σχολικό περιβάλλον**

##### **6.2.3.1 Σχέσεις με εκπαιδευτικούς**

Οι σχέσεις του παιδιού με τους εκπαιδευτικούς αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα κατά την εφηβική ζωή, όπου ο όγκος και οι απαιτήσεις εργασίας αυξάνονται και δυσκολεύουν. Η DuBois (563) υποστήριξε ότι η κοινωνική υποστήριξη από τους ενήλικες στο σχολικό περιβάλλον αποκτά βαρύνουσα σημασία για τους εφήβους χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού υπόβαθρου που αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις ζωής στην καθημερινότητά τους.

Η έλλειψη υποστηρικτικής σχέσης με τους εκπαιδευτικούς ή οι συγκρουσιακές μεταξύ τους σχέσεις έχουν συσχετιστεί με την αύξηση των πιθανοτήτων για εκδήλωση ΠΥΥ (130, 539, 547, 551, 564). Άλλες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η αρνητική διάσταση της σχέσης με τους εκπαιδευτικούς – πχ. αίσθηση αδικίας, σύγκρουση, έλλειψη συμπάθειας– σχετίζεται με τα ΠΥΥ των εφήβων (533, 548, 549, 565). Η μελέτη των Bergh και συνεργατών (566) έδειξε ότι ένας παράγοντας που μεσολαβεί στην

συσχέτιση των ΠΥΥ με την κοινωνική υποστήριξη από τους εκπαιδευτικούς είναι η ακαδημαϊκή κατεύθυνση του εφήβου (θεωρητική ή μη). Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι οι μαθητές θεωρητικής κατεύθυνσης καταβάλουν εντονότερες προσπάθειες να εναρμονιστούν με την κουλτούρα του σχολείου από τους μαθητές άλλων κατευθύνσεων κι, έτσι, είναι πιο ευάλωτοι στις σχέσεις τους με τους εκπαιδευτικούς, όσον αφορά στην αναγνώριση και επιβράβευση ή την τιμωρία τους (566). Η μεγαλύτερη τάση των εφήβων κοριτσιών να στελεχώνουν πλειοψηφικά τα τμήματα θεωρητικής κατεύθυνσης και να δηλώνουν χαμηλότερους δείκτες υποκειμενικής υγείας και περισσότερα ΠΥΥ θα μπορούσε να αιτιολογήσει το ανωτέρω πόρισμα. Παρόλο που η σχέση με τους εκπαιδευτικούς αναφέρεται ως σημαντική και για τα δύο φύλα (130), σε παλαιότερη μελέτη έχει βρεθεί να συσχετίζεται με τα ψυχοσωματικά παράπονα μόνο των κοριτσιών (567). Η Piko τόνισε ότι αγόρια και κορίτσια διαφέρουν ως προς την φύση της υποστήριξης που αναζητούν κατά την εφηβική περίοδο, με τα κορίτσια να δίνουν βαρύτητα στην συναισθηματική στήριξη, σε αντίθεση με τα αγόρια που ρέπουν σε πιο πρακτικές μορφές υποστήριξης (568).

Συμπληρωματικά, στη μελέτη των Torsheim και Wold (569) τονίστηκε ότι τα ελλείμματα στην κοινωνική υποστήριξη των μαθητών τόσο από τους εκπαιδευτικούς όσο και από τους συμμαθητές ενέχουν ιδιαίτερη σημασία για τη μελέτη των ΠΥΥ. Στην πολυπληθή μελέτη τους σε μαθητές 11 και 15 ετών έδειξαν ότι οι έφηβοι με τους χαμηλότερους δείκτες υποστήριξης από τους συμμαθητές τους και τους εκπαιδευτικούς εμφάνιζαν συστηματικά υψηλότερο επίπεδο ΠΥΥ σε σύγκριση με τους υπόλοιπους. Αντίθετα, οι συνομήλικοί τους που είχαν κατηγοριοποιηθεί στην μέση και υψηλή κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (από εκπαιδευτικούς και συμμαθητές) δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το επίπεδο των ΠΥΥ, υποδεικνύοντας την καίρια συμβολή της ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοαναφορά ΠΥΥ.

### **6.2.3.2 Σχέσεις με συμμαθητές και κοινωνική ιεραρχία**

Η θέση του εφήβου στην ανεπίσημη ιεραρχία που διαμορφώνεται μεταξύ συμμαθητών (“peer status”) αντικατοπτρίζει σημαντικές διαστάσεις της καθημερινής εμπειρίας του παιδιού μέσα στη σχολική τάξη –όπως το αν έχει γίνει αποδεκτό, αν το εκτιμούν και το σέβονται κι αν ξεχωρίζει– και ασκεί σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της αυτοεικόνας και στην ψυχική του υγεία (559). Παρόλο που η πλειοψηφία των παιδιών έχει μία μέση υπόσταση σε αυτήν την κοινωνική ιεραρχία,

ένας μικρότερος αριθμός παιδιών καταλαμβάνει μία θέση σε ένα από τα δύο της άκρα. Άμεσα συνυφασμένη με το κοινωνικό στατους των παιδιών είναι η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν, κυρίως από τους συμμαθητές τους. Η κατανομή των παιδιών στο φάσμα του κοινωνικού στατους μέσα στην σχολική τάξη συνδέεται με διαφορετική πρόσβαση στις βοηθητικές της πηγές καθώς και με διαφοροποιημένες προσδοκίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές που συχνά συνοδεύουν το άτομο και μετά το πέρας της σχολικής ζωής (536, 560).

Η μελέτη της Ostberg (559) σε παιδιά 7 με 11 ετών έδειξε ότι τα παιδιά με υψηλή θέση στην κοινωνική ιεραρχία των συνομηλίκων τους είχαν λιγότερες πιθανότητες να εκφράσουν συμπτώματα ψυχικής δυσφορίας. Επιπλέον, επισημαίνει ότι η χαμηλή κοινωνικά θέση έχει αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών που ανήκουν σε αυτήν και λειτουργεί, παράλληλα, ως υπάρχουσα απειλή για όλα τα παιδιά, ανεξαρτήτα από το προσωπικό κοινωνικό τους στατους. Σε μετέπειτα έρευνά της σε συνεργασία με την Modin (536) κατέδειξε ότι το χαμηλό κοινωνικό στάτους στην παιδική ηλικία συσχετίστηκε με χαμηλούς δείκτες υποκειμενικής υγείας σε ενήλικες γυναίκες. Τα παιδιά με χαμηλή κοινωνική υπόσταση συνήθως έχουν λιγότερες ή ελάχιστες φιλικές σχέσεις. Η Lohre υπογράμμισε σε πρόσφατη μελέτη (533) της σε παιδιά κι εφήβους τον καθοριστικό ρόλο της αίσθησης μοναξιάς στην αυτοαναφορά ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων όπως η θλίψη, το άγχος, ο πονοκέφαλος και ο στομαχόπονος. Υποστήριξε, μάλιστα, ότι τα παιδιά κι οι έφηβοι που αναφέρουν ότι νιώθουν μοναξιά έχουν υψηλό επιπολασμό ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων (θλίψη, άγχος, πονοκέφαλος και στομαχόπονος) είτε είναι θύματα σχολικού εκφοβισμού είτε όχι (533).

### **6.2.3.3 Σχολικός εκφοβισμός**

Το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού αφορά στην επαναλαμβανόμενη, απρόκλητη, στοχευμένη παρενόχληση κάποιου παιδιού από άλλο παιδί ή ομάδα παιδιών, που διαθέτουν μεγαλύτερη ισχύ (είτε ψυχοκοινωνική είτε σωματική) με σκοπό την πρόκληση ψυχικής ή σωματικής βλάβης (570). Η παρενόχληση αυτή μπορεί να πάρει διάφορες μορφές: σωματική (σπρωξιές, ξυλοδαρμός ή απειλή ξυλοδαρμού), λεκτική (κοροϊδία, διακρίσεις, σεξουαλικά σχόλια), κοινωνική (διάδοση φημών, καταστροφή προσωπικών αντικειμένων, απομόνωση από την ομάδα, απειλές

διακοπής σχέσης) και πλέον, με τη διάδοση της τεχνολογίας, ηλεκτρονική (εκβιασμός μέσω Διαδικτύου και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μέσω μηνυμάτων στο κινητό τηλέφωνο). Οι δύο πρώτες μορφές συχνά απαντώνται στη βιβλιογραφία ως τύποι άμεσου ή ενεργητικού εκφοβισμού, καθώς αφορούν στην άμεση έκφραση της επιθετικής συμπεριφοράς. Ο κοινωνικός και ηλεκτρονικός τύπος συνιστούν μορφές σχεσιακού εκφοβισμού ή «σχεσιακής θυματοποίησης» (“relational victimization”), καθώς συνίστανται στη χειραγώγηση των σχέσεων ή της κοινωνικής υπόστασης του ατόμου (571).

Συνήθως το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού κορυφώνεται στην πρώιμη εφηβική ηλικία –όπου τα παιδιά αρχίζουν να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ομάδα των συνομηλίκων και να ενδιαφέρονται για το άλλο φύλο και, ταυτόχρονα, καλούνται να διαχειριστούν αλλαγές τόσο στην εκπαιδευτική τους ρουτίνα (πχ. αλλαγή σχολείου, μεγάλος αριθμός εκπαιδευτικών, υψηλότερες απαιτήσεις) όσο και σε προσωπικό επίπεδο (έναρξη της ήβης, κ.ά.)– και τείνει να μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας (572). Μορφές άμεσου εκφοβισμού είναι συνηθέστερες ανάμεσα στα αγόρια, ενώ τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να προβούν ή να δεχθούν συμπεριφορές σχεσιακής θυματοποίησης. Και οι δύο τύποι εκφοβισμού, έχουν τεκμηριωθεί ως εξίσου σημαντικοί κι ανεξάρτητοι παράγοντες που καθορίζουν την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη παιδιών κι εφήβων (571). Η έκθεση στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού με οποιοδήποτε ρόλο σηματοδοτεί αυξημένο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές κατά την ενήλικη ζωή (573, 574).

Η βιβλιογραφία για την εφηβική υγεία βρίθκει από μελέτες που συνδέουν το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού με τις συναισθηματικές διαταραχές, με συμπεριφορές–κινδύνου και με προβλήματα ψυχοσωματικής υγείας. Η μετα-ανάλυση των Gini και Pozzoli (575) που αφορούσε στη μελέτη 11 μελετών σχετικά με την συσχέτιση των ψυχοσωματικών προβλημάτων (με την μορφή των ΠΥΥ) με τον σχολικό εκφοβισμό έδειξε ότι τα παιδιά που εμπλέκονται σε οποιαδήποτε μορφή εκφοβισμού έχουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης ΠΥΥ, σε σύγκριση με συνομηλίκους τους χωρίς εμπειρία του φαινομένου, και τόνισε ότι το εύρημα αυτό φαίνεται να ισχύει για αγόρια και κορίτσια και των δύο φύλων από διαφορετικές χώρες. Διακρατική μελέτη σε 28 χώρες που διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού και την εμφάνιση 12 διαφορετικών ψυχοσωματικών συμπτωμάτων υποστήριξε ότι η υψηλή έκθεση στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για υψηλά επίπεδα επίπεδα ΠΥΥ, τόσο ανά σύμπτωμα

όσο και συνολικά, αν και η υψηλότερη συσχέτιση αναδείχθηκε για τον αστερισμό των συμπτωμάτων ψυχολογικής φύσης (576).

Η συγκεκριμένη μετα-ανάλυση (575) υπογράμμισε επιπλέον τον διαχωρισμό ανάμεσα στους ρόλους των εμπλεκόμενων μερών, δηλ. των παιδιών-θυμάτων, των παιδιών-θυτών και των παιδιών που υιοθετούν και τους δύο ρόλους, καθώς φάνηκε ότι τα παιδιά-θύματα και τα παιδιά που εναλλάσσονται σε θύτες/θύματα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοσωματικών ενοχλήσεων (με τη μορφή των ΠΥΥ) σε σύγκριση με τα παιδιά-θύτες. Τονίστηκε, ωστόσο, ότι η εμπειρία του σχολικού εκφοβισμού, από οποιοδήποτε ρόλο, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοσωματική υγεία των εμπλεκόμενων μερών. Εστιάζοντας στο ρόλο του θύτη, η Baldry υποστήριξε ότι ο άμεσος εκφοβισμός δεν συνδέθηκε με διαταραχές ψυχοσωματικής υγείας, ενώ ο εκφοβισμός στο πλαίσιο της σχέσης αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές καθώς επίσης και για συμπεριφορές απόσυρσης. Αντίθετα, η θυματοποίηση του παιδιού/εφήβου και στις δύο μορφές εκφοβισμού αποτέλεσε ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση ΠΥΥ (577).

Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η μελέτη των Luukkonen και συνεργατών (578) που έδειξαν ότι αγόρια και κορίτσια με προβλήματα εξωτερίκευσης στην εφηβεία είχαν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να γίνουν θύτες ή θύτες/θύματα, σε σύγκριση με συνομηλίκους τους χωρίς διαταραχές εξωτερίκευσης. Για τον πληθυσμό των αγοριών, οι διαταραχές εσωτερίκευσης και οι χρόνιες σωματικές ασθένειες συνδέονταν με αύξηση των πιθανοτήτων θυματοποίησης κατά 3 και 2.5 φορές αντίστοιχα (578). Άλλες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων χωρίς οργανική υπόσταση –όπως πονοκέφαλος, στομαχόπονος, ναυτίες, κ.ά.– συσχετίζεται κυρίως με την θυματοποίηση των εφήβων και των δύο φύλων, υποδηλώνοντας την πιθανότητα τα συμπτώματα αυτά να αποτελούν ενδείξεις της σωματικής δυσφορίας και του στρες που βιώνουν τα παιδιά στο σχολείο (577, 579, 580). Επιπλέον, έχει υποστηριχθεί ότι η θυματοποίηση των εφήβων στο πλαίσιο της σχέσης αποτελεί τον σημαντικότερο προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, ανεξάρτητα από την σωματική ή λεκτική θυματοποίηση (571, 577). Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι συχνά ο θύτης αποτελεί άτομο από τον στενό φιλικό κύκλο του εφήβου, δυσχεραίνοντας, έτσι, ακόμη περισσότερο τη διαχείριση της διεργασίας θυματοποίησης από την πλευρά του θύματος (571).



Συμπληρωματικά, συγχρονικές μελέτες έχουν τονίσει ότι η έκθεση στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού συσχετίζεται με συμπτώματα πόνου και ψυχολογικές διαταραχές (κυρίως εσωτερίκευσης) (65), με υψηλότερη συχνότητα ΠΥΥ (πχ. πονοκέφαλος, στομαχόπονος, δυσκολίες στον ύπνο, νευρικότητα) (572) καθώς και με τη χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση των ανωτέρω συμπτωμάτων (385) και με τις συχνές επισκέψεις στην σχολική νοσηλεύτρια λόγω ΠΥΥ, σωματικής ασθένειας ή τραυματισμού (581). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και για το σύγχρονο φαινόμενο του ηλεκτρονικού εκφοβισμού, όπου η έκθεση σε αυτό, είτε από τη μεριά του θύτη είτε του θύματος ή και των δύο, συνδέεται με την εμφάνιση ΠΥΥ (582). Η συσχέτιση, μάλιστα, ανάμεσα στα θύματα του ηλεκτρονικού εκφοβισμού και τα ΠΥΥ δεν χάνει την ισχύ της, ακόμη κι όταν ο παράγοντας του εκφοβισμού άλλης μορφής (πχ. σωματικός ή λεκτικός) παραμένει σταθερός κατά την στατιστική επεξεργασία (582).

Σημαντικό θέμα στη σχετική βιβλιογραφία αποτέλεσε η κατεύθυνση της συσχέτισης ανάμεσα στον σχολικό εκφοβισμό και τα αμιγώς ψυχολογικά ή/και ψυχοσωματικά προβλήματα. Οι λίγες, μέχρι στιγμής, προοπτικές μελέτες σε παιδιά κι εφήβους έχουν αναδείξει ότι η θυματοποίηση στην αρχή της σχολικής χρονιάς αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση νέων σωματικών συμπτωμάτων (πχ. πονοκέφαλος, στομαχόπονος, κόπωση, έλλειψη όρεξης, δυσκολίες στον ύπνο, νευρικότητα) με την πάροδο του χρόνου, ενώ έχουν αντικρούσει τον αντίστροφο ισχυρισμό, καθώς η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων στην έναρξη της χρονιάς δεν φάνηκε να προβλέπει την θυματοποίηση του παιδιού/εφήβου στη συνέχεια του σχολικού έτους. Αντίθετα, τα συμπτώματα ψυχικού φάσματος, και κυρίως η καταθλιπτική και αγχώδης συμπτωματολογία, συσχετίστηκαν με τη θυματοποίηση του παιδιού/εφήβου, τόσο ως παράγοντες που προηγούνται κι ευνοούν τη θυματοποίησή του όσο και ως παράγοντες που έπονται αυτής (583, 584). Οι ερευνητές εικάζουν ότι τα παιδιά με προβλήματα υγείας που εδράζονται στο σώμα «προστατεύονται» από συμπεριφορές εκφοβισμού λόγω της υφιστάμενης κοινωνικής σύμβασης που θεωρεί ανάρμοστη την παρενόχληση ατόμων με σωματικά προβλήματα ή ενοχλήσεις. Αντίθετα, τα παιδιά με ψυχικές δυσκολίες –ιδιαιτέρα με συμπτώματα εσωτερίκευσης– αποτελούν πιο προσβάσιμους στόχους εκφοβισμού, πιθανόν λόγω της λιγότερο διεκδικητικής και ευρύτερης παθητικής στάσης τους, της τάσης τους για απόσυρση, της κατώτερης στην κοινωνική ιεραρχία θέσης τους και της έλλειψης ευαισθητοποίησης των μαθητών για τα ψυχικά προβλήματα (584).

Από την άλλη πλευρά, οι υποστηρικτικές σχέσεις του εφήβου με τους συμμαθητές του ευνοούν την καλή ψυχική και ψυχοσωματική του υγεία (547, 566, 585). Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη υποστήριξης από τους συμμαθητές αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΠΥΥ, ανεξάρτητα από την ακαδημαϊκή επίδοση και τον προσανατολισμό (566), την αντιλαμβανόμενη πίεση εργασίας (551, 569) και την αίσθηση αδικίας από τον εκπαιδευτικό (565). Ο βαθμός εμφάνισης ΠΥΥ έχει βρεθεί να συνδέεται με τον βαθμό του ανήκειν μέσα στην σχολική τάξη. Η υποκειμενική αντίληψη για τον βαθμό προσωπικής αποδοχής μέσα στο τμήμα, δηλαδή το κατά πόσο κάθε μαθητής νιώθει αποδεκτός από τους συμμαθητές του, έχει σημαντική επίδραση στο επίπεδο των ΠΥΥ τόσο για τα κορίτσια όσο και για τα αγόρια, ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία (562). Επιπλέον, η στενή φιλική σχέση με έναν συμμαθητή μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά ως προς την εμφάνιση ΠΥΥ (σωματικά συμπτώματα) στην περίπτωση που το παιδί υφίσταται σχολικό εκφοβισμό (532, 586). Οι καλές σχέσεις με τους συμμαθητές υπογραμμίζονται για τον προστατευτικό τους ρόλο ως προς την εμφάνιση ΠΥΥ για τους εφήβους και των δύο φύλων (130, 567) –αν και υπάρχει μελέτη που υπερτονίζει τον προστατευτικό αυτό ρόλο κυρίως για τα αγόρια (60)– ενώ φαίνεται να αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία κατά την περίοδο μετάβασης του παιδιού από το γυμνάσιο στο λύκειο (587).

## II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 7. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Συνοψίζοντας τη διεθνή βιβλιογραφία, γίνεται άμεσα αντιληπτό το έλλειμα της διερεύνησης των ΠΥΥ στη χώρα μας. Πράγματι, ο αριθμός των δημοσιευμένων εργασιών που μελετούν το φαινόμενο των ΠΥΥ και των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων<sup>17</sup> και τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυτό στη χώρα μας είναι εξαιρετικά μικρός (134, 318, 460). Ωστόσο, τα ευρήματα της τελευταίας διακρατικής μελέτης “Health Behaviour in School-Aged Children” (HBSC study) που διενεργήθηκε και στην Ελλάδα το διάστημα 2009-2010 έφερε στο φως αποτελέσματα που χρήζουν δέουσας προσοχής στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας και της Προαγωγής Υγείας (81). Οι Έλληνες έφηβοι μαθητές αναφέρουν συχνά και πολλαπλά ΠΥΥ, ενώ τα προβλήματά τους αυτά τείνουν να αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Μάλιστα, στις ηλικίες των 13 και 15 ετών, οι μαθητές της χώρας μας βρίσκονται στην πλέον επιβαρυσμένη (λόγω ΠΥΥ) ομάδα εφήβων, μαζί με μαθητές από την Τουρκία, την Ιταλία, την Αρμενία και τη Ρουμανία. Κορίτσια και αγόρια αναφέρουν περισσότερα από 2 συμπτώματα με –τουλάχιστον– εβδομαδιαία συχνότητα σε ποσοστά που κυμαίνονται από 52-58% και από 31-38% αντιστοίχως. Παρόμοια εικόνα για τους εφήβους που διαμένουν στην Ελλάδα παρουσιάστηκε και από την προηγούμενη έρευνα HBSC, κατά το διάστημα 2004-5 (62).

Ο υψηλός αυτός επιπολασμός των ΠΥΥ στη χώρα μας δεν συνοδεύθηκε από αύξηση των ερευνητικών προσπαθειών για την κατανόηση του φαινομένου και την ανάδειξη των παραγόντων που ευνοούν ή περιορίζουν το εύρος και την ισχύ του. Η παρούσα εργασία ευελπιστεί να καλύψει σε κάποιο βαθμό το παρόν κενό, να δημιουργήσει τη βάση των κύριων παραγόντων που συνδέονται με τα ΠΥΥ των εφήβων και να θέσει τις κατευθύνσεις για την περαιτέρω μελέτη των ΠΥΥ στην Ελλάδα. Σκοπός της είναι η ανάδειξη των παραγόντων που έχουν ισχυρή συσχέτιση με τα ΠΥΥ των εφήβων μαθητών στη χώρα μας. Οι παράγοντες αυτοί θα μπορούσαν να αποτελέσουν τις βασικές συνιστώσες των προσπαθειών και παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχοσωματικής υγείας και προσαρμογής των παιδιών κατά την εφηβική περίοδο. Στην κατεύθυνση αυτή, διερευνήθηκε ένας αριθμός παραγόντων

---

<sup>17</sup> Αναφερόμαστε σε μελέτες που εστιάζουν σε «ψυχοσωματικά συμπτώματα», «λειτουργικά συμπτώματα», «επαναλαμβανόμενα, μη ερμηνευόμενα ιατρικά, σωματικά συμπτώματα» και «πάρापона υποκειμενικής υγείας».

από το ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο λειτουργίας του εφήβου ως προς τις σχέσεις τους με τα ΠΥΥ κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Οι παράγοντες αυτοί επιλέχθηκαν με δύο βασικά κριτήρια: α) την σημαντικότητά τους στο πλαίσιο της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με τα ΠΥΥ και β) την βαρύτητά τους στον γενικό πληθυσμό. Επίσης, επιμέρους στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας HBSC-SCL, ελπίζοντας ότι το εργαλείο αυτό θα αποβεί εύχρηστο και αξιοποιήσιμο σε διάφορα πλαίσια στο εγγύς μέλλον. Ο ψυχομετρικός του έλεγχος συμπεριέλαβε την παραγοντική του δομή, την εσωτερική του συνοχή, τις επιδράσεις του φύλου και της ηλικίας, καθώς και την συντρέχουσα και την διακριτική του εγκυρότητα.

Στην προσπάθεια να δημιουργηθεί το «κοινωνικοδημογραφικό προφίλ» των εφήβων που παρουσιάζουν ΠΥΥ στην Ελλάδα, εξετάστηκε πληθώρα δημογραφικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων κι αυτών με αντικρουόμενα αποτελέσματα στην βιβλιογραφία (όπως ο τόπος κατοικίας) καθώς κι αυτών με μικρό ποσοστό αντιπροσώπευσης στο σχολικό δείγμα της μελέτης (όπως η μετανάστευση), έστω κι αν τα ευρήματά τους θεωρούνται προκαταρκτικά και χρήζουν μεγαλύτερης διερεύνησης. Στόχος ήταν η διερεύνηση συγκεκριμένων κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών ως προς τις σχέσεις τους με τα ΠΥΥ και η ανάδειξη εκείνων που εμφανίζουν άμεσες, σημαντικές συσχετίσεις με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ από δείγμα εφήβων μαθητών στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της χώρας μας. Συνολικά, οι μεταβλητές που περιλήφθηκαν ήταν οι εξής: το φύλο και η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (βάσει τεσσάρων δεικτών μέτρησής της), ο τόπος διαμονής και η μεταναστευτική ιδιότητα.

Αναφορικά με τους παράγοντες που άπτονται της σωματικής υγείας του εφήβου, διερευνήθηκε η σχέση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖοΥ). Δεδομένης της μικρής, μέχρι σήμερα, σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας σε κοινοτικό πληθυσμό, η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μία από τις λίγες ερευνητικές προσπάθειες με στόχο: α) την αποτύπωση πιθανών διαφορών στην ΠΖοΥ μεταξύ των εφήβων με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και τους συνομηλικούς τους με λιγότερα, σε συχνότητα και αριθμό, ΠΥΥ σε ένα τυχαίο, εθνικό, δείγμα μαθητών, β) τη διερεύνηση των πτυχών της ΠΖοΥ με τη μεγαλύτερη

συμβολή στην ερμηνεία των ΠΥΥ και γ) την εκτίμηση της επίδρασης του φύλου και της ηλικίας στις σχέσεις των διαστάσεων της ΠΖσΥ με τα ΠΥΥ των εφήβων.

Σε συνάρτηση με την ψυχική λειτουργικότητα των εφήβων και με βάση τόσο την έλλειψη της σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας στην Ελλάδα όσο και την ασάφεια των υπαρχόντων σχετικών ερευνητικών πορισμάτων, η παρούσα μελέτη είχε τρεις στόχους: α) να εντοπίσει πιθανές διαφοροποιήσεις στη συναισθηματική λειτουργία και συμπεριφορά ανάμεσα στους εφήβους που αναφέρουν πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και τους εφήβους με λιγότερα, σε συχνότητα και αριθμό, ΠΥΥ σε ένα τυχαίο, εθνικό, δείγμα εφήβων μαθητών, β) να διερευνήσει τις συσχετίσεις ανάμεσα στα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων, όπως εκτιμώνται μέσω της κλίμακας SDQ, ελέγχοντας για την πιθανή επίδραση του φύλου, της ηλικίας και της κοινωνικο-οικονομικής τάξης του εφήβου και γ) να εκτιμηθεί η επίδραση του φύλου και της ηλικίας στις ανωτέρω συσχετίσεις.

Σε συνέχεια της διερεύνησης των παραγόντων ατομικού επιπέδου, διερευνήθηκαν οι σχέσεις των ΠΥΥ με συγκεκριμένες συμπεριφορές-κινδύνου για την υγεία. Δεδομένης της υψηλής συχνότητας καπνίσματος, υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ αλλά και αναφοράς ΠΥΥ από τους εφήβους στην Ελλάδα (81) καθώς και της έλλειψης της σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας στην χώρα μας, η παρούσα μελέτη είχε διττό στόχο: α) να αποτυπώσει πιθανές διαφοροποιήσεις στην καπνιστική συμπεριφορά και την περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ανάμεσα στους εφήβους που αναφέρουν πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και τους εφήβους με λιγότερα, σε συχνότητα και αριθμό, ΠΥΥ σε ένα τυχαίο, εθνικό, δείγμα εφήβων μαθητών και β) να διερευνήσει αν η καπνιστική συμπεριφορά και η περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες για την αυτοαναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ. Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε την πρώτη ερευνητική απόπειρα να αποτυπωθούν οι σχέσεις ανάμεσα στο κάπνισμα και την περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ με την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων μαθητών της χώρας μας.

Παράλληλα, στόχος της παρούσης διατριβής ήταν και η εκτίμηση της σχέσης των ΠΥΥ με συγκεκριμένες πτυχές της οικογενειακής ζωής. Η διεθνής βιβλιογραφία για τους οικογενειακούς παράγοντες που καθορίζουν την ψυχοσωματική υγεία των παιδιών υπογραμμίζει την ιδιαίτερη

σημασία της εφηβικής περιόδου, λόγω των εξελικτικών οροσήμων που ο/η έφηβος καλείται να κατακτήσει στο πλαίσιο της οικογενειακής ζωής (72). Κατά την εφηβεία, η αναζήτηση για αυτονομία και ανεξαρτησία από τους γονείς συνάδει με την βαρύνουσα σημασία της υποστηρικτικής σχέσης γονέα–παιδιού, διεργασίες που μεμονωμένα αλλά και σε συνδυασμό προάγουν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή του (72, 588). Στην Ελλάδα, η ερευνητική δραστηριότητα αναφορικά με τους οικογενειακούς παράγοντες που συνδέονται με την ψυχοσωματική υγεία παιδιών κι εφήβων είναι περιορισμένη (134, 318). Η συγκεκριμένη μελέτη διερεύνησε έναν αριθμό γονεϊκών και οικογενειακών παραγόντων ως προς τη σχέση τους με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ στους έφηβους μαθητές σε μία προσπάθεια να εμπλουτιστεί η σχετική επιστημονική γνώση στη χώρα μας.

Τέλος, η παρούσα διατριβή στόχευσε και στην εκτίμηση της συμβολής επιμέρους κοινωνικών πλαισίων στη διαμόρφωση των ΠΥΥ των εφήβων. Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, τα ΠΥΥ έχουν συσχετιστεί με στρεσογόνους παράγοντες που απορρέουν από τα κοινωνικά περιβάλλοντα του εφήβου, σε βαθμό, μάλιστα, που έχει υποστηριχθεί ότι η αξιολόγηση και ερμηνεία των συμπτωμάτων θα πρέπει να γίνεται υπό το πρίσμα του πολυσύνθετου πλέγματος κοινωνικών σχέσεων που διαμορφώνεται κατά την εφηβεία (95, 422, 546, 588). Ωστόσο, ένας περιορισμένος αριθμός μελετών έχει αφιερωθεί στη διερεύνηση της συμβολής δύο (95, 454, 460, 547) ή περισσότερων (87, 130, 276, 507, 539, 589) κοινωνικών πλαισίων στην αυτοαναφορά ΠΥΥ από τους εφήβους, επικεντρώνοντας σε διαφορετικές πτυχές (πχ. υποστήριξη, αίσθηση συνδεσιμότητας, κοινωνικό κεφάλαιο, κά.) ή/και σε διαφορετικά δρώντα υποκείμενα (πχ. γονείς, δάσκαλοι, γείτονες, κά.). Παρομοίως, ελάχιστα είναι τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα που προέρχονται από την χώρα μας (453, 460). Με βάση την ανεπαρκή ερευνητική δραστηριότητα στην Ελλάδα αλλά και την ανομοιογένεια της σχετικής βιβλιογραφίας, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην υποκειμενική εκτίμηση του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του στο πλαίσιο της οικογένειας, του σχολείου και των φίλων του. Στόχος ήταν να διερευνηθεί πώς η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του στα τρία αυτά διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα συμβάλει στην αυτοαναφορά ΠΥΥ.

## 8. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 8.1 Συμμετέχοντες και Διαδικασία

Η έρευνα για τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των εφήβων διεξήχθη το 2003 στο πλαίσιο των εργασιών του Ευρωπαϊκού προγράμματος για την «Εκτίμηση και Προαγωγή της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία σε παιδιά και εφήβους – Μια Ευρωπαϊκή προσέγγιση της Δημόσιας Υγείας» [“Screening and Promotion of Health Related Quality of Life (HRQoL) in Children and Adolescents: A European Public Health Perspective”], γνωστό και με την ακρωνυμία “KIDSCREEN” (2002-2005). Το πρόγραμμα KIDSCREEN πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή δεκατεσσάρων Ευρωπαϊκών χωρών (Αυστρία, Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, Ισπανία, Ελβετία, Αγγλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Σουηδία, Δημοκρατία της Τσεχίας, Ουγγαρία, και Πολωνία) στα πλαίσια του ευρύτερου προγράμματος «Ποιότητα Ζωής και Διαχείριση Ανθρωπίνων Πόρων»/ 5ο Πρόγραμμα-Πλαίσιο για την Έρευνα. Αποτέλεσε την πρώτη διευρωπαϊκή συνεργασία για τη δημιουργία ενός διαπολιτισμικά ευαίσθητου εργαλείου μέτρησης της Ποιότητας Ζωής σχετιζόμενης με την Υγεία για παιδιά και έφηβους καθώς και για την καταγραφή θεμάτων Ποιότητας Ζωής των παιδιών και των εφήβων. Υπεύθυνοι φορείς στην Ελλάδα ήταν το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής κ. Γ. Τούντα και η Εταιρία για την Ψυχοκοινωνική Υγεία του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ) με επιστημονικό Υπεύθυνο τον Αναπληρωτή Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής κ. Ι. Τσιάντη.

Τα ερωτηματολόγια του ερευνητικού προγράμματος χρειάστηκαν να μεταφραστούν στα Ελληνικά. Η διαδικασία της μετάφρασης εστίασε στην επίτευξη εννοιολογικής ισοδυναμίας μεταξύ όλων των εκδοχών, παρά στην επίτευξη γλωσσικής ισοδυναμίας. Η μεθοδολογία μετάφρασης που εφαρμόστηκε ήταν η διαγλωσσική τεχνική δύο κατευθύνσεων (forward–backward–forward technique). Αρχικά, δύο ανεξάρτητα εργαζόμενοι μεταφραστές, με εμπειρία στο ερευνητικό πεδίο της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία παιδιών κι εφήβων, μετέφρασαν τα ερωτηματολόγια της μελέτης από τα Αγγλικά στα Ελληνικά, προσφέροντας, έτσι, δύο διαφορετικές εκδοχές μετάφρασης. Στην συνέχεια, οι δύο μεταφραστές σε συνεργασία με ένα ακόμη μέλος της ερευνητικής ομάδας μελέτησαν τις δύο μεταφράσεις με στόχο την δημιουργία μίας εναρμονισμένης μετάφρασης από τα Αγγλικά στα Ελληνικά που να πληροί τις απαιτήσεις της εννοιολογικής ισοδυναμίας με τα αρχικά

ερωτηματολόγια στα Αγγλικά. Ένας τρίτος μεταφραστής ανέλαβε να μεταφράσει στα Αγγλικά την εναρμονισμένη μετάφραση που προέκυψε από την προηγούμενη διαδικασία, στοχεύοντας, με τη σειρά του, στην εννοιολογική ισοδυναμία. Στο επόμενο στάδιο της μετάφρασης, δύο μέλη της ερευνητικής ομάδας και οι μεταφραστές από τα Αγγλικά στα Ελληνικά συνέκριναν τη μετάφραση από τα Ελληνικά στα Αγγλικά με τα αρχικά ερωτηματολόγια στα Αγγλικά, αναθεωρώντας την εναρμονισμένη μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά και δημιουργώντας, έτσι, την τελική μετάφραση από τα Αγγλικά στα Ελληνικά.

Ακολούθησε μία προδοκιμασία με τρία παιδιά (αγόρια–κορίτσια) και τους δύο γονείς τους (μητέρα–πατέρα) με σκοπό να ανιχνευθούν προβλήματα σχετικά με ενδεχόμενες παρεξηγήσεις ως προς το νόημα ή το περιεχόμενο των ερωτημάτων, καθώς και να αναδειχθούν δυνητικές παρερμηνείες συγκεκριμένων ερωτημάτων ή εννοιών. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να επαναλάβουν τα ερωτήματα με δικά τους λόγια (τεχνική της παράφρασης), αποκαλύπτοντας, αφενός, τον βαθμό στον οποίο κατανοούν τα ερωτήματα και τα ερμηνεύουν με τον επιδιωκόμενο τρόπο και οδηγώντας, αφετέρου, σε επαναδιατύπωση συγκεκριμένων ερωτημάτων. Επιπλέον, με τη μέθοδο της γενικής διερεύνησης οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν κατά πόσο τα ερωτήματα ήταν σαφή και κατανοητά και κατά πόσο ήταν δύσκολο να απαντηθούν.

Το πρόγραμμα KIDSCREEN υλοποιήθηκε στην χώρα μας με την αρωγή των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, προκειμένου να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στα δημόσια δημοτικά σχολεία, γυμνάσια και λύκεια όλης της επικράτειας. Η σχολική δειγματοληψία στην Ελλάδα ήταν τυχαία, πολυσταδιακή και πραγματοποιήθηκε λαμβάνοντας υπόψη την κατανομή του πληθυσμού–στόχου κατά ηλικία και φύλο στους 54 νομούς της χώρας, σύμφωνα με δεδομένα από την Εθνική Απογραφή του έτους 2001. Ο πληθυσμός–στόχος της παρούσας μελέτης ήταν οι έφηβοι ηλικίας 12-18 ετών. Προκειμένου να ανιχνευθεί μία ελάχιστη σημαντική διαφορά ημίσειας σταθερής απόκλισης σταθερής απόκλισης (SD) στις βαθμολογίες της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία εντός κάθε ηλικιακού στρώματος μεταξύ των εφήβων με ειδικές ανάγκες φροντίδας υγείας ή μία χρόνια ασθένεια ή αναπηρία και των εφήβων χωρίς ειδικές ανάγκες φροντίδας, χρόνια ασθένεια ή αναπηρία, κρίθηκε απαραίτητη η επιστράτευση δείγματος συνολικού μεγέθους 1800 εφήβων. Αναμενόταν ένα ποσοστό ανταπόκρισης περίπου 70%, επομένως το αρχικό μέγεθος του δείγματος



τέθηκε στους 2400 εφήβους. Οι ηλικίες 12 έως 18 ετών στη χώρα μας αντιστοιχούν στις έξι τάξεις της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Συμπεριλήφθησαν 400 άτομα από κάθεμία από τις 6 ηλικιακές ομάδες/τάξεις ούτως ώστε να επιτευχθεί ο αρχικός στόχος των 2400 εφήβων. Ο καθορισμός του αριθμού του δείγματος ανά νομό υπολογίστηκε έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ένας αντιπροσωπευτικός αριθμός από το σύνολο των καταγεγραμμένων μαθητών σε κάθε νομό. Για παράδειγμα, ο συνολικός αριθμός μαθητών στην Ελλάδα που παρακολουθούσαν την Α΄ Γυμνασίου το έτος 2003 ήταν 119055. Αν ένας νομός είχε συνολικό αριθμό 2174 μαθητών που φοιτούσαν στην Α΄τάξη, τότε στρατολογούνται τυχαία οκτώ μαθητές από ένα σχολείο του νομού αυτού  $(2174 \times 400) / 119055 = 7.60$  μαθητές. Τα σχολεία σε κάθε νομό επιλέχθηκαν τυχαία βάση ειδικού στατιστικού προγράμματος σε Η/Υ και οι μαθητές από το εκάστοτε επιλεγμένο σχολείο επιλέχθηκαν εξίσου τυχαία από τους ονομαστικούς καταλόγους των τάξεων.

Για τη στρατολόγηση του δείγματος ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία. Αρχικά έγινε ενδελεχής ενημέρωση Υπεύθυνων Αγωγής Υγείας ανά Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τόσο με αναλυτικές επιστολές όσο και με προσωπική τηλεφωνική επικοινωνία. Στη συνέχεια, έγινε αποστολή του υλικού (επιστολές ενημέρωσης και συγκατάθεσης γονέων και μαθητών και ερωτηματολόγια) στους Υπευθύνους Αγωγής Υγείας. Αμέσως μετά τον καθορισμό του δείγματος και τη συλλογή υπογεγραμμένων φύλλων συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα από τους γονείς των μαθητών, οι Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας ανά Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης μοίρασαν τα ερωτηματολόγια στους μαθητές. Για να είναι σε θέση οι γονείς των μαθητών να δώσουν τη συγκατάθεση τους ή όχι για συμμετοχή στην έρευνα, οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας τους είχαν ήδη παραδώσει –μέσω των μαθητών– επιστολή που εξηγούσε τους σκοπούς της μελέτης και εγγυόταν την εμπιστευτικότητα των ερευνητικών πληροφοριών που επρόκειτο να συλλεχθούν. Τα ερωτηματολόγια (2 εκδοχές: ένα για τους μαθητές και ένα για τους γονείς τους) μοιράστηκαν στην τάξη από τον υπεύθυνο Αγωγής Υγείας. Οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας συνέλεξαν όλα τα ερωτηματολόγια 7 με 10 μέρες μετά, πάλι από το σχολείο. Οι μαθητές πληροφορήθηκαν ότι δεν υπάρχουν λάθος απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο και ότι αυτό που τους ζητείται είναι η γνώμη τους για την κατάσταση της υγείας τους. Επίσης, διαβεβαιώθηκαν ότι οι απαντήσεις τους θα ήταν ανώνυμες και ότι δεν επρόκειτο να γνωστοποιηθούν, κατά τον οποιοδήποτε τρόπο, σε δασκάλους και γονείς. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είχε υπολογιστεί, μέσα από την πιλοτική του δοκιμασία, σε 20 λεπτά.

Το τελικό δείγμα που στρατολογήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος αφορούσε σε 1900 εφήβους ηλικίας 12 έως 18 ετών. Συνολικά επιστράφησαν 1194 ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, που αντιστοιχούν σε ποσοστό ανταπόκρισης της τάξης του 63%. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 13.6 έτη (S.D. = 1.7), ενώ η πλειοψηφία του αποτελούνταν από κορίτσια (59.03%). Το 37.59% των εφήβων προέρχονταν από οικογένειες χαμηλού εισοδήματος, το 44.96% από οικογένειες μέσου εισοδήματος και το 17.45% από οικογένειες με υψηλό εισόδημα. Τα κριτήρια συμπερίληψης στο δείγμα της έρευνας για τους εφήβους ήταν τα εξής: α) να είναι από 12 έως 18 ετών, β) να είναι σε θέση να διαβάσουν, να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνοι τους και γ) να συμφωνήσουν να εμπλακούν στη μελέτη. Οι γονείς των εφήβων που συναίνεσαν να λάβουν μέρος στο ερευνητικό πρόγραμμα έλαβαν το ερωτηματολόγιο στο σπίτι από τα παιδιά τους και κλήθηκαν να το επιστρέψουν συμπληρωμένο στο σχολείο σε χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας. Κριτήρια συμπερίληψης για τους γονείς ήταν να ζουν μαζί με τον/την έφηβο και να μπορούν να διαβάσουν, να κατανοήσουν και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά. Μόνο ένας γονέας ανά έφηβο μπορούσε να συμμετέχει στη μελέτη, η επιλογή του οποίου έγινε εθελουσίως από τους ίδιους τους γονείς. Έφηβοι και γονείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο διαδοχικά. Η δημοσιευμένη εργασία των Berra και συνεργατών για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος της μελέτης έχει αναφέρει ότι οι συνεντεύξεις με άτομα που δεν δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ συμμετεχόντων και μη, ως προς την αντιληπτή γενική υγεία των εφήβων και των γονιών τους, την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων, καθώς και τον τύπο της περιοχής διαμονής, υποστηρίζοντας, έτσι, ότι δεν είναι πιθανό να έχει σημειωθεί συστηματικό σφάλμα κατά την διαδικασία επιλογής του δείγματος (590).

Για την υλοποίηση του προγράμματος KIDSCREEN στη χώρα μας εξασφαλίστηκε η απαιτούμενη έγκριση από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Τέλος, η παρούσα διδακτορική διατριβή έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

## 8.2 Εργαλεία - Μετρήσεις

### 8.2.1 Εργαλεία αυτοαναφοράς εφήβων

#### 8.2.1.1 Παράπονα Υποκειμενικής Υγείας

Τα ΠΥΥ μετρήθηκαν με τη χρήση του Health Behaviour in School-aged Children Symptom Checklist [HBSC-SCL; (591)]. Το HBSC-SCL συνιστά ένα σύντομο, ανιχνευτικό εργαλείο αυτοαναφοράς που διερευνά τη συχνότητα εμφάνισης οκτώ κοινών ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Οι μαθητές ερωτήθηκαν πόσο συχνά έχουν βιώσει πονοκέφαλο, πόνο στο στομάχι, πόνο στη μέση, ακεφιά, εκνευρισμό, νευρικότητα, δυσκολία να κοιμηθούν και ζαλάδα σε διάστημα των τελευταίων έξι μηνών. Οι απαντητικές κατηγορίες ήταν: περίπου κάθε μέρα (5), περισσότερες από μία φορές την εβδομάδα (4), περίπου κάθε εβδομάδα (3), περίπου κάθε μήνα (2) και σπάνια ή ποτέ (1). Ο συνολικός δείκτης ψυχοσωματικών παραπόνων προέκυπτε από το άθροισμα των επιμέρους συμπτωμάτων και η βαθμολογία του κυμαινόταν από 1 έως 40. Ωστόσο, στη μελέτη για τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας HBSC-SCL η αρχική βαθμολόγηση στην κλίμακα από 1 έως 5 διατηρήθηκε και στον συνολικό δείκτη, χάρην ομοιομορφίας τόσο με προηγούμενες, αντίστοιχες μελέτες όσο και με την βαθμολόγηση των επιμέρους συμπτωμάτων, προκειμένου να διευκολυνθούν οι συγκρίσεις. Ο συνολικός δείκτης ψυχοσωματικών παραπόνων υπολογίστηκε ως εξής: το άθροισμα από τις βαθμολογίες των επιμέρους συμπτωμάτων διαιρέθηκε από τον συνολικό αριθμό των συμπτωμάτων (οκτώ). Με τον ίδιο τρόπο υπολογίστηκε και η βαθμολογία της σωματικής και ψυχολογικής διάστασης, αρθροίζοντας, δηλαδή, τα συμπτώματα που αντιστοιχούν σε κάθε διάσταση (σωματική διάσταση: πονοκέφαλος, πόνος στο στομάχι, πόνος στη μέση και ζαλάδα, ψυχολογική διάσταση: ακεφιά, εκνευρισμός, νευρικότητα και δυσκολία να κοιμηθείς) και διαιρώντας, στη συνέχεια, το άθροισμα με τον συνολικό αριθμό των συμπτωμάτων (δηλ. τέσσερα, έκαστος).

Στις περιπτώσεις όπου η έμφαση δινόταν στη συχνότητα παράλληλης εμφάνισης πολλαπλών συμπτωμάτων (βλ. ΠΥΥ και ψυχολογικοί παράγοντες καθώς και ΠΥΥ και συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία), ο δείκτης ΠΥΥ χρησιμοποιήθηκε όχι ως συνολικό σκορ αλλά ως μία διχοτομημένη μεταβλητή κατά την οποία η παρουσία περισσότερων των δύο επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων με τουλάχιστον εβδομαδιαία συχνότητα υποδείκνυε σημαντική ψυχοσωματική ενόχληση (8, 39, 62).

Το HBSC-SCL ως διχοτομημένη μεταβλητή περιελάμβανε δύο κατηγορίες: 1. Οι έφηβοι που δήλωναν δύο ή περισσότερα ΠΥΥ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα –αντιστοιχώντας στις απαντητικές κατηγορίες 4 και 5– αποτέλεσαν την ομάδα με «Πολλαπλά κι Επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ» (“Multiple Recurrent SHC” group “MR-SHC”/ «ΠΕ–ΠΥΥ») και 2. Οι έφηβοι που ανέφεραν ότι βιώνουν λιγότερα σε αριθμό και συχνότητα ΠΥΥ –αντιστοιχώντας στις απαντητικές κατηγορίες 2 και 3– κατηγοριοποιήθηκαν μαζί με αυτούς που δήλωναν σπάνιες ή ανύπαρκτες εμπειρίες ΠΥΥ (απαντητική βαθμίδα 1) κι αποτέλεσαν την ομάδα των «Μη Πολλαπλών κι Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ» (“no Multiple-Recurrent SHC” group, “no MR-SHC”/ μη ΠΕ–ΠΥΥ). Ο δείκτης ΠΥΥ έχει εμφανίσει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (592). Ο συντελεστής Cronbach α για το συνολικό σκορ του εργαλείου HBSC-SCL στις εργασίες της παρούσας διατριβής κυμάνθηκε από 0.78 έως 0.89.

#### **8.2.1.2 Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας**

Για την εκτίμηση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας “Family Affluence Scale” [FAS;(118)] που εξετάζει τα εξής σημεία: i. ιδιοκτησία οικογενειακού αυτοκινήτου, ii. αποκλειστικό δωμάτιο για τον/την έφηβο, iii. αριθμό Η/Υ στο σπίτι και iv. φορές που ο έφηβος πήγε διακοπές τους τελευταίους 12 μήνες. Η βαθμολογία του FAS διεξάγεται σε επτάβαθμη κλίμακα, όπου ο βαθμός 0 αντανάκλα την χαμηλότερη και ο βαθμός 7 την υψηλότερη κατηγορία και συνήθως επανακωδικοποιείται σε τρεις κατηγορίες: το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο που αντιστοιχεί στις βαθμολογίες 0-3, στο μέσο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο που αντιστοιχεί στις βαθμολογίες 4-5 και το υψηλό που αντιστοιχεί στις βαθμολογίες 6-7 (βλ. μελέτη ΠΥΥ και ψυχολογικοί παράγοντες). Επίσης συνήθης είναι η σύμπτυξη του υψηλού και μέσου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου (σκορ 4-7) με στόχο την υπογράμμιση των διαφορών με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (σκορ 0-3) (βλ. μελέτη ΠΥΥ και δημογραφικοί παράγοντες καθώς και μελέτη ΠΥΥ και οικογενειακοί παράγοντες). Η κλίμακα FAS παρουσιάζει αποδεκτές ψυχομετρικές ιδιότητες που υποστηρίζουν την χρήση του ως εργαλείο αυτοαναφοράς των εφήβων για την αξιολόγηση της οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας (591, 593, 594). Στις αναλύσεις που διεξήχθησαν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής, το χαμηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας χρησιμοποιήθηκε ως κατηγορία αναφοράς.

### **8.2.1.3 Φύλο, ηλικία και μεταναστευτική ιδιότητα εφήβων και γονέων**

Το φύλο κάθε εφήβου ταυτοποιήθηκε από την απάντησή του στην ερώτηση: «Είσαι αγόρι ή κορίτσι;». Η ηλικία του υπολογίστηκε αφαιρώντας την ημερομηνία γέννησής του από την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, οι ηλικίες εντάχθηκαν σε δύο ηλικιακές κατηγορίες: 12–15 και 16–18 ετών.

Η εκτίμηση της μεταναστευτικής ιδιότητας βασίστηκε στη χώρα γέννησης των εφήβων και των γονιών τους, όπως καταγράφηκε στο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς των εφήβων. Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας, αν ο έφηβος δήλωνε ότι ο ίδιος ή οι γονείς του είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα, κωδικοποιόταν ως γηγενής. Αντίθετα, αν δηλώνόταν ότι ο έφηβος ή ένας εκ των δύο γονέων είχε γεννηθεί σε άλλη χώρα, τότε ο έφηβος θεωρείτο ότι διέθετε την μεταναστευτική ιδιότητα.

### **8.2.1.4 Συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων**

Τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων εκτιμήθηκαν μέσω του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών – ΕΔΔ [Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ;(595)], ένα σύντομο ανιχνευτικό εργαλείο που απευθύνεται σε παιδιά 4–16 ετών. Περιλαμβάνει 25 ερωτήματα (σύντομες προτάσεις) που κατηγοριοποιούνται σε 5 διαστάσεις των 5 ερωτημάτων έκαστη. Οι επιμέρους διαστάσεις εξετάζουν τα συναισθηματικά συμπτώματα, τα προβλήματα διαγωγής, την απροσεξία–υπερκινητικότητα, τα προβλήματα με συνομηλίκους καθώς και την θετική κοινωνική συμπεριφορά. Οι απαντήσεις συλλέχθηκαν σε τρίβαθμη κλίμακα, όπου 0 = αληθεύει σίγουρα, 1 = αληθεύει κάπως και 2 = δεν αληθεύει. Οι αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις από όλες τις διαστάσεις βαθμολογούνταν αντίστροφα (δηλ. 0 = δεν αληθεύει, 1 = αληθεύει κάπως και 2 = αληθεύει σίγουρα). Τα ερωτήματα των τεσσάρων διαστάσεων δυσκολιών αθροίζονται για να δημιουργήσουν την βαθμολογία συνολικών δυσκολιών που κυμαίνεται από 0 έως 40. Η μετάφραση του εργαλείου στα Ελληνικά έγινε σύμφωνα με τους διεθνείς κανονισμούς διαπολιτισμικής προσαρμογής και μετάφρασης (596). Σε συμφωνία με προηγούμενες δημοσιευμένες ψυχομετρικές μελέτες της ελληνικής εκδοχής του ΕΔΔ (597, 598), ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  του ΕΔΔ στην παρούσα εργασία ήταν 0.79 για την βαθμολογία των συνολικών δυσκολιών και κυμάνθηκε από 0.50 έως 0.71 για τις επιμέρους διαστάσεις. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, η ερώτηση στην κλίμακα των

συναισθηματικών συμπτωμάτων που αφορούσε στην ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων εξαιρέθηκε από την στατιστική επεξεργασία.

#### **8.2.1.5 Κάπνισμα & περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking)**

Το κάπνισμα των εφήβων εκτιμήθηκε ρωτώντας τους συμμετέχοντες «Καπνίζεις τσιγάρα (ή καπνό) αυτόν τον καιρό; Αν ναι, πόσο συχνά;». Οι τέσσερις κατηγορίες απάντησης κυμαίνονταν από «Δεν καπνίζω» μέχρι «Καπνίζω κάθε μέρα», οι οποίες συμπύχθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης σε δύο: «Δεν καπνίζω» και «Καπνίζω».

Για την εκτίμηση της περιστασιακά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, οι έφηβοι ερωτήθηκαν «Σκέψου τις τελευταίες 30 ημέρες. Πόσες φορές (αν υπήρξαν) ήπιες 5 ή παραπάνω ποτά, το ένα μετά το άλλο;» και κλήθηκαν να απαντήσουν σε εξάβαθμη κλίμακα (καμμία, μία φορά, δύο φορές, 3-5 φορές, 6-9 φορές, 10 ή παραπάνω). Στη συνέχεια, οι ανωτέρω κατηγορίες συνδυάστηκαν ούτως ώστε να υποδεικνύουν την απουσία ή την παρουσία της εν λόγω συμπεριφοράς.

#### **8.2.1.6 Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) των εφήβων και η υποκειμενική εκτίμηση του εφήβου για την ευεξία και τη λειτουργικότητά του αναφορικά με την οικογένεια, το σχολείο, τους φίλους και συνομηλίκους και τους οικονομικούς του πόρους**

Η ΠΖσΥ των εφήβων καθώς και η υποκειμενική τους αντίληψη για την ευεξία και λειτουργικότητά τους σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια (οικογένεια, σχολείο και φίλοι/συνομήλικοι) και σε σχέση με τους οικονομικούς τους πόρους μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52, ένα γενικό ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για παιδιά κι εφήβους 8–18 ετών (599). Το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52, σκοπός και απότοκος του ευρωπαϊκού προγράμματος KIDSCREEN (600), στοχεύει στην αποτύπωση της οπτικής του παιδιού/εφήβου αναφορικά με την ΠΖσΥ και στην ανίχνευση παιδιών κι εφήβων σε κίνδυνο ως προς την υποκειμενικά αντιληπτή τους υγεία, με εστίαση στις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις της ευεξίας. Περιλαμβάνει 10 διαστάσεις ΠΖσΥ: 1. Σωματική ευεξία, 2. Ψυχολογική ευεξία, 3. Διάθεση και συναισθήματα, 4. Αυτοαντίληψη, 5. Αυτονομία, 6. Σχέσεις με γονείς και ζωή στο σπίτι, 7. Κοινωνική υποστήριξη και συνομήλικοι, 8.

Σχολικό περιβάλλον, 9. Κοινωνική αποδοχή και εκφοβισμός και 10. Οικονομικοί πόροι. Το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52 για την ΠΖσΥ αξιολογεί είτε τη συχνότητα είτε την ένταση των συμπεριφορών και των συναισθημάτων και, σε μερικές περιπτώσεις, την ένταση κάποιων στάσεων. Όλες οι ερωτήσεις απαντώνται σε μία κλίμακα Likert πέντε σημείων και η περίοδος αναφοράς είναι η τελευταία εβδομάδα πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι βαθμολογίες υπολογίζονται για κάθε διάσταση ξεχωριστά και κυμαίνονται από 0 έως 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντιπροσωπεύουν υψηλότερα επίπεδα ΠΖσΥ και ευεξία. Η ελληνική εκδοχή του εργαλείου KIDSCREEN-52 εμφανίζει ικανοποιητική αξιοπιστία, με τον συντελεστή Cronbach  $\alpha$  για τις 10 διαστάσεις να κυμαίνεται μεταξύ 0.76 (σχολικός εκφοβισμός) και 0.89 (οικονομικοί πόροι) (601). Επίσης, η συντρέχουσα και διακριτική εγκυρότητα βρίσκεται επίσης σε ικανοποιητικά επίπεδα (601). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή του εργαλείου KIDSCREEN-52 για χρήση σε εφηβικό πληθυσμό.

Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά στο πλαίσιο της οικογένειας αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την διάσταση του εργαλείου KIDSCREEN-52 για τις *Σχέσεις με γονείς και ζωή στο σπίτι*. Η συγκεκριμένη διάσταση περιλαμβάνει 9 ερωτήματα που εξετάζουν τις σχέσεις με τους γονείς και την συνολική ατμόσφαιρα στο σπίτι του εφήβου. Διερευνά την ποιότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του εφήβου και του γονέα/φροντιστή, τα συναισθήματα του εφήβου προς τον γονέα/φροντιστή, εάν ο έφηβος νιώθει ότι η οικογένειά του τον αγαπά και τον στηρίζει, εάν η ατμόσφαιρα στο σπίτι του εφήβου είναι άνετη και ζεστή και εάν ο έφηβος νιώθει ότι λαμβάνει μία δίκαιη συμπεριφορά και αντιμετώπιση. Οι χαμηλές βαθμολογίες στη συγκεκριμένη διάσταση δείχνουν ότι ο έφηβος νιώθει μόνος του, παραμελημένος, ότι δεν τον εκτιμούν και αντιλαμβάνεται τους γονείς του είτε ως μη διαθέσιμους είτε ως άδικους. Αντίθετα, οι υψηλές βαθμολογίες αποτυπώνουν ότι ο έφηβος νιώθει ασφαλής κι αγαπητός στο οικογενειακό του περιβάλλον από το οποίο λαμβάνει υποστήριξη, κατανόηση και φροντίδα και βιώνει τους γονείς του ως διαθέσιμους και δίκαιους. Ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  για την συγκεκριμένη διάσταση του KIDSCREEN-52 ήταν 0.89.

Η διάσταση του εργαλείου KIDSCREEN-52 *Σχολικό περιβάλλον* χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της υποκειμενικής αντίληψης του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά στο πλαίσιο

του σχολείου. Περιέχει 11 ερωτήματα (μικρές προτάσεις) που διερευνούν τις αντιλήψεις και το επίπεδο ικανοποίησης του εφήβου αναφορικά με τις γνωστικές του ικανότητες για μάθηση και συγκέντρωση και την ικανότητά του να αποδίδει στο σχολικό περιβάλλον. Επιπλέον, εξετάζονται τα γενικά συναισθήματα του παιδιού ως προς το σχολείο –για παράδειγμα, το κατά πόσο το σχολείο είναι ένα μέρος στο οποίο χαίρεται κανείς να παρευρίσκεται– καθώς και οι αντιλήψεις του εφήβου για τις σχέσεις του με τους εκπαιδευτικούς –π.χ.εάν τα πηγαίνει καλά με τους εκπαιδευτικούς και εάν θεωρεί ότι οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται για τους μαθητές ως άτομα και προσωπικότητες. Οι χαμηλές βαθμολογίες στη διάσταση του *Σχολικού περιβάλλοντος* φανερώνουν τη δυσαρέσκεια του εφήβου με το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς και τα αρνητικά του συναισθήματα για το σχολικό περιβάλλον καθώς και την απουσία ικανοποιητικών επιδόσεων. Στον αντίποδα, οι υψηλές βαθμολογίες δείχνουν ότι ο έφηβος νιώθει καλά κι απολαμβάνει την σχολική ζωή και, παράλληλα, ότι εμφανίζεται ικανοποιημένος από τις σχολικές του επιδόσεις. Ο συντελεστής Cronbach α για την συγκεκριμένη διάσταση του KIDSCREEN-52 ήταν 0.88.

Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά στο πλαίσιο των φίλων και συνομηλίκων αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη διάσταση του εργαλείου KIDSCREEN-52 *Κοινωνική υποστήριξη και συνομήλικοι*. Στη διάσταση αυτή περιλαμβάνονται 10 ερωτήματα που αφορούν στις κοινωνικές σχέσεις του εφήβου με τους φίλους και τους συνομηλίκους του. Οι ερωτήσεις εξετάζουν τις προσωπικές αντιλήψεις του εφήβου αναφορικά με: τον βαθμό στον οποίο νιώθει ότι οι φίλοι τον αποδέχονται και τον στηρίζουν, την ικανότητά του να δημιουργεί και να διατηρεί φιλικές σχέσεις, ζητήματα που σχετίζονται με την επικοινωνία με τους άλλους και τον βαθμό στον οποίο νιώθει μέλος μίας ομάδας και βιώνει θετικά συναισθήματα από και μέσα σε αυτήν και, τέλος, κατά πόσο νιώθει ότι τον σέβονται οι φίλοι και οι συνομήλικοί του. Οι χαμηλές βαθμολογίες στην συγκεκριμένη κλίμακα υποδεικνύουν ότι ο έφηβος νιώθει αποκλεισμένος και ότι δεν μπορεί να βασιστεί στους συνομηλίκους του, τους οποίους βιώνει ως απορριπτικούς και μη υποστηρικτικούς, ενώ οι υψηλές βαθμολογίες δείχνουν ότι ο έφηβος νιώθει μέλος της ομάδας των συνομηλίκων, από τους οποίους νιώθει ότι λαμβάνει στήριξη και αποδοχή. Ο συντελεστής Cronbach α για την συγκεκριμένη διάσταση του KIDSCREEN-52 ήταν 0.90.



Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών του πόρων χρησιμοποιήθηκε ως υποκειμενικός δείκτης της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και εκτιμήθηκε με τη διάσταση των *Οικονομικών πόρων* του εργαλείου KIDSCREEN-52. Η διάσταση αυτή περιλαμβάνει 3 ερωτήματα που εξετάζουν εάν ο έφηβος νιώθει ότι έχει τις απαιτούμενες οικονομικές δυνατότητες που αφενός του επιτρέπουν να έχει έναν τρόπο ζωής συγκρίσιμο με των άλλων παιδιών κι αφετέρου του παρέχουν τη δυνατότητα να κάνει πράγματα μαζί με τους συνομηλίκους του. Οι υψηλές βαθμολογίες δείχνουν ότι ο έφηβος νιώθει ότι ζει σε συνθήκες οικονομικής ευημερίας και απολαμβάνει τις οικονομικές του δυνατότητες. Οι χαμηλές βαθμολογίες, ωστόσο, υποδηλώνουν ότι ο έφηβος νιώθει ότι περιορίζεται στον τρόπο ζωής του από τις οικονομικές του πηγές, τις οποίες βιώνει ως ελλειματικές. Ο συντελεστής Cronbach α της συγκεκριμένης διάστασης ήταν 0.89.

#### **8.2.1.7 Δείκτης Μάζας Σώματος**

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) υπολογίστηκε χρησιμοποιώντας αυτοαναφερόμενα δεδομένα για το βάρος και το ύψος των παιδιών. Οι έφηβοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το βάρος τους σε κιλά και το ύψος τους σε εκατοστά. Ο ΔΜΣ προέκυψε διαιρώντας το βάρος από το τετράγωνο του ύψους<sup>2</sup> [βάρος (kg) / ύψος<sup>2</sup> (cm<sup>2</sup>)]. Στη συνέχεια, οι έφηβοι κατηγοριοποιήθηκαν σε υπέρβαρους, παχύσαρκους, ελλιποβαρείς και εκείνους με φυσιολογικό βάρος σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ανά φύλο και ηλικία που καθιερώθηκαν από τον Cole και τους συνεργάτες του (602). Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, οι ελλιποβαρείς έφηβοι εξαιρέθηκαν από περαιτέρω αναλύσεις και οι υπέρβαροι με τους παχύσαρκους εφήβους αποτέλεσαν μία κατηγορία. Η τελική κατηγοριοποίηση αφορούσε στους εφήβους με φυσιολογικό βάρος και στους υπέρβαρους/παχύσαρκους ομηλικούς τους.

#### **8.2.2 Εργαλεία αυτοαναφοράς γονέων**

##### **8.2.2.1 Τόπος διαμονής**

Ο τόπος διαμονής των εφήβων προήλθε από το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς των γονέων, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν «εάν το παιδί ζει: i. σε μεγάλη πόλη, ii. σε προάστια ή στην περιφέρεια μεγάλης πόλης, iii. σε κωμόπολη ή μικρή πόλη, iv. σε χωριό ή v. σε αγρόκτημα ή σπίτι στην

εξοχή». Οι ανωτέρω κατηγορίες συμπύχθηκαν σε τρεις, που αποτύπωναν τον αστικό (i), τον ημι-αστικό (ii + iii) και τον αγροτικό (iv + v) τύπο του τόπου διαβίωσης.

#### **8.2.2.2 Εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση γονέων**

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη International Standard Classification of Education [ISCED;(603)] από το ερωτηματολόγιο των γονέων. Τα αρχικώς επτά εκπαιδευτικά επίπεδα συγχωνεύτηκαν στην κωδικοποίηση σε 3 κατηγορίες: πρωτοβάθμια εκπαίδευση [κατηγορίες 0 (δεν έχει πάει σχολείο), 1 (λίγες τάξεις δημοτικού) και 2 (απολυτήριο δημοτικού)], δευτεροβάθμια εκπαίδευση [κατηγορίες 3 (απολυτήριο Γυμνασίου) και 4 (Απολυτήριο Λυκείου)] και τριτοβάθμια εκπαίδευση [κατηγορίες 5 (ανώτερη εκπαίδευση) και 6 (ανώτατη εκπαίδευση)].

Η επαγγελματική κατάσταση του γονέα προέκυψε από μία δεκάβαθμη κλίμακα αυτοαναφοράς των γονέων σχετικά με τη φύση και την ιεραρχία της επαγγελματικής τους θέσης (επαγγελματίες και τεχνικά επαγγέλματα, υψηλόβαθμο στέλεχος, υπάλληλος γραφείου, πωλήσεις, υπηρεσίες προς το κοινό, εξειδικευμένος εργάτης, εργάτης μερικής εξειδίκευσης, ανειδίκευτος εργάτης, αγροτικές εργασίες και άνεργος). Για τις ανάγκες της παρούσας διατριβής, η κλίμακα κωδικοποιήθηκε εκ νέου σε «άνεργος» ή «σε ενεργή εργασία». Στις αναλύσεις που έλαβαν χώρα, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεργία των γονέων χρησιμοποιήθηκαν ως κατηγορίες αναφοράς.

#### **8.2.2.3 Οικογενειακή κατάσταση γονέα**

Η οικογενειακή κατάσταση του γονέα συλλέχθηκε σε πεντάβαθμη κλίμακα με τις εξής επιλογές: έγγαμος, χήρος, διαζευγμένος, σε διάσταση, άγαμος. Στη συνέχεια, επανακωδικοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες, συμπύσσοντας τις κατηγορίες «διαζευγμένος» και «σε διάσταση» σε μία.

#### **8.2.2.4 Η υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση υγείας των γονέων**

Η υποκειμενική αντίληψη των γονέων για την κατάσταση της υγείας τους εκτιμήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς ενηλίκων για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία SF-12 (604) (Ελληνική πρότυπη εκδοχή 1.0). Το ερωτηματολόγιο SF-12 συνιστά μία εναλλακτική και συντομότερη αλλά έγκυρη εκδοχή του προγενέστερου ερωτηματολογίου SF-36 για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία και διαθέτει 36 ερωτήματα που εντάσσονται στις εξής διαστάσεις: τη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το σωματικό πόνο, τη γενική αντίληψη για την υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία. Σε σχέση με το SF-36, το SF-12 χρησιμοποιείται εκτενώς σε μελέτες μεγάλης κλίμακας, ιδιαίτερα όταν στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος είναι η συνολική υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας αντί οι τυπικές οκτώ περιοχές μέτρησης του SF-36.

Το SF-12 περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις που κατατάσσονται στις προαναφερόμενες οκτώ διαστάσεις, οι τέσσερις εκ των οποίων βαθμολογούνται σε κλίμακα (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία), ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις αξιολογούνται ως μεμονωμένες ερωτήσεις (σωματικός πόνος, γενική αντίληψη για την υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Όλα τα ερωτήματα αθροίστηκαν κατάλληλα για τον υπολογισμό του συνολικού σκορ για την υποκειμενικά αντιληπτή σωματική υγεία (PCS-12) και του συνολικού σκορ για την υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική υγεία (MCS-12). Οι βαθμολογίες των περιοχών μέτρησης ήταν δεδομένα κλίμακας από 0 έως 100, ενώ οι συνοπτικές κλίμακες ήταν βαθμολογίες απόκλισης της μέσης τιμής 50. Οι εκλιπούσες τιμές αντιμετωπίστηκαν σύμφωνα με τις συστάσεις του ειδικού εγχειριδίου SF-12 (604). Το ελληνικό ερωτηματολόγιο επέδειξε ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (605).

#### **8.2.2.5 Σχέσεις γονέα-παιδιού**

Για την εκτίμηση των σχέσεων γονέα-παιδιού από την προοπτική του γονέα χρησιμοποιήθηκαν πέντε ερωτήματα προσαρμοσμένα με κάποια επέκταση από την κλίμακα αυτοαναφοράς Social Adjustment Scale [SAS;(606)]. Αυτή η μικρή ενότητα καλύπτει την περιοχή του γονικού ρόλου, τόσο ως προς τα συναισθήματα όσο και προς τη συμπεριφορά, περιλαμβάνοντας

ερωτήματα που αφορούν στο γονικό ενδιαφέρον και επίβλεψη των σχολικών κι εξωσχολικών δραστηριοτήτων του παιδιού, στην έκφραση τρυφερότητας από την πλευρά του γονέα καθώς και σε ζητήματα αμοιβαίας επικοινωνίας και σύγκρουσης. Το χρονικό όριο και οι κατηγορίες απάντησης της αρχικής κλίμακας (πεντάβαθμη ή εξάβαθμη κλίμακα Likert, χρονικό όριο ανάκλησης 2 εβδομάδων) προσαρμόστηκαν στην πρότυπη μορφή του KIDSCREEN-52: ανάκληση εντός της τελευταίας εβδομάδας και πέντε δυνατές απαντήσεις κατά συχνότητα (τρία ερωτήματα) ή την ένταση (δύο ερωτήματα). Η συνολική βαθμολογία προέκυπτε από το άθροισμα των πέντε ερωτημάτων και κυμαινόταν από 0 έως 20, με βαθμολογίες μικρότερες του 12 να θεωρούνται ενδεικτικές μη ικανοποιητικών οικογενειακών σχέσεων. Η κλίμακα SAS έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε σχετικές μελέτες και εμφανίζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες (607).

#### **8.2.2.6 Γονεϊκή ανησυχία και οικογενειακή συνοχή**

Η γονεϊκή ανησυχία και η οικογενειακή συνοχή εκτιμήθηκαν με τις συναφείς κλίμακες του ερωτηματολογίου Child Health Questionnaire Parent Form [CHQ PF-28;(608)], ένα σύντομο, γενικό ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τη γενική κατάσταση της υγείας και την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία του παιδιού από την προοπτική του γονέα. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 13 διαστάσεις (σωματική λειτουργικότητα, γενική συμπεριφορά, ψυχική υγεία, αυτοεκτίμηση, γενική υγεία, γονεϊκή συναισθηματική επίδραση, επίδραση στον χρόνο των γονέων, οικογενειακές δραστηριότητες, λειτουργικότητα συναισθηματικού/συμπεριφορικού ρόλου, λειτουργικότητα σωματικού ρόλου, σωματικός πόνος, οικογενειακή συνοχή και αλλαγή στην υγεία) που μετρήθηκαν με 28 ερωτήματα. Το CHQ PF-28 θεωρείται ένα εύχρηστο και με ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες εργαλείο για εφαρμογή σε μελέτες μεγάλης κλίμακας στο πεδίο της κοινοτικής ιατρικής (609).

Προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο της γονεϊκής ανησυχίας για τα συμπτώματα του παιδιού, χρησιμοποιήθηκε η διάσταση της γονεϊκής συναισθηματικής επίδρασης από το CHQ PF-28. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει δύο ερωτήματα που αξιολογούν το επίπεδο ανησυχίας του γονέα αναφορικά με τη σωματική υγεία, τη συναισθηματική κατάσταση και τη συμπεριφορά του παιδιού στο χρονικό διάστημα των τεσσάρων τελευταίων εβδομάδων. Το επίπεδο ανησυχίας

βαθμολογήθηκε σε πεντάβαθμη κλίμακα, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «καθόλου» και το 5 το «πολύ». Η συνολική βαθμολογία προέκυψε από το άθροισμα των βαθμολογιών των δύο ερωτημάτων, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε εντονότερη ανησυχία εκ μέρους του γονέα.

Η οικογενειακή συνοχή εκτιμήθηκε από την αντίστοιχη διάσταση του CHQ PF-28. Ο γονέας ερωτήθηκε: «Μερικές φορές οι οικογένειες έχουν δυσκολία στο να πηγαίνουν καλά τα πράγματα μεταξύ των μελών τους. Δεν συμφωνούν πάντα και μερικές φορές μπορεί να θυμώνουν. Γενικά πως θα βαθμολογούσατε την ικανότητα των μελών της δικής σας οικογένειας να τα πηγαίνουν καλά μεταξύ τους;». Η βαθμολόγηση πραγματοποιήθηκε σε πεντάβαθμη κλίμακα, όπου το 5 αντιστοιχούσε στο «άριστη» και το 1 στο «κακή».

#### **8.2.2.7 Ειδικές χρόνιες ανάγκες για φροντίδα υγείας**

Η εκτίμηση των ειδικών χρόνιων αναγκών για φροντίδα υγείας πραγματοποιήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου Children with Special Health Care Needs Screener (CSHCN) που εστιάζει στη χρόνια σωματική κατάσταση υγείας των εφήβων (610, 611). Το CSHCN περιλαμβάνει πέντε ακολουθίες ερωτημάτων και κάθε ερώτηση συνοδεύεται από δύο πρόσθετα ερωτήματα που εξετάζουν την παρουσία και τη διάρκεια των διαφόρων προβλημάτων υγείας. Οι πέντε ακολουθίες ερωτημάτων αναφέρονται σε κάποιο πρόβλημα υγείας που έχει διαρκέσει ή αναμένεται να διαρκέσει 12 μήνες ή περισσότερο και εξετάζουν: 1. τη χρήση ή την ανάγκη για συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, 2. τη χρήση ή την ανάγκη για ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή εκπαίδευσης, 3. την ύπαρξη λειτουργικών περιορισμών, 4. τη χρήση και ανάγκη για ειδικές θεραπείες (εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, κλπ) και 5. τη θεραπεία ή συμβουλευτική για συναισθηματικά ή αναπτυξιακά προβλήματα. Τα αποτελέσματα του CSHCN συνδυάστηκαν κι επανακωδικοποιήθηκαν σε μία μεταβλητή δύο τιμών (θετικό ≠ αρνητικό αποτέλεσμα) για τους σκοπούς της συγκεκριμένης ανάλυσης.

## 8.3 Ανάλυση Δεδομένων

### 8.3.1 Η κλίμακα HBSC-SCL: παραγοντική δομή και ψυχομετρικές ιδιότητες

Χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA) με διαδικασία μεγίστης πιθανοφάνειας για την εκτίμηση του θεωρητικού μοντέλου για το HBSC-SCL. Αρχικά, το HBSC-SCL δοκιμάστηκε ως εργαλείο μίας διάστασης και, στη συνέχεια, δοκιμάστηκε ως εργαλείο δύο διαστάσεων, σύμφωνα με την υπάρχουσα, σχετική βιβλιογραφία (61, 612, 613). Προσδιορίστηκε η ανεξαρτησία των όρων σφάλματος (error terms) για όλα τα μοντέλα. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής CFI (comparative fit index), GFI (goodness of fit index), chi-square goodness of fit test ( $\chi^2$ ) και RMSEA (root mean square error of approximation) (614). Υπάρχουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες για την ερμηνεία της προσαρμογής ενός μοντέλου με βάση αυτούς τους δείκτες. Για τους δείκτες CFI και GFI, οι τιμές κυμαίνονται από 0 μέχρι 1, με τις μεγαλύτερες τιμές να αντανακλούν καλή προσαρμογή στα δεδομένα, ιδιαίτερα όταν αυτές είναι ίσες ή μεγαλύτερες του 0.95. Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες του 0.05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0.08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή (615). Επίσης, ο μη στατιστικά σημαντικός συντελεστής  $\chi^2$  υποδηλώνει καλή προσαρμογή. Ωστόσο, η δοκιμασία  $\chi^2$  είναι ευαίσθητη στο μέγεθος του δείγματος και στην περίπτωση μεγάλων δειγμάτων, όπως στην παρούσα μελέτη, συνήθως αποβαίνει στατιστικά σημαντική (614).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής καθορίστηκε μέσω υπολογισμού του συντελεστή Cronbach  $\alpha$ . Οι τιμές του συντελεστή Cronbach  $\alpha$  ίσες ή μεγαλύτερες του 0.70 θεωρήθηκαν ότι αντανακλούν αποδεκτά επίπεδα αξιοπιστίας. Υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson για την ανάλυση της συντρέχουσας εγκυρότητας μεταξύ των βαθμολογιών των δέκα διαστάσεων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία και της συνολικής βαθμολογίας, της σωματικής και ψυχολογικής διάστασης καθώς και των επιμέρους στοιχείων της κλίμακας HBSC-SCL. Θεωρήθηκε ότι η συντρέχουσα εγκυρότητα θα αποδεικνυόταν εφόσον οι συσχετίσεις μεταξύ των θεωρητικά συγκρίσιμων διαστάσεων ήταν σημαντικά μεγαλύτερες από τις συσχετίσεις μεταξύ των θεωρητικά διαφορετικών διαστάσεων. Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0.1 έως 0.3, μέτριες όταν ο συντελεστής

συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0.31 έως 0.5 και υψηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος από 0.5.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου να διερευνηθούν οι επιδράσεις του φύλου και της ηλικίας στο συνολικό σκορ του HBSC-SCL, καθώς και στη σωματική και την ψυχολογική διάσταση του εργαλείου HBSC-SCL, ενώ ταυτόχρονα εξετάστηκαν και πιθανές αλληλεπιδράσεις του φύλου με την ηλικία. Επίσης, εξετάστηκαν οι πιθανές διαφορές στο εργαλείο HBSC-SCL ανάλογα με την ύπαρξη χρόνιας νόσου και την ύπαρξη υπερβολικού βάρους (υπέρβαροι/παχύσαρκοι έφηβοι), προκειμένου να ελεγχθεί η διακριτική εγκυρότητα του εργαλείου. Για την σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών, όπως τα επιμέρους ερωτήματα, οι διαστάσεις και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας HBSC-SCL μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's  $t$ -test. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0.05. Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση διεξήχθη με το λογισμικό AMOS και για τις υπόλοιπες αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

### **8.3.2 ΠΥΥ και δημογραφικοί παράγοντες**

Η στατιστική επεξεργασία έγινε σε πλήρη δεδομένα χωρίς εκλιπούσες τιμές. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν σαν Μέση Τιμή  $\pm$  η Τυπική Απόκλιση (Μέσος  $\pm$  Τ.Α.), ενώ οι ονομαστικές μεταβλητές παρουσιάζονται με την μορφή των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων. Το Student  $t$ -test και η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), με διόρθωση Bonferroni για τον έλεγχο σφάλματος τύπου I, χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση των μέσων τιμών. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, από την άλλη, χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των ΠΥΥ και της υποκειμενικής αντίληψης για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων (PQFR).

Στη συνέχεια, τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν σε μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαναφορά ΠΥΥ και το φύλο, την ηλικία, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, την υψηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα των γονέων, τη γονεϊκή ανεργία, την χώρα γέννησης των εφήβων και των γονιών τους και την υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων ως ανεξάρτητες

μεταβλητές. Όλες οι κατηγορικές μεταβλητές (δηλ. το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η οικογενειακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η εκπαιδευτική βαθμίδα των γονέων, η γονεϊκή ανεργία και η χώρα γέννησης των εφήβων και των γονιών τους) μετατράπηκαν σε ψευδομεταβλητές (dummy variables) –με την κατηγορία αναφοράς να υποδεικνύεται στον αντίστοιχο πίνακα– προκειμένου να εισαχθούν στα παλινδρομικά μοντέλα, ενώ η υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων (PQFR) χρησιμοποιήθηκε ως συνεχής μεταβλητή. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης εκφράστηκαν με τους διορθωμένους συντελεστές παλινδρόμησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματα (standard errors-SE). Διενεργήθηκε διαγνωστικός έλεγχος των παλινδρομικών μοντέλων προκειμένου να εξεταστεί εάν πληρούνταν τα κριτήρια για ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, με τα υπόλοιπα (residuals) κάθε μοντέλου να εμφανίζουν κανονική κατανομή και σταθερή διασπορά. Οι δείκτες της οικογενειακής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (FAS) και της υποκειμενικής αντίληψης για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων (PQFR) εξετάστηκαν ξεχωριστά στο μοντέλο γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης, καθώς ο διαγνωστικός έλεγχος που διενεργήθηκε έδειξε ότι οι συντελεστές συσχετίσής τους εμφάνισαν υψηλή συγγραμικότητα (collinearity). Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μεταβλητών στα μοντέλα παλινδρόμησης δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Για όλες τις αναλύσεις, οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 15.0 (SPSS, version 15.0, Chicago, IL, USA).

### **8.3.3 ΠΥΥ και Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία**

Στο πλαίσιο της μελέτης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας HBSC-SCL, διενεργήθηκαν περαιτέρω αναλύσεις για τη σχέση των ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία, όπως εκτιμάται με το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών, ενώ οι απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες περιέγραψαν τις ποιοτικές μεταβλητές της μελέτης. Αρχικά, διενεργήθηκε η δοκιμασία Student's t-test για τη σύγκριση της μέσης τιμής (και του τυπικού σφάλματος) στις δέκα διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 ανάμεσα στην ομάδα εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και την ομάδα εφήβων με λιγότερα –σε αριθμό και



συχνότητα– αναφερόμενα ΠΥΥ, βάση της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα HBSC-SCL. Επίσης, υπολογίστηκε ο συντελεστής  $R^2$  με σκοπό να αποτυπωθεί το ποσοστό διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας, της σωματικής και ψυχολογικής διάστασης και των επιμέρους ερωτημάτων της κλίμακας HBSC-SCL που επεξηγούνται από τις 10 διαστάσεις του KIDSCREEN-52. Στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές διαφορές στην επίδραση των διαστάσεων του εργαλείου KIDSCREEN-52 στο συνολικό σκορ του HBSC-SCL, καθώς και στη σωματική και την ψυχολογική διάστασή του, ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των εφήβων, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), κατά την οποία εξετάστηκαν οι πιθανές αλληλεπιδράσεις των δέκα διαστάσεων του KIDSCREEN-52 με το φύλο και την ηλικία. Για όλες τις αναλύσεις, οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0 (SPSS, version 19.0, Chicago, IL, USA).

#### **8.3.4 ΠΥΥ και ψυχολογικοί παράγοντες**

Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν σαν Μέση Τιμή  $\pm$  η Τυπική Απόκλιση (Μέσος  $\pm$  Τ.Α.), ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με την μορφή των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων. Ο έλεγχος Student t–test χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση της μέσης τιμής στις υποκλίμακες του ΕΔΔ ανάμεσα στην ομάδα των εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και την ομάδα με λιγότερα –σε αριθμό και συχνότητα– ΠΥΥ. Στη συνέχεια, διενεργήθηκε ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαναφορά πολλαπλών, επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τις υποκλίμακες ΕΔΔ, το φύλο, την ηλικία και την κλίμακα οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας (FAS). Κατά την λογιστική παλινδρομική ανάλυση, κάθε υποκλίμακα του ΕΔΔ εξετάστηκε ξεχωριστά από τις υπόλοιπες, λόγω της υψηλής μεταξύ τους συγγραμμικότητας που εντοπίστηκε κατά το διαγνωστικό έλεγχο των παλινδρομικών μοντέλων. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάστηκαν με τη μορφή του διορθωμένου λόγου πιθανοτήτων με 95% διάστημα εμπιστοσύνης. Ο διαγνωστικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με το τεστ Hosmer και Lemeshow. Οι πιθανές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μεταβλητών δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Για όλες τις αναλύσεις, οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0 (SPSS, version 19.0, Chicago, IL, USA).

### 8.3.5 ΠΥΥ και συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία

Η στατιστική επεξεργασία έγινε σε πλήρη δεδομένα χωρίς εκλιπόντα στοιχεία. Όλες οι υπό εξέταση μεταβλητές ήταν κατηγορικές και παρουσιάζονται με τη μορφή των απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων. Ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test) χρησιμοποιήθηκε για να καθορίσει τις διαφορές ανάμεσα στην ομάδα των εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και την ομάδα με λιγότερα –σε αριθμό και συχνότητα– ΠΥΥ ως προς το φύλο, την ηλικία, το οικογενειακό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το κάπνισμα και την υπερβολική, περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ. Στη συνέχεια, διεξήχθη ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ κι ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή οικονομική ευμάρεια, το κάπνισμα και την υπερβολική, περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ, χρησιμοποιώντας την βηματική μέθοδο εισαγωγής των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης ανάλυσης παρουσιάστηκαν με την μορφή του διορθωμένου λόγου πιθανοτήτων με 95% διάστημα εμπιστοσύνης. Ο διαγνωστικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε με το τεστ Hosmer και Lemeshow. Για όλες τις αναλύσεις, οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0 (SPSS, version 19.0, Chicago, IL, USA).

### 8.3.6 ΠΥΥ και οικογενειακοί παράγοντες

Όλες οι κατηγορικές μεταβλητές εμφανίζονται ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι συνεχείς μεταβλητές εκφράζονται με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση (SD). Αναφορικά με την κλίμακα της οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας FAS, οι κατηγορίες «μέση» και «υψηλή» συμπύχθηκαν σε μία, με τη βαθμολογία στη νέα αυτή κατηγορία να κυμαίνεται από 4 έως 7. Η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης του συντελεστή Pearson's  $r$  για δύο συνεχείς μεταβλητές, του συντελεστή Pearson's  $\chi^2$  για δύο κατηγορικές μεταβλητές, του Student's  $t$  test για μία δίτιμη κατηγορική και μία συνεχή μεταβλητή και την ανάλυση διακύμανσης (one-way ANOVA) για μία κατηγορική μεταβλητή τριών κατηγοριών και μία συνεχή μεταβλητή. Στη συνέχεια, προκειμένου να εκτιμηθεί η συμβολή των ανεξάρτητων μεταβλητών στα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, σχηματίστηκε ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής

παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας τη βηματική μέθοδο εισαγωγής των μεταβλητών (stepwise method). Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05, με διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο Stata™ (v.12.0; StataCorp LP, College Station, TX, USA).

### 8.3.7 ΠΥΥ και κοινωνικοί παράγοντες

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μορφή της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης, ενώ οι ονομαστικές μεταβλητές εκφράζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για τις διμεταβλητές συσχετίσεις, χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές Pearson's  $r$  για τις συνεχείς μεταβλητές και Spearman's  $r$  για τις κατηγορικές μεταβλητές. Στην συνέχεια, διενεργήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ ως εξαρτημένη μεταβλητή. Προκειμένου να εκτιμηθεί μεμονωμένα η συμβολή της υποκειμενικής αντίληψης του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του σε κάθε κοινωνικό πλαίσιο (οικογένεια, σχολείο, φίλοι και συνομήλικοι) στην αυτοαναφορά ΠΥΥ, επιλέχθηκε η ιεραρχική μέθοδος εισαγωγής των υπό εξέταση μεταβλητών στο παλινδρομικό μοντέλο. Το φύλο, η ηλικία και η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών του πόρων αποτέλεσαν τις μεταβλητές που εισήχθησαν κατά το 1<sup>ο</sup> βήμα της ανάλυσης, προκειμένου να καταστεί δυνατός ο στατιστικός τους έλεγχος στα επόμενα βήματα. Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του στο πλαίσιο της οικογένειας προστέθηκε στο 2<sup>ο</sup> βήμα, ενώ η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του στο σχολείο στο 3<sup>ο</sup>. η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του στον κύκλο των φίλων και συνομηλίκων του ήταν η τελευταία μεταβλητή που προστέθηκε στο 4<sup>ο</sup> βήμα της ιεραρχικού τύπου παλινδρομικής ανάλυσης, εφόσον το περιβάλλον των φίλων και συνομηλίκων αποτελεί το κοινωνικό πλαίσιο των εφήβων που έχει μελετηθεί λιγότερο σε σύγκριση με την οικογένεια και το σχολείο, τουλάχιστον στην Ελλάδα. Το τεστ Durbin-Watson χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της υπόθεσης περί ανεξάρτητων σφαλμάτων, δηλαδή του φαινομένου της αυτοσυσχέτισης. Επιπλέον, τα δεδομένα ελέγχθηκαν για πολυσυγγραμμικότητα μέσω του διαγνωστικού δείκτη ανοχής (Tolerance) και του παράγοντα πληθωριστικής διασποράς (VIF). Οι

έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05. Η ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 (SPSS, version 20.0, Chicago, IL, USA).

## 9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 9.1 Η Κλίμακα HBSC-SCL: Παραγοντική Δομή και Ψυχομετρικές Ιδιότητες

#### 9.1.1 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση

Με την μέθοδο της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης υπολογίστηκαν οι δείκτες προσαρμογής, δοκιμάζοντας το μοντέλο μίας διάστασης και το μοντέλο δύο διαστάσεων της κλίμακας HBSC-SCL. Στον Πίνακα 1 διαφαίνονται οι δείκτες καλής προσαρμογής των υπό εξέταση μοντέλων. Το μοντέλο μίας διάστασης έδειξε αμφισβητούμενους δείκτες καλής προσαρμογής (GFI=0.902, CFI=0.845, RMSEA=0.126), ενώ το μοντέλο δύο διαστάσεων (σωματική-ψυχολογική) παρουσίασε αποδεκτούς δείκτες GFI, CFI and RMSEA (0.962, 0.936 και 0.079, αντίστοιχως). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε τροποποίηση στο υπό εξέταση μοντέλο των δύο διαστάσεων, επιτρέποντας στο ερώτημα «δυσκολία να κοιμηθείς» να συσχετιστεί παράλληλα και με τις δύο διαστάσεις, βελτιώνοντας την προσαρμογή του μοντέλου (GFI=0.981, CFI=0.969 και RMSEA= 0.059). Το  $\chi^2$  τεστ και των δύο υπό εξέταση μοντέλων ήταν σημαντικό λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματος. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι επιβαρύνσεις των παραγόντων για τη σωματική και ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL. Τα παραγοντικά φορτία ήταν υψηλά και κυμαίνονταν από 0.65 έως 0.81 υποδεικνύοντας ισχυρή σχέση της κάθε ερώτησης με τη διάσταση στην οποία ανήκει. Στο Σχήμα 2 απεικονίζεται η κατανομή των ερωτημάτων της κλίμακας στις δύο διαστάσεις του μοντέλου, όπως προέκυψαν από την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, ενώ στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson  $r$  για το μοντέλο δύο διαστάσεων και τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HBSC-SCL. Τόσο η σωματική όσο και η ψυχολογική διάσταση εμφάνισαν υψηλή συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα HBSC-SCL ( $r = .810$  και  $r = .912$ , αντίστοιχα), ενώ η συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχολογική και σωματική διάσταση υπήρξε μέτρια ( $r = .499$ ).

**Πίνακας 1.** Αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για τα μοντέλα ενός και δύο διαστάσεων του εργαλείου HBSC-SCL

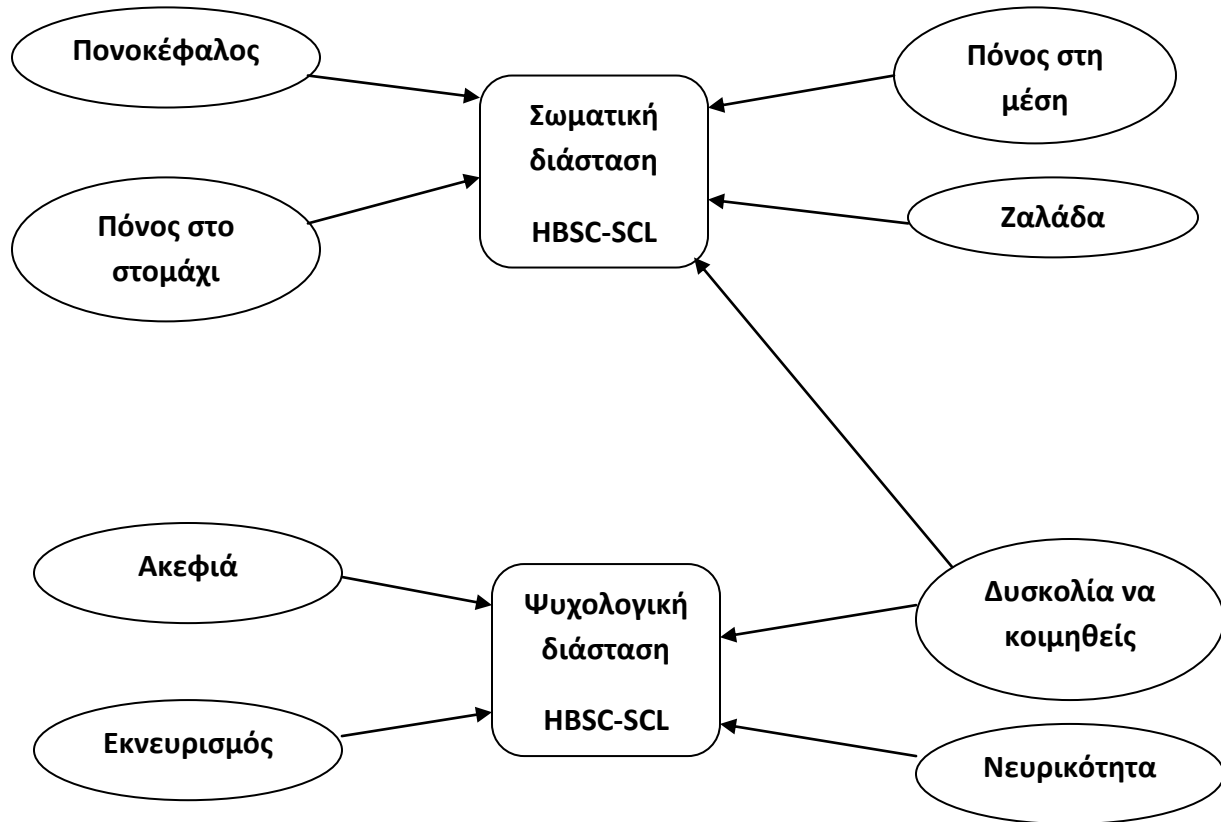
Μοντέλα	$\chi^2$	P	GFI	CFI	RMSEA
Μοντέλο μίας διάστασης	400.7	<0.001	0.902	0.845	0.126
Μοντέλο δύο διαστάσεων (σωματική-ψυχολογική)	176.6	<0.001	0.962	0.936	0.079
Μοντέλο δύο διαστάσεων με προσαρμογή δεικτών*	93.4	<0.001	0.981	0.969	0.059

\*το ερώτημα «δυσκολία να κοιμηθείς» συσχετίζεται παράλληλα και με την σωματική και με την ψυχολογική διάσταση

**Πίνακας 2.** Επιβαρύνσεις των παραγόντων (factor loadings-b) όπως προέκυψαν από τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης για την κλίμακα HBSC-SCL

Μοντέλο δύο διαστάσεων		b
<b>Σωματική διάσταση</b>		
	Πονοκέφαλος	0.65
	Πόνος στο στομάχι	0.72
	Πόνος στη μέση	0.71
	Ζαλάδα	0.68
<b>Ψυχολογική διάσταση</b>		
	Ακεφιά	0.81
	Εκνευρισμός	0.75
	Νευρικότητα	0.79
	Δυσκολία να κοιμηθείς	0.80

**Σχ. 2** Το μοντέλο δύο διαστάσεων της κλίμακας HBSC-SCL, ως αποτέλεσμα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης



**Πίνακας 3.** Συντελεστές συσχέτισης του μοντέλου δύο διαστάσεων της κλίμακας HBSC-SCL

		HBSC-SCL συνολική βαθμολογία	Σωματική διάσταση
<b>Σωματική διάσταση</b>	Pearson r	,810**	
	ρ	<0.001	
<b>Ψυχολογική διάσταση</b>	Pearson r	,912**	,499**
	ρ	<0.001	<0.001

### 9.1.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής για την ψυχολογική διάσταση του HBSC-SCL ήταν 0.78, για τη σωματική διάσταση 0.71 και για τη συνολική βαθμολογία 0.75 δείχνοντας ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.

### 9.1.3 Επιδράσεις της ηλικίας και του φύλου

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι διαφορές του συνολικού σκορ της κλίμακας HBSC-SCL καθώς και της σωματικής και ψυχολογικής διάστασης ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των εφήβων. Σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία τόσο στο συνολικό σκορ του HBSC-SCL όσο και στις δύο επιμέρους διαστάσεις της παρουσίασαν τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια και οι έφηβοι ηλικίας 16-18 σε σύγκριση με την ηλικιακή κατηγορία 12-15. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις της ηλικίας με το φύλο.

**Πίνακας 4.** Διαφορές στο HBSC-SCL (συνολική βαθμολογία και δύο διαστάσεις) ανά φύλο και ηλικία.

	Ηλικία (έτη)				P (φύλο)	P (ηλικία)	P (φύλο*ηλικία)
	12-15		16-18				
	Φύλο		Φύλο				
	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια			
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)			
<b>HBSC-SCL συνολική βαθμολογία</b>	2.2 (0.8)	1.9 (0.7)	2.5 (0.8)	2.1 (0.7)	<0.001	<0.001	<i>0.770</i>
<b>Σωματική διάσταση</b>	1.8 (0.8)	1.5 (0.7)	2.0 (0.7)	1.7 (0.6)	<0.001	<0.001	<i>0.729</i>
<b>Ψυχολογική διάσταση</b>	2.6 (1.1)	2.3 (1.0)	3.0 (1.1)	2.6 (1.0)	<0.001	<0.001	<i>0.851</i>

Οι μη στατιστικά σημαντικές διαφορές αναγράφονται με *πλάγιασμένη (italic) γραμματοσειρά*

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε η ίδια ανάλυση για κάθε ερώτημα της κλίμακας HBSC-SCL. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Το συχνότερα αναφερόμενο σύμπτωμα τόσο στα κορίτσια όσο και στα αγόρια και των δύο ηλικιακών κατηγοριών (12-15 ≠ 16-18) ήταν ο εκνευρισμός,

με δεύτερο τη νευρική και τρίτο την ακεφία. Η ηλικία δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το στομαχόπονο και τη ζαλάδα. Τα κορίτσια δήλωναν συστηματικά περισσότερα ΠΥΥ από τα αγόρια, όπως και οι έφηβοι 16-18 ετών σε σύγκριση με τους νεότερους. Τέλος, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις του φύλου με την ηλικία από την ανάλυση.

**Πίνακας 5.** Διαφορές στα ερωτήματα (συμπτώματα) της κλίμακας HBSC-SCL ανάλογα με το φύλο και την ηλικία.

	Ηλικία (έτη)				P (φύλο)	P (ηλικία)	P (φύλο* ηλικία)
	12-15		16-18				
	Φύλο		Φύλο				
	Κορίτσια	Αγόρια	Κορίτσια	Αγόρια			
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)			
Πονοκέφαλος	2.1 (1.3)	1.7 (1.1)	2.6 (1.3)	1.9 (1.1)	<0.001	<0.001	<i>0.139</i>
Πόνος στο στομάχι	1.7 (1.0)	1.4 (0.7)	1.7 (0.9)	1.5 (0.9)	<0.001	<i>0.516</i>	<i>0.571</i>
Πόνος στη μέση	1.7 (1.1)	1.5 (1.0)	1.9 (1.0)	1.8 (1.2)	0.011	0.002	<i>0.317</i>
Ακεφία	2.5 (1.3)	2.1 (1.2)	3.0 (1.4)	2.5 (1.2)	<0.001	<0.001	<i>0.564</i>
Εκνευρισμός	3.3 (1.4)	2.8 (1.4)	3.5 (1.3)	3.1 (1.3)	<0.001	0.007	<i>0.814</i>
Νευρική	2.9 (1.5)	2.6 (1.5)	3.2 (1.4)	2.9 (1.4)	<0.001	0.002	<i>0.846</i>
Δυσκολία να κοιμηθείς	1.9 (1.4)	1.6 (1.1)	2.1 (1.4)	1.8 (1.2)	0.001	0.001	<i>0.951</i>
Ζαλάδα	1.6 (1.1)	1.4 (0.9)	1.8 (1.2)	1.5 (0.9)	0.003	<i>0.081</i>	<i>0.502</i>

Οι μη στατιστικά σημαντικές διαφορές αναγράφονται με πλάγιασμένη (*italic*) γραμματοσειρά

#### 9.1.4 Συντρέχουσα εγκυρότητα

Η ανάλυση συντρέχουσας εγκυρότητας έδειξε μέτριες έως υψηλές συσχετίσεις για τις αναμενόμενες σχέσεις (Πίνακας 6). Η διάσταση *Διάθεση και Συναισθήματα* του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 εμφάνισε ισχυρές συσχετίσεις τόσο με τη συνολική βαθμολογία όσο και με την ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL, ενώ εμφάνισε μέτρια συσχέτιση με τη σωματική διάσταση. Ακολούθησε η διάσταση *Ψυχολογική Ευεξία* του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 με μέτριες συσχετίσεις με τη συνολική βαθμολογία και την ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL και ασθενή συσχέτιση με τη σωματική διάσταση. Παρομοίως, οι διαστάσεις *Αντίληψη Εαυτού, Σχέσεις*



με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι, Σωματική Ευεξία, Σχολικό Περιβάλλον και Αυτονομία του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 είχαν μέτριες συσχετίσεις με τη συνολική βαθμολογία και την ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL και ασθενείς συσχετίσεις με τη σωματική διάσταση. Στον αντίποδα, οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 *Συνομήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη, Οικονομικοί Πόροι και Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμός)* είχαν ασθενείς συσχετίσεις τόσο με τη συνολική βαθμολογία όσο και με τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας HBSC-SCL.

**Πίνακας 6.** Συντελεστές συσχέτισης του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 με την κλίμακα HBSC-SCL.

		Σωματική Ευεξία	Ψυχολογική Ευεξία	Διάθεση και Συναισθήματα	Αντίληψη Εαυτού	Αυτονομία	Σχέσεις με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι	Συμολήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη	Σχολικό Περιβάλλον	Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμός)	Οικονομικοί Πόροι
<b>HBSC συνολική βαθμολογία</b>	r	-0,360	-0,424	-0,565	-0,4	-0,316	-0,4	-0,244	-0,331	-0,141	-0,223
<b>Σωματική διάσταση</b>	r	-0,282	-0,264	-0,374	-0,282	-0,223	-0,244	-0,141	-0,2	-0,1	-0,141
<b>Ψυχολογική διάσταση</b>	r	-0,331	-0,435	-0,583	-0,4	-0,316	-0,412	-0,282	-0,346	-0,141	-0,223

Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης ήταν σημαντικοί ( $p < 0.001$ )

### 9.1.5 Διακριτική εγκυρότητα

Οι βαθμολογίες στα επιμέρους στοιχεία, στη συνολική βαθμολογία και στη σωματική και ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL ανάλογα με την ύπαρξη χρόνιας νόσου παρουσιάζονται στον Πίνακα 7. Η ανάλυση (t-test) δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο στα επιμέρους συμπτώματα, όσο και στις δύο διαστάσεις και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HBSC-SCL στα παιδιά με ή χωρίς χρόνια νόσο. Παράλληλα, διενεργήθηκε αντίστοιχος έλεγχος (t-test) για τη διερεύνηση τυχόν διαφορών στα επιμέρους συμπτώματα, στη συνολική βαθμολογία και στη σωματική και ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL ανάμεσα στους εφήβους με κανονικό

βάρος και στους υπέρβαρους/παχύσαρκους συνομήλικούς τους. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 8, δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Συμπερασματικά, δεν αποδείχθηκε η διακριτική εγκυρότητα της κλίμακας HBSC-SCL, τουλάχιστον σε σχέση με τα εργαλεία εκτίμησης της χρόνιας νόσου (CHNSCR) και του δείκτη μάζας σώματος (Υψος/ Βάρος<sup>2</sup>) σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια (602) που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

**Πίνακας 7.** Διαφορές στη συνολική βαθμολογία, τη Σωματική και Ψυχολογική διάσταση και στα επιμέρους ερωτήματα της κλίμακας HBSC-SCL, ανάλογα με την ύπαρξη χρόνιας νόσου.

	Ύπαρξη χρόνιας νόσου		P
	Όχι	Ναι	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Πονοκέφαλος	2.1 (1.3)	2.2 (1.2)	0.645
Πόνος στο στομάχι	1.6 (0.9)	1.6 (1.0)	0.683
Πόνος στη μέση	1.7 (1.0)	1.8 (1.1)	0.658
Ακεφιά	2.5 (1.3)	2.4 (1.2)	0.889
Εκνευρισμός	3.2 (1.4)	3.0 (1.3)	0.450
Νευρικότητα	2.9 (1.5)	2.8 (1.5)	0.791
Δυσκολία να κοιμηθείς	1.8 (1.3)	1.8 (1.3)	0.958
Ζαλάδα	1.6 (1.1)	1.5 (0.9)	0.509
Σωματική διάσταση	1.7 (0.7)	1.8 (0.7)	0.811
Ψυχολογική διάσταση	2.6 (1.1)	2.5 (1.1)	0.701
HBSC-SCL συνολική βαθμολογία	2.2 (0.8)	2.2 (0.8)	0.991

**Πίνακας 8.** Διαφορές στη συνολική βαθμολογία, τη Σωματική και Ψυχολογική διάσταση και στα επιμέρους ερωτήματα της κλίμακας HBSC-SCL, ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (κανονικός≠υπέρβαρος/παχύσαρκος).

	Δείκτης Μάζας Σώματος		P
	Κανονικός	Υπέρβαρος/Παχύσαρκος	
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Πονοκέφαλος	2.1 (1.3)	2.0 (1.2)	0.417
Πόνος στο στομάχι	1.6 (0.9)	1.5 (0.9)	0.314
Πόνος στη μέση	1.7 (1.1)	1.7 (1.1)	0.662
Ακεφιά	2.5 (1.3)	2.4 (1.4)	0.650
Εκνευρισμός	3.2 (1.4)	3.0 (1.4)	0.118
Νευρικότητα	2.9 (1.5)	2.9 (1.5)	0.754
Δυσκολία να κοιμηθείς	1.9 (1.3)	1.7 (1.2)	0.089
Ζαλάδα	1.6 (1.1)	1.5 (1.0)	0.303
Σωματική διάσταση	1.8 (0.7)	1.7 (0.7)	0.253
Ψυχολογική διάσταση	2.6 (1.1)	2.5 (1.1)	0.206
HBSC-SCL συνολική βαθμολογία	2.2 (0.8)	2.1 (0.8)	0.139

## 9.2 Δημογραφικοί Παράγοντες

Τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Τα κορίτσια και οι νεότεροι σε ηλικία έφηβοι (12–15 ετών) υπεραντιπροσωπεύθηκαν στο τελικό δείγμα της μελέτης, με τα ποσοστά συμμετοχής τους να αγγίζουν το 60.3% και το 66.8% αντιστοίχως. Περισσότεροι από το 90% του δείγματος (συγκεκριμένα το 93% των εφήβων και το 92.1% των γονιών τους) δήλωσαν ως χώρα γέννησης την Ελλάδα. Οι έφηβοι προέρχονταν από αστικές, ημι-αστικές και αγροτικές περιοχές, με μία μικρή υπεροχή των ημι-αστικών περιοχών (39.7%). Ένα σημαντικό ποσοστό των γονέων (75.4%) είχαν μέση-ανώτατη εκπαίδευση και το 95.2% ήταν επαγγελματικά ενεργοί. Το 37.3% των συμμετεχόντων εφήβων δήλωσαν χαμηλά επίπεδα οικονομικής ευμάρειας της οικογένειας, ενώ η μέση τιμή της αυτοαντιλαμβανόμενης ποιότητας των διαθέσιμων οικονομικών πόρων ήταν 70.3 (SD=24.1) στην κλίμακα PQFR, η βαθμολόγηση της οποίας κυμαίνεται από 0 μέχρι 100.

**Πίνακας 9.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης για τις σχέσεις των ΠΥΥ με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Κορίτσια	556	60.3
	Αγόρια	366	39.7
<b>Ηλικία (χρόνια)</b>	12-15	616	66.8
	16-18	306	33.2
<b>Τόπος διαμονής εφήβου</b>	Πόλη	273	29.6
	Ημι-αστική περιοχή	366	39.7
	Χωριό	283	30.7
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)</b>	Χαμηλό	344	37.3
	Μέσο/Υψηλό	578	62.7
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα γονέα (ISCED)</b>	Χαμηλή	227	24.6
	Μέση	339	36.8
	Υψηλή	356	38.6
<b>Ανεργία μητέρας/πατέρα</b>	Όχι	878	95.2

		N	%
<b>Ανεργία μητέρας/πατέρα</b>	Ναι	44	4.8
<b>Μητέρα/Πατέρας γεννημένοι εκτός Ελλάδας</b>	Όχι	849	92.1
	Ναι	73	7.9
<b>Χώρα γέννησης εφήβου</b>	Ελλάδα	857	93.0
	Εκτός Ελλάδας	65	7.0
<b>Αυτοαντιλαμβανόμενη ποιότητα οικονομικών πόρων (PQFR), μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)</b>		70.3 (24.1)	

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει το μέσο σκορ της κλίμακας SHC–SCL ανά ανεξάρτητη μεταβλητή. Το φύλο, η ηλικία, η κλίμακα οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεργία των γονέων αποτέλεσαν τους ισχυρότερα συσχετιζόμενους παράγοντες παράγοντες με τα ΠΥΥ κατά την μονομεταβλητή ανάλυση. Συγκεκριμένα, τα κορίτσια και οι μεγαλύτεροι ηλικιακά έφηβοι ( $P<0.001$ ), οι έφηβοι από οικογένειες με χαμηλούς δείκτες οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας ( $P=0.006$ ), καθώς και οι έφηβοι με άνεργους ( $P=0.02$ ) και χαμηλής μόρφωσης γονείς ( $P=0.05$ ) εμφάνισαν υψηλότερο μέσο σκορ ΠΥΥ συγκριτικά με τους άρρενες και τους νεότερους εφήβους, με εφήβους που δήλωναν υψηλότερα επίπεδα οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας και οι γονείς τους είχαν επαγγελματική απασχόληση ή μέση/ανώτατη εκπαίδευση.

Η μεταναστευτική ιδιότητα αξιολογήθηκε βάση χώρα γέννησης του εφήβου ή του γονέα. Η ανάλυση έδειξε ότι οι έφηβοι με έναν γονέα γεννημένο στο εξωτερικό ανέφεραν ελαφρώς λιγότερα ΠΥΥ από τους συνομήλικούς τους με γηγενείς γονείς. Αντιθέτως, οι έφηβοι που είχαν γεννηθεί οι ίδιοι στο εξωτερικό δήλωσαν λίγο περισσότερα ΠΥΥ από τους γηγενείς. Ωστόσο, η στατιστική

σημαντικότητα ήταν χαμηλή και στα δύο ευρήματα ( $P=0.91$  και  $P=0.97$  αντίστοιχα). Επίσης, δεδομένου του μικρού πληθυσμού των εφήβων με μεταναστευτική ιδιότητα (των ιδίων ή των γονέων τους), δεν θα ήταν ασφαλές να υποστηριχθεί ότι στην παρούσα μελέτη διαφάνηκε μία γνήσια συσχέτιση της μεταναστευτικής ιδιότητας του εφήβου με την αυτοαναφορά ΠΥΥ. Σε συνέχεια της διόρθωσης Bonferroni, βρέθηκε ότι οι έφηβοι με γονείς χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου είχαν μεγαλύτερο σκορ στην κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ σε σχέση με τους ομηλικούς με γονείς υψηλότερης μόρφωσης. Τέλος, η στατιστικά σημαντική, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα ΠΥΥ και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων ( $r= -0.23$ ,  $P < 0.001$ ) υπέδειξε ότι οι υψηλότεροι δείκτες στην κλίμακα PQFR συνδέονταν με μικρότερη αυτοαναφορά ΠΥΥ.

**Πίνακας 10.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας στη κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ σύμφωνα με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		Συνολική βαθμολογία HBSC-SCL		
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
<b>Φύλο</b>	Κορίτσια	18.38	6.24	<0.001*
	Αγόρια	15.86	5.84	
<b>Ηλικία (χρόνια)</b>	12-15	16.63	6.1	<0.001*
	16-18	18.88	6.17	
<b>Τόπος διαμονής εφήβου</b>	Πόλη	17.24	6.48	0.52**
	Ημι-αστική περιοχή	17.63	6.13	
	Χωριό	17.18	6.05	

	Συνολική βαθμολογία HBSC-SCL			
		Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	P
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας</b>	Χαμηλό	18.11	6.04	<b>0.006*</b>
	Μέσο/Υψηλό	16.95	6.04	
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα γονέα (ISCED)</b>	Χαμηλή	18.04	6.23	<b>0.05**</b>
	Μέση	17.44	6.38	
	Υψηλή	16.90	6.00	
<b>Ανεργία μητέρας/πατέρα</b>	Όχι	15.20	5.44	<b>0.02*</b>
	Ναι	17.49	6.23	
<b>Μητέρα/Πατέρας γεννημένοι εκτός Ελλάδας</b>	Όχι	17.40	6.17	0.91*
	Ναι	17.17	6.7	
<b>Χώρα γέννησης εφήβου</b>	Ελλάδα	17.37	6.15	0.97*
	Άλλη χώρα	17.54	7.04	
<b>Αυτοαντιλαμβανόμενη ποιότητα οικονομικών πόρων (PQFR)</b>		-0.23***		<b>&lt;0.001</b>

\* Student's t-test, \*\*ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), \*\*\* Συντελεστής συνάφειας Pearson's

Στη συνέχεια της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, διενεργήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης, που παρουσιάζεται στον Πίνακα 11. Η βαθμολογία στην κλίμακα αυτοαναφοράς των ΠΥΥ ήταν χαμηλότερη για τους άρρενες εφήβους συγκριτικά με τα κορίτσια ( $P<0.001$ ) και για τους νεότερους ηλικιακά σε σχέση με τους μεγαλύτερους εφήβους ( $P<0.001$ ). Επίσης, οι έφηβοι με μέση/υψηλή βαθμολόγηση της οικονομικής ευμάρειας της οικογένειάς τους ανέφεραν λιγότερα ΠΥΥ σε σύγκριση με όσους προέχονταν από οικογένειες με χαμηλούς δείκτες οικονομικής ευχέρειας ( $P=0.029$ ). Η εκπαιδευτική βαθμίδα και η ανεργία των γονέων δεν αποτέλεσαν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες για την αυτοαναφορά ΠΥΥ κατά την πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης. Σε αντίθεση, η κλίμακα PQFR που αποτύπωνε την αντίληψη των εφήβων για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών τους πόρων, αναδείχθηκε ως ένας από τους σημαντικότερους, ανεξάρτητους παράγοντες, υποδεικνύοντας ότι οι έφηβοι που δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένοι από τα οικονομικά τους έτειναν να αναφέρουν λιγότερα ΠΥΥ ( $P<0.001$ ).

**Πίνακας 11.** Αποτελέσματα από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

	$\beta$	Τυπικό σφάλμα	$\beta^*$	P
<b>Φύλο</b>				
Κορίτσια, κατηγορία αναφοράς				
Αγόρια	-2.31	0.41	-0.18	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ηλικία</b>				
12-15, κατηγορία αναφοράς				
16-18	1.89	0.44	0.14	<b>&lt;0.001</b>



	$\beta$	Τυπικό σφάλμα	$\beta^*$	P
<b>Τόπος διαμονής εφήβου</b>				
Πόλη, κατηγορία αναφοράς				
Ημι-αστική περιοχή	0.18	0.50	0.01	0.72
Χωριό	-0.61	0.54	-0.05	0.27
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS) †</b>				
Χαμηλό, κατηγορία αναφοράς				
Μέσο/Υψηλό	-0.94	0.45	-0.07	<b>0.029</b>
<b>Εκπαιδευτική βαθμίδα γονέα (ISCED)</b>				
Χαμηλή, κατηγορία αναφοράς				
Μέση	-0.33	0.53	-0.03	0.53
Υψηλή	-0.55	0.57	-0.04	0.33
<b>Ανεργία μητέρα/πατέρα</b>				
Όχι, κατηγορία αναφοράς				
Ναι	1.75	0.94	0.06	0.06
<b>Μητέρα/πατέρας γεννημένοι εκτός Ελλάδας</b>				
Όχι, κατηγορία αναφοράς				
Ναι	-0.47	0.91	-0.02	0.61
<b>Χώρα γέννησης εφήβου</b>				

	$\beta$	Τυπικό σφάλμα	$\beta^*$	P
Ελλάδα, κατηγορία αναφοράς				
Άλλη χώρα	0.26	0.97	0.01	0.79
<b>Αυτοαντιλαμβανόμενη ποιότητα οικονομικών πόρων (PQFR) ‡</b>	-0.06	0.01	-0.22	<b>&lt;0.001</b>

\*διορθωμένοι συντελεστές παλινδρόμησης ‡ Εξετάστηκαν ξεχωριστά στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με έλεγχο των υπολοίπων μεταβλητών

### 9.3 Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης παρουσιάζονται στον Πίνακα 12. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν κορίτσια (60%) κι έφηβοι 12-15 ετών (67.7%). Το ποσοστό των εφήβων με ειδικές χρόνιες ανάγκες για φροντίδα υγείας ήταν ιδιαίτερα μικρό, όπως συμβαίνει συχνά σε μελέτες σε σχολικό πληθυσμό. Αντίθετα, το 20% περίπου των εφήβων που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν μεγαλύτερο βάρος από το φυσιολογικό και κατατάχθηκαν στην κατηγορία των υπέρβαρων/παχύσαρκων εφήβων. Στον Πίνακα 13 διαφαίνονται οι διαφορές στις μέσες τιμές των διαστάσεων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 ανάμεσα στους εφήβους με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ-ΠΥΥ) και τους εφήβους με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ-ΠΥΥ). Οι έφηβοι που ανέφεραν περισσότερα από δύο ΠΥΥ με συχνότητα μεγαλύτερης της εβδομαδιαίας εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερους δείκτες σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖΣΥ, όπως εκτιμήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52. Οι μεγαλύτερες διαφορές σημειώθηκαν στις διαστάσεις *Διάθεση και Συναισθήματα*, *Σχέσεις με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι* και *Ψυχολογική Ευεξία* και οι μικρότερες στις διαστάσεις *Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμός)* και *Οικονομικοί Πόροι*.

**Πίνακας 12.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στη μελέτη για τις σχέσεις της κλίμακας HBSC-SCL και του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52

	<b>N (%)</b>	<b>Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)</b>
<b>Φύλο</b>		
Κορίτσια	626 (60.0)	
Αγόρια	417 (40.0)	
<b>Ηλικία (χρόνια)</b>		
12–15	696 (67.7)	
16–18	347 (32.3)	
<b>Χρόνιες ειδικές ανάγκες για φροντίδα υγείας</b>		
Ναι	35 (3.4)	
Όχι	1008 (96.6)	
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος</b>		
Έφηβοι με φυσιολογικό βάρος	827 (79.3)	
Υπέρβαροι/παχύσαρκοι έφηβοι	216 (20.7)	
<b>ΠΥΥ</b>		17.3 (0.78)
<b>Σωματική Ευεξία (KIDSCREEN-52)</b>		66.1 (19.2)
<b>Ψυχολογική Ευεξία (KIDSCREEN-52)</b>		70.0 (19.3)
<b>Διάθεση και Συναισθήματα (KIDSCREEN-52)</b>		72.6 (18.2)
<b>Αντίληψη Εαυτού (KIDSCREEN-52)</b>		66.4 (21.0)
<b>Αυτονομία (KIDSCREEN-52)</b>		58.7 (23.5)
<b>Σχέσεις με Γονείς (KIDSCREEN-52)</b>		70.5 (20.2)

	N (%)	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)
Συνομήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη (KIDSCREEN-52)		70.4 (21.3)
Σχολικό Περιβάλλον (KIDSCREEN-52)		64.2 (18.7)
Κοινωνική Αποδοχή-Εκφοβισμός (KIDSCREEN-52)		91.9 (14.0)
Οικονομικοί Πόροι (KIDSCREEN-52)		69.5 (24.3)

**Πίνακας 13.** Μέσες τιμές στη βαθμολογία των διαστάσεων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 για τους εφήβους με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ–ΠΥΥ) και τους εφήβους με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ–ΠΥΥ)

	Ομάδα εφήβων			
	μη ΠΕ–ΠΥΥ		ΠΕ–ΠΥΥ	
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Σωματική Ευεξία	70,45	17,22	60,77	20,00
Ψυχολογική Ευεξία	75,27	15,49	63,47	21,56
Διάθεση και Συναισθήματα	79,86	14,44	63,83	18,56
Αντίληψη Εαυτού	72,10	19,53	59,72	20,77
Αυτονομία	63,83	22,41	52,44	23,30
Σχέσεις με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι	76,11	17,23	63,72	21,50
Συνομήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη	74,46	19,39	65,69	22,26
Σχολικό Περιβάλλον	68,54	17,23	59,03	19,16
Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμός)	93,17	12,87	90,39	15,02
Οικονομικοί Πόροι	73,31	22,17	65,54	26,01

Όλες οι συγκρίσεις ήταν σημαντικές σε επίπεδο  $p < 0.001$

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζεται η αναλογία διακύμανσης –όπως ορίζεται από τον συντελεστή διακύμανσης  $R^2$ – της κλίμακας HBSC-SCL (συνολική βαθμολογία, σωματική και ψυχολογική διάσταση) που επεξηγείται από κάθεμία από τις 10 διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52. Όλες οι συσχετίσεις υπήρξαν στατιστικά σημαντικές ( $p < 0.001$ ) με τον συντελεστή  $R^2$  να κυμαίνεται από 0.01 έως 0.34. Πιο συγκεκριμένα, η διάσταση *Διάθεση και Συναισθήματα* εξήγησε το 32% της διακύμανσης στην συνολική βαθμολογία της κλίμακας HBSC-SCL ( $R^2=0.32$ ), το οποίο αποδόθηκε κατά κύριο λόγο στην Ψυχολογική ( $R^2=0.34$ ), παρά στη Σωματική διάσταση ( $R^2=0.14$ ). Παρόμοια εικόνα παρουσιάζει και η διάσταση της *Ψυχολογικής Ευεξίας*, η οποία εξήγησε το 18% της διακύμανσης στη συνολική βαθμολογία του HBSC-SCL ( $R^2=0.19$  για την Ψυχολογική και  $R^2=0.07$  για τη Σωματική διάσταση). Ακολούθησαν οι διαστάσεις της *Αντίληψης Εαυτού* και των *Σχέσεων με τους Γονείς και Ζωή στο Σπίτι* επεξηγώντας το 16% της διακύμανσης στην συνολική βαθμολογία του HBSC-SCL ( $R^2=0.16$  για την Ψυχολογική και  $R^2=0.08$  για την Σωματική διάσταση και  $R^2=0.17$  για την Ψυχολογική και  $R^2=0.06$  για τη Σωματική διάσταση, αντίστοιχα). Επίσης, σημαντικά ποσοστά διακύμανσης στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HBSC-SCL εξηγήθηκαν και από τις διαστάσεις *Σωματική Ευεξία*, *Σχολικό Περιβάλλον* και *Αυτονομία* (13%, 11% και 10% αντίστοιχα).

**Πίνακας 14.** Αναλογία διακύμανσης (R square) στη συνολική βαθμολογία, στη Σωματική και Ψυχολογική διάσταση του HBSC-SCL, που επεξηγείται από τις 10 διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52

	<b>HBSC-SCL συνολική βαθμολογία</b>	<b>Σωματική διάσταση</b>	<b>Ψυχολογική διάσταση</b>
<b>Σωματική Ευεξία</b>	0.13	0.08	0.11
<b>Ψυχολογική Ευεξία</b>	0.18	0.07	0.19
<b>Διάθεση και Συναισθήματα</b>	0.32	0.14	0.34
<b>Αντίληψη Εαυτού</b>	0.16	0.08	0.16
<b>Αυτονομία</b>	0.10	0.05	0.10

	HBSC-SCL συνολική βαθμολογία	Σωματική διάσταση	Ψυχολογική διάσταση
Σχέσεις με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι	0.16	0.06	0.17
Συνομήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη	0.06	0.02	0.08
Σχολικό Περιβάλλον	0.11	0.04	0.12
Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμός)	0.02	0.01	0.02
Οικονομικοί Πόροι	0.05	0.02	0.05

Όλα τα αποτελέσματα υπήρξαν σημαντικά ( $p < 0.001$ )

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ίδιου τύπου ανάλυση προκειμένου να διερευνηθεί το ποσοστό της διακύμανσης σε κάθε ένα από τα 8 ΠΥΥ της κλίμακας HBSC-SCL που μπορεί να εξηγηθεί από τις 10 διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52. Ο Πίνακας 15 παρουσιάζει τα σχετικά ευρήματα σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0.01$ . Όπως αναμενόταν, η διάσταση *Διάθεση και Συναισθήματα* ήταν υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσοστό διακύμανσης στα ΠΥΥ που εμπίπτουν στην Ψυχολογική διάσταση του HBSC-SCL, και ιδιαίτερα στο ερώτημα *Ακεφιά* ( $R^2 = 0.35$ ). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η εν λόγω διάσταση εξήγησε το 12% και το 10% αντίστοιχα της διακύμανσης των συμπτωμάτων *Δυσκολίες στον ύπνο* και *Πονοκέφαλος*, ποσοστά κατά πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα που εξήγησε η διάσταση της Σωματικής Ευεξίας στα συγκεκριμένα συμπτώματα (0.4% και για τα δύο συμπτώματα). Η *Ψυχολογική Ευεξία* εμφάνισε τον υψηλότερο συντελεστή  $R^2$  στα συμπτώματα *Ακεφιά* και *Νευρικότητα* ( $R^2 = 0.25$  και  $R^2 = 0.10$ , αντίστοιχα), ενώ οι διαστάσεις *Αυτονομία*, *Συνομήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη* και *Σχολικό Περιβάλλον* εξήγησαν το 11% της διακύμανσης στο σύμπτωμα *Ακεφιά*. Το 15% του ίδιου συμπτώματος αποδόθηκε στις διαστάσεις της *Αντίληψης Εαυτού* και *Σχέσεων με τους Γονείς και Ζωής στο Σπίτι*. Τέλος, οι διαστάσεις *Κοινωνική Αποδοχή* και *Οικονομικοί Πόροι* εμφάνισαν τους χαμηλότερους συντελεστές  $R^2$  αναφορικά με τα επιμέρους συμπτώματα της κλίμακας HBSC-SCL.

**Πίνακας 15.** Ποσοστό διακύμανσης (R square) των επιμέρους ερωτημάτων της κλίμακας HBSC-SCL που επεξηγείται από τις 10 διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52

	Πονοκέφαλος	Πόνος στο στομάχι	Πόνος στη μέση	Ζαλάδα	Ακεφιά	Εκνευρισμός	Νευρικότητα	Δυσκολία να κοιμηθείς
<b>Σωματική Ευεξία</b>	0.04	0.04	0.03	0.03	0.14	0.05	0.05	0.04
<b>Ψυχολογική Ευεξία</b>	0.05	0.02	0.02	0.04	0.25	0.09	0.10	0.06
<b>Διάθεση και Συναισθήματα</b>	0.10	0.05	0.05	0.07	0.35	0.19	0.19	0.12
<b>Αντίληψη Εαυτού</b>	0.05	0.05	0.03	0.03	0.15	0.10	0.08	0.04
<b>Αυτονομία</b>	0.04	0.01	0.02	0.02	0.11	0.05	0.06	0.02
<b>Σχέσεις με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι</b>	0.04	0.03	0.03	0.03	0.15	0.12	0.10	0.05
<b>Συνομήλικοι και Κοινωνική Υποστήριξη</b>	0.02	0.004	0.003	0.01	0.11	0.04	0.04	0.02
<b>Σχολικό Περιβάλλον</b>	0.03	0.01	0.02	0.01	0.11	0.07	0.07	0.04
<b>Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμός)</b>	0.003	0.01	0.01	0.004	0.02	0.01	0.02	0.01
<b>Οικονομικοί Πόροι</b>	0.002	0.02	0.01	0.02	0.05	0.02	0.03	0.02

Όλοι οι αναφερόμενοι συντελεστές ήταν σημαντικοί σε επίπεδο  $p < 0.01$ , εκτός από όσους αναγράφονται με πλάγια γραμματοσειρά

Τέλος, διενεργήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου να ελεγχθούν πιθανές διαφορές στις επιδράσεις των διαστάσεων του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας HBSC-SCL ανάλογα με το φύλο και την ηλικία και να δοκιμαστούν δυνητικές αλληλεπιδράσεις των διαστάσεων του KIDSCREEN-52 με το φύλο και την ηλικία. Το μοναδικό

στατιστικά σημαντικό εύρημα ( $p=0.047$ ) αφορούσε τη διάσταση των *Οικονομικών Πόρων*, η οποία εμφάνισε ισχυρότερη επίδραση στη συνολική βαθμολογία του HBSC-SCL για τους εφήβους ηλικίας 16-18 ετών σε σύγκριση με όσους άνηκαν στην ηλικιακή κατηγορία 12-15 ετών. Όταν η ανάλυση επαληθεύτηκε ξεχωριστά για τη Σωματική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL έδειξε ότι η διάσταση της *Κοινωνικής Αποδοχής* ήταν ισχυρότερη για τους εφήβους 16-18 ετών σε σχέση με τους νεότερους ( $p=0.013$ ). Επίσης, οι επιδράσεις της *Σωματικής Ευεξίας* ( $p=0.032$ ), της *Διάθεσης και Συναισθήματα* ( $p=0.001$ ) και της *Αντίληψης Εαυτού* ( $p=0.025$ ) στη Σωματική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL ήταν πιο ισχυρές για τα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια. Αντίθετα, δεν σημειώθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για την Ψυχολογική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL.

#### 9.4 Ψυχολογικοί Παράγοντες

Στην παρούσα μελέτη αναλύθηκαν δεδομένα από 1170 συμμετέχοντες (468 αγόρια και 702 κορίτσια) με πλήρη στοιχεία. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 16. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη εφήβους (45.8%) δήλωσαν περισσότερα από δύο ΠΥΥ με τουλάχιστον εβδομαδιαία συχνότητα, κι έτσι κατατάχθηκαν στην ομάδα με τα Πολλαπλά, Επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ («ΠΕ–ΠΥΥ»). Οι υπόλοιποι έφηβοι ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (τόσο σε αριθμό όσο και σε συχνότητα) κι αποτέλεσαν την ομάδα των Μη Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ («μη ΠΕ–ΠΥΥ»).

**Πίνακας 16.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος στη μελέτη για τη σχέση των ΠΥΥ με τα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων

	N (%)
<b>Φύλο</b>	
Κορίτσια	702 (60.0)



	N (%)
Αγόρια	468 (40.0)
<b>Ηλικία (χρόνια)</b>	
12-15	794 (67.9)
16-18	376 (32.1)
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)</b>	
Χαμηλή	412 (37.7)
Μέση	489 (44.7)
Υψηλή	192 (17.6)
<b>Ομάδα εφήβων με ΠΥΥ</b>	
«μη ΠΕ-ΠΥΥ»‡	634 (54.2)
«ΠΕ-ΠΥΥ» †	536 (45.8)
<b>Διαστάσεις ΕΔΔ</b>	
Συναισθηματικά συμπτώματα, μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	2.7 (1.9)
Προβλήματα διαγωγής, μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	3.0 (1.5)
Υπερκινητικότητα/Απροσεξία, μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	3.6 (2.2)
Προβλήματα με συνομηλίκους, μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	1.9 (1.7)
Θετική κοινωνική συμπεριφορά, μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	8.1 (1.9)
Συνολική βαθμολογία δυσκολιών, μέσος όρος (Τυπική απόκλιση)	11.1 (5.2)

‡ Έφηβοι με χαμηλά επίπεδα ΠΥΥ, † Έφηβοι με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ

Οι μέσες τιμές της βαθμολογίας στο ΕΔΔ για τις ομάδες των «ΠΕ–ΠΥΥ» και «μη ΠΕ–ΠΥΥ» παρουσιάζονται στον Πίνακα 17. Οι έφηβοι από την ομάδα των «ΠΕ–ΠΥΥ» είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες του ΕΔΔ, εκτός από την υποκλίμακα της θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς, σε σύγκριση με τους εφήβους από την ομάδα των «μη ΠΕ–ΠΥΥ».

**Πίνακας 17.** Μέσες τιμές στη βαθμολογία των διαστάσεων του εργαλείου ΕΔΔ για τους εφήβους με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ–ΠΥΥ) και τους εφήβους με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ–ΠΥΥ)

Διαστάσεις ΕΔΔ	Μη ΠΕ-ΠΥΥ‡	ΠΕ-ΠΥΥ†	P
	N (%)	N (%)	
Συναισθηματικά συμπτώματα	2.1 (1.7)	3.5 (1.9)	<0.001
Προβλήματα Διαγωγής	2.5 (1.4)	3.5 (1.6)	<0.001
Υπερκινητικότητα/Απροσεξία	2.9 (2.0)	4.4 (2.1)	<0.001
Προβλήματα με τους συνομηλίκους	1.6 (1.6)	2.2 (1.8)	<0.001
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	8.1 (1.8)	7.9 (1.9)	0.087
Συνολική βαθμολογία δυσκολιών	9.0 (4.7)	13.5 (4.8)	<0.001

Στη συνέχεια, διεξήχθη ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα Πολλαπλά, Επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ κι ανεξάρτητες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις υποκλίμακες του ΕΔΔ, κρατώντας σταθερές τις επιδράσεις του φύλου, της ηλικίας και της κλίμακας της οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας (Πίνακας 18). Η ανάλυση έδειξε ότι η αυξημένη βαθμολογία στις υποκλίμακες των συναισθηματικών συμπτωμάτων, προβλημάτων διαγωγής, υπερκινητικότητας/

απροσεξίας και προβλημάτων με συνομηλικούς συνδέθηκε με την αύξηση των πιθανοτήτων για αυτοαναφορά Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ.

**Πίνακας 18.** Λόγος Πιθανοτήτων (95% Διάστημα Εμπροστούνης) (Odds Ratios, 95% Confidence Intervals) των Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σε συνάρτηση με τις διαστάσεις του ΕΔΔ.

Διάσταση ΕΔΔ	OR (95% CI) ‡	P
Συναισθηματικά συμπτώματα	1.54 (1.43 - 1.67)	<b>&lt;0.001</b>
Προβλήματα διαγωγής	1.62 (1.47 - 1.78)	<b>&lt;0.001</b>
Υπερκινητικότητα/Απροσεξία	1.40 (1.31 - 1.5)	<b>&lt;0.001</b>
Προβλήματα με τους συνομηλικούς	1.27 (1.17 - 1.37)	<b>&lt;0.001</b>
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	0.94 (0.88 – 1.01)	0.087

‡ με έλεγχο του φύλου, της ηλικίας και του οικογενειακού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου

Η τελευταία στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσης μελέτης αφορούσε στην πολλαπλή λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαναφορά Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τη βαθμολογία συνολικών δυσκολιών του ΕΔΔ, το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή οικονομική ευμάρεια (Πίνακας 19). Οι πιθανότητες αναφοράς Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ ήταν μεγαλύτερες για τους εφήβους με αυξημένη βαθμολογία συνολικών δυσκολιών στο ΕΔΔ (OR=1.23, 95%CI: 1.18-1.27) καθώς και για τα κορίτσια και τους εφήβους ηλικίας 16–18 ετών σε αντίστοιχη σύγκριση με τα αγόρια και τους εφήβους 12–15 ετών. Κατά την παρούσα ανάλυση δεν προέκυψε καμία σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των κλιμάκων ΕΔΔ και των μεταβλητών του φύλου και της ηλικίας, υποδεικνύοντας έτσι ότι η επίδραση των συναισθηματικών συμπτωμάτων, των προβλημάτων διαγωγής, της υπερκινητικότητας/απροσεξίας και των προβλημάτων με τους συνομηλικούς στην

αυτοαναφορά Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ ήταν παρόμοια για τα αγόρια και τα κορίτσια και για τους μεγαλύτερους ηλικιακά και νεότερους εφήβους.

**Πίνακας 19.** Λόγος πιθανοτήτων (95% Διάστημα εμπιστοσύνης) (Odds Ratios, 95% Confidence Intervals) για Πολλαπλά, Επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ σε συνάρτηση με το φύλο, την ηλικία, το οικογενειακό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και τη συνολική βαθμολογία δυσκολιών του ΕΔΔ.

	<b>OR (95% CI)</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>		
Αγόρια	1.00*	
Κορίτσια	1.47 (1.09 – 1.99)	<b>0.013</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>		
12–15	1.00*	
16–18	1.48 (1.13 - 1.94)	<b>0.005</b>
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)</b>		
Χαμηλό	1.00*	
Μέσο	0.95 (0.71 - 1.25)	0.701
Υψηλό	1.21 (0.74 – 1.86)	0.302
<b>Συνολική βαθμολογία δυσκολιών (ΕΔΔ)</b>	1.23 (1.18 - 1.27)	<b>&lt;0.001</b>

\*υποδεικνύει την κατηγορία αναφοράς

## 9.5 Συμπεριφορές Κινδύνου για την Υγεία

Στην παρούσα μελέτη αναλύθηκαν δεδομένα από 1163 συμμετέχοντες (465 αγόρια και 698 κορίτσια) με πλήρη στοιχεία. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 20. Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες στη μελέτη εφήβους (45.8%) δήλωσαν περισσότερα από δύο ΠΥΥ με τουλάχιστον εβδομαδιαία συχνότητα, κι έτσι κατατάχθηκαν στην ομάδα με τα Πολλαπλά, Επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ («ΠΕ–ΠΥΥ»). Οι υπόλοιποι έφηβοι ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (τόσο σε αριθμό όσο και σε συχνότητα) κι αποτέλεσαν την ομάδα των Μη Πολλαπλών, Επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ («μη ΠΕ–ΠΥΥ»).

**Πίνακας 20.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος στη μελέτη για τις σχέσεις των ΠΥΥ με τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία

	N (%)
<b>Φύλο</b>	
Κορίτσια	698 (60.0)
Αγόρια	465 (40.0)
<b>Ηλικία (χρόνια)</b>	
12–15	789 (67.8)
16–18	374 (32.2)
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)</b>	
Χαμηλό	438 (37.7)
Μέσο	520 (44.7)
Υψηλό	205 (17.6)
<b>Ομάδα εφήβων με ΠΥΥ</b>	
μη ΠΕ–ΠΥΥ†	630 (54.2)

	<b>N (%)</b>
ΠΕ-ΠΥΥ†	533 (45.8)
<b>Κάπνισμα</b>	
Όχι	1044 (89.8)
Ναι	119 (10.2)
<b>Περιστασιακά υπερβολική χρήση αλκοόλ</b>	
Όχι	806 (69.3)
Ναι	357 (30.7)

Οι διαφορές ανάμεσα στην ομάδα των εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και την ομάδα με λιγότερα –σε αριθμό και συχνότητα– ΠΥΥ ως προς το φύλο, την ηλικία, το οικογενειακό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το κάπνισμα και την υπερβολική, περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζονται στον Πίνακα 21. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι έφηβοι με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ είναι στην πλειοψηφία τους κορίτσια και ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 16–18 ετών. Επιπλέον, σημαντικό ποσοστό τόσο των καπνιστών όσο και των μη καπνιστών αναφέρουν πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και αναφορικά με την περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, καθώς σημαντικό ποσοστό των εφήβων που προβαίνουν αλλά και απέχουν από μία τέτοιου τύπου κατανάλωση δηλώνουν πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ σε σύγκριση με τους συνομηλικούς τους με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ.

**Πίνακας 21.** Απόλυτες και σχετικές συχνότητες των εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (ΠΕ-ΠΥΥ) και των εφήβων με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ (μη ΠΕ-ΠΥΥ) ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία.

		Μη ΠΕ-ΠΥΥ		ΠΕ-ΠΥΥ		p*
		N	%	N	%	
<b>Φύλο</b>	Κορίτσια	337	48,1	361	51,9	<b>&lt;0,001</b>
	Αγόρια	295	63,4	170	36,6	
<b>Ηλικία (έτη)</b>	12-15	457	57,9	332	42,1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>	16-18	172	46,3	202	53,7	
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας (FAS)</b>	Χαμηλό	221	50,5	217	49,5	0,210
	Μέσο	292	56,2	228	43,8	
	Υψηλό	107	52,2	98	47,8	
<b>Κάπνισμα</b>	Όχι	594	56,9	450	43,1	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	38	31,9	81	68,1	
<b>Περιστασιακή υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (πόσες φορές)</b>	Καμμία	465	57,8	341	42,2	<b>&lt;0,001</b>
	Μία/περισσότερες φορές	163	45,7	194	54,3	

\*δοκιμασία  $\chi^2$

Τέλος, στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογαριθμιστικής ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ κι ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή οικονομική ευμάρεια, το κάπνισμα και την υπερβολική, περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ. Η ανάλυση έδειξε ότι τα κορίτσια και οι έφηβοι που

καπνίζουν εμφανίζουν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ σε σύγκριση με τα αγόρια και τους μη καπνιστές εφήβους. Επί προσθέτως, υψηλότερες πιθανότητες αυτοαναφοράς πολλαπλών, επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σημειώθηκαν και μεταξύ των εφήβων που προβαίνουν περιστασιακά σε υπερβολική χρήση αλκοόλ σε σύγκριση με αυτούς που απέχουν από τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Αντιθέτως, η ηλικία και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας δεν φάνηκαν να επηρεάζουν την αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων στη συγκεκριμένη ανάλυση.

**Πίνακας 22.** Αποτελέσματα λογαριθμιστικής ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία

	<b>OR (95% CI)</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b>		
Αγόρια	1.00*	
Κορίτσια	1,93(1,49-2,5)	<b>&lt;0.001</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>		
12-15	1.00	
16-18	1,27(0,97-1,68)	0,087
<b>Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)</b>		
Χαμηλό	1.00	
Μέσο	0,89(0,68-1,17)	0,414
Υψηλό	1,12(0,78-1,6)	0,545
<b>Κάπνισμα</b>		
Όχι	1.00	



	OR (95% CI)	P
Ναι	2,31(1,45-3,68)	<0.001
<b>Περιστασιακά υπερβολική χρήση αλκοόλ (πόσες φορές)</b>		
Καμμία	1.00	
Μία/περισσότερες φορές	1,49(1,13-1,98)	<b>0,005</b>

\*υποδεικνύει την κατηγορία αναφοράς

## 9.6 Οικογενειακοί Παράγοντες

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 23. Το δείγμα της μελέτης απαρτίστηκε από 1.041 άτομα με διάμεσο τιμή ηλικίας τα  $15.0 \pm 3.0$  έτη. Η πλειοψηφία των παιδιών και των γονιών τους ανήκαν στο γυναικείο φύλο (60.3% και 76.6% αντίστοιχα). Η συχνότητα των χήρων και των διαζευγμένων/χωρισμένων γονέων ήταν αρκετά χαμηλή (6.8%), ενώ επίσης ιδιαίτερα μικρή ήταν και η αντιπροσώπευση των μονογονεϊκών οικογενειών στο παρόν δείγμα (0.3%).

**Πίνακας 23.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης για τις σχέσεις των ΠΥΥ με τους οικογενειακούς παράγοντες

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
<b>Φύλο</b>	Κορίτσια	628	60.3%
	Αγόρια	413	39.7%
<b>Ηλικία</b>	12 – 15	699	67.1%
	16 – 18	342	32.9%
<b>Συμμετέχων γονέας</b>	Μητέρα	797	76.6%
	Πατέρας	244	23.4%

Μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Οικογενειακή κατάσταση γονέα	Παντρεμένος	940	93.0%
	Χήρος	19	1.9%
	Διαζευγμένος – Σε διάσταση	49	4.9%
	Άγαμος	3	0.3%
Σχέση γονέα-παιδιού (Social adjustment scale adapted)	Κακή	107	10.5%
	Μέτρια-καλή	915	89.5%
Μεταβλητή		Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)	Χαμηλό (0-3)	360	37.0%
	Μέσο/Υψηλό (4-7)	612	63.0%
ΠΥΥ (HBSC-SCL)		17.21	6.13
Υποκειμενικά αντιληπτή σωματική υγεία γονέα (SF-12 physical health component score)		47.83	6.16
Υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική υγεία γονέα (SF-12 mental health component score)		50.22	8.84
Ανησυχία γονέων (CHQ-28)		4.73	2.56
Οικογενειακή συνοχή (CHQ-28)		2.30	.83

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις υπό εξέταση μεταβλητές. Η σωματική λειτουργικότητα των γονέων εμφάνισε αντίστροφη συσχέτιση με την γονεϊκή ανησυχία. Η ψυχική υγεία των γονέων είχε στατιστικά σημαντική και αντίστροφη συσχέτιση με την

γονεϊκή ανησυχία, την οικογενειακή συνοχή και τα ΠΥΥ. Τα ΠΥΥ διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια, τις ηλικιακές κατηγορίες καθώς και τη βαθμολόγηση στις κλίμακες της σχέσης γονέα-παιδιού SAS και του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της οικογένειας FAS. Οι σχέσεις γονέων-παιδιών –όπως αξιολογήθηκε με την κλίμακα SAS– συσχετίστηκε με την ψυχική υγεία, την οικογενειακή συνοχή, τα ΠΥΥ και την ηλικία. Η κλίμακα οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας συσχετίστηκε με την ψυχική υγεία των γονέων, την οικογενειακή συνοχή, την ηλικία και την κλίμακα εκτίμησης της σχέσης γονέων-παιδιών. Η οικογενειακή κατάσταση του γονέα δεν συσχετίστηκε με καμμία από τις υπό εξέταση μεταβλητές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης (Πίνακας 25), το αρσενικό φύλο, η ψυχική υγεία του γονέα και η σχέση γονέα-εφήβου (όπως αξιολογήθηκε από τον γονέα) είχαν σημαντική, αντίστροφη επίδραση στην αυτοαναφορά ΠΥΥ (συντελεστές παλινδρόμησης -1.976, -0.080 και -2.636 αντίστοιχα). Ταυτόχρονα, η μεγαλύτερη ηλικιακή κατηγορία (16-18 ≠ 12-15) και η γονεϊκή ανησυχία (για τα συμπτώματα του παιδιού) εμφάνισαν σημαντική, θετική συσχέτιση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ (1.923 και 0.226 αντίστοιχα). Καθώς πρόκειται για πολλαπλό παλινδρομικό μοντέλο, η επίδραση κάθε μεταβλητής στην αυτοαναφορά ΠΥΥ εξετάστηκε μετά από προσαρμογή των αντίστοιχων επιδράσεων των άλλων υπό εξέταση μεταβλητών. Το παλινδρομικό μοντέλο που προέκυψε από την ανάλυση ήταν στατιστικά σημαντικό και επεξήγησε το 9.7% της διασποράς των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ.

**Πίνακας 24.** Διμεταβλητές συσχετίσεις των ΠΥΥ με τους οικογενειακούς παράγοντες

		Υποκειμενικά αντιληπτή σωματική κατάσταση γονέα (PCS-12)	Υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική κατάσταση γονέα (MSC-12)	Ανησυχία γονέων(CHQ PF-28, Parental Impact, emotional)	Οικογενειακή συνοχή (CHQ PF- 28, Family Cohesion)	ΠΥΥ (HBSC-SCL)	Φύλο εφήβου	Ηλικία εφήβου	Σχέση γονέα-εφήβου (SAS adapted)	Οικογενειακή κατάσταση γονέα
Υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική κατάσταση γονέα (MCS-12)	ρ Pearson CC	0.028								
	ρ	0.384								
Ανησυχία γονέα  (CHQ PF-28, Parental Impact, emotional)	ρ Pearson CC	-0.100	-0.092							
	ρ	0.002	0.005							
Οικογενειακή συνοχή  (CHQ PF-28, Family Cohesion)	ρ Pearson CC	-0.043	-0.366	0.063						
	ρ	0.184	<0.001	0.049						

		Υποκειμενικά αντιληπτή σωματική κατάσταση γονέα (PCS-12)	Υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική κατάσταση γονέα (MSC-12)	Ανησυχία γονέων (CHQ PF-28, Parental Impact, emotional)	Οικογενειακή συνοχή (CHQ PF- 28, Family Cohesion)	ΠΥΥ (HBSC-SCL)	Φύλο εφήβου	Ηλικία εφήβου	Σχέση γονέα-εφήβου (SAS adapted)	Οικογενειακή κατάσταση γονέα
ΠΥΥ (HBSC-SCL)	ρ Pearson CC	-0.047	<b>-0.155</b>	<b>0.095</b>	<b>0.097</b>					
	ρ	0.151	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.003</b>	<b>0.002</b>					
Φύλο εφήβου	Student's t	-0.805	<b>-2.547</b>	0.300	0.955	<b>6.706</b>				
	ρ	0.421	<b>0.009</b>	0.764	0.340	<b>&lt;0.001</b>				
Ηλικία	Student's t	1.856	2.103	-2.143	-1.906	<b>-5.782</b>	Chi-square	6.351		
	ρ	0.073	0.036	0.032	0.057	<b>&lt;0.001</b>	df	1		
							ρ	0.012		
Σχέση γονέα- εφήβου (SAS adapted)	Student's t	-2.307	<b>-6.684</b>	1.344	<b>8.067</b>	<b>4.783</b>	Chi-square	2.524	<b>12.017</b>	
	ρ	0.049	<b>&lt;0.001</b>	0.131	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	df	1	<b>1</b>	
							ρ	0.112	<b>0.001</b>	

		Υποκειμενικά αντιληπτή σωματική κατάσταση γονέα (PCS-12)	Υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική κατάσταση γονέα (MSC-12)	Ανησυχία γονέων (CHQ PF-28, Parental Impact, emotional)	Οικογενειακή συνοχή (CHQ PF- 28, Family Cohesion)	ΠΥΥ (HBSC-SCL)		Φύλο εφήβου	Ηλικία εφήβου	Σχέση γονέα-εφήβου (SAS adapted)	Οικογενειακή κατάσταση γονέα
Οικογενειακή κατάσταση γονέα	ANOVA F	0.754	1.605	0.149	1.821	0.136	Chi-square	1.447	5.061	0.069	
Οικογενειακή κατάσταση γονέα	p	0.471	0.201	0.861	0.162	0.873	df	2	2	2	
							p	0.485	0.080	0.966	
Κοινωνικο- οικονομικό επίπεδο οικογένειας (FAS)	Student's t	-2.123	<b>-3.108</b>	2.000	<b>3.261</b>	2.586	Chi-square	3.052	<b>15.325</b>	<b>9.500</b>	2.939
	p	0.045	<b>0.003</b>	0.046	<b>0.002</b>	0.010	df	1	<b>1</b>	<b>1</b>	2
							p	0.081	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.002</b>	0.230

\*Pearson CC: συντελεστής συνάφειας Pearson, df: βαθμοί ελευθερίας. Οι σημαντικές συσχετίσεις ( $p < 0.005$ ) έχουν υπερτονιστεί.

**Πίνακας 25.** Αποτελέσματα από την ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τους οικογενειακούς παράγοντες

Μεταβλητές	Κατηγορίες	β	[95% Confidence Interval]		P
Φύλο εφήβου	Αγόρια ≠ Κορίτσια	-1.976	-2.797	-1.154	<b>&lt;0.001</b>
Ηλικία	16 - 18 ≠ 12 - 15	1.923	1.056	2.789	<b>&lt;0.001</b>
Υποκειμενικά αντιληπτή ψυχική κατάσταση γονέα (MCS-12)	Αύξηση κατά μία μονάδα	-0.080	-0.128	-0.032	<b>0.001</b>
Σχέση γονέα- εφήβου (SAS adapted)	Μέτρια/Καλή ≠ κακή σχέση	-2.636	-4.013	-1.259	<b>&lt;0.001</b>
Ανησυχία γονέα (CHQ PF-28, Parental Impact, emotional)	Αύξηση κατά μία μονάδα	0.226	0.068	0.384	<b>0.005</b>
Constant		22.818	20.087	25.548	<b>&lt;0.001</b>

## 9.7 Κοινωνικοί Παράγοντες

Στον Πίνακα 26 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά και οι διμεταβλητές συσχετίσεις για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 659 κορίτσια (60.6%) και 428 αγόρια (39.4%). Το 66.7% του συνολικού δείγματος (63.8% των κοριτσιών και 71% των αγοριών) ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία των 12-15 χρόνων, ενώ το υπόλοιπο 33.3% ήταν μεταξύ 16 και 18 ετών. Η μέση τιμή στην κλίμακα αυτοαναφοράς ΠΥΥ ήταν 17.3, υποδεικνύοντας ένα σχετικά

μέτριο επίπεδο αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ στο παρόν δείγμα. Αναφορικά με την υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους, η υψηλότερη βαθμολογία αφορούσε στο πλαίσιο των φίλων και συνομηλίκων (70.53), ακολουθούμενη από την οικογένεια (70.23), ενώ το σχολείο βρέθηκε στην τελευταία θέση (64.13). Στην μελέτη εξετάστηκε επίσης και η αντίληψη των εφήβων για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών τους πόρων, η μέση τιμή της οποίας ανήλθε στο 69.75 σε κλίμακα από το 0 έως το 100.

Ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη ευεξία και λειτουργικότητα στο οικογενειακό περιβάλλον και τα ΠΥΥ, την υποκειμενικά εκτιμώμενη ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων και την αντιλαμβανόμενη ευεξία και λειτουργικότητα στο σχολείο σημειώθηκαν μέτριες συσχετίσεις (Pearson's  $r > 0.30$ ). Το ίδιο ίσχυσε και για την συσχέτιση των ΠΥΥ με την ευεξία και λειτουργικότητα στο σχολικό περιβάλλον. Πριν διεξαχθεί η πολλαπλή, ιεραρχικού τύπου, παλινδρομική ανάλυση, οι υπό εξέταση μεταβλητές ελέγχθηκαν για πολυσυγγραμμικότητα (multicollinearity). Οι τιμές του διαγνωστικού δείκτη ανοχής (Tolerance) και του παράγοντα πληθωριστικής διασποράς (VIF) διακυμάνθηκαν από 1.007 σε 1.45 και από 0.69 σε 0.99 αντιστοίχως, δείχνοντας, έτσι, ότι οι συντελεστές παλινδρόμησης  $\beta$  είναι σωστά εγκαθιδρυμένοι στο παρόν παλινδρομικό μοντέλο.

**Πίνακας 26.** Περιγραφικά στατιστικά και διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών στη μελέτη για τις σχέσεις των ΠΥΥ με παράγοντες από το κοινωνικό περιβάλλον

	Εύρος τιμών/ Κατηγορίες	n	%	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Φύλο</b> <sup>††</sup>	Κορίτσια	659	60.6	na	na	1.00						
	Αγόρια	428	39.4									



	Εύρος τιμών/ Κατηγορίες	n	%	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
<b>2. Ηλικία</b> ‡†	12-15	725	66.7	na	na	<b>-0.07*</b>	1.0					
	16-18	362	33.3									
<b>3. Οικονομικοί πόροι (PQFR)</b>	0-100	na	na	69.75	24.25	0.05	<b>-0.06**</b>	1.00				
<b>4. Οικογενειακό πλαίσιο</b>	0-100	na	na	70.23	20.21	<b>0.11*</b>	<b>-0.18*</b>	<b>0.33*</b>	1.00			
<b>5. Σχολικό Περιβάλλον</b>	0-100	na	na	64.13	18.58	-0.003	<b>-0.27*</b>	<b>0.27*</b>	<b>0.47*</b>	1.00		
<b>6. Φίλοι και Συνομήλικοι</b>	0-100	na	na	70.53	21.17	0.06	<b>-0.11*</b>	<b>0.24*</b>	<b>0.30*</b>	<b>0.19*</b>	1.00	
<b>7. ΠΥΥ (HBSC-SCL)</b>	1-40	na	na	17.3	0.78	<b>-0.22*</b>	<b>0.18*</b>	<b>-0.21*</b>	<b>-0.4*</b>	<b>-0.33*</b>	<b>-0.25*</b>	1.00

M=αριθμητικός μέσος, SD=Τυπική Απόκλιση, PQFR= Αυτιλαμβανόμενη ποιότητα οικονομικών πόρων

† Τα κορίτσια κατηγοριοποιήθηκαν ως 0 και τα αγόρια κατηγοριοποιήθηκαν ως 1

‡ Η ηλικιακή κατηγορία 12-15 κατηγοριοποιήθηκε ως 0 και η ηλικιακή κατηγορία 16-18 κατηγοριοποιήθηκε ως 1

† Συντελεστής συνάφειας Spearman

\* $p < 0.01$ , \*\* $p < 0.05$

Ο Πίνακας 27 συνοψίζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής, ιεραρχικού τύπου, ανάλυσης παλινδρόμησης. Το φύλο, η ηλικία και η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών του πόρων αποτέλεσαν τις μεταβλητές που εισήχθησαν στο 1<sup>ο</sup> βήμα της παλινδρομικής ανάλυσης, ερμηνεύοντας το 10.6% της μεταβλητότητας των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ. Τα επίπεδα των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ ήταν χαμηλότερα για τα αγόρια ( $\beta = -0.186, p < 0.001$ ) και υψηλότερα για τους μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους ( $\beta = 0.142, p < 0.005$ ). Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών του πόρων είχε μία μικρή αλλά στατιστικά σημαντική συμβολή στο βήμα 1 της ανάλυσης ( $\beta = -0.199, p < 0.001$ ). Στο 2<sup>ο</sup> βήμα της ιεραρχικού τύπου παλινδρομικής ανάλυσης, προστέθηκε η αντιλαμβανόμενη ευεξία και λειτουργικότητα στο οικογενειακό περιβάλλον, η οποία εξήγησε ένα επιπλέον 9.3% της μεταβλητότητας των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ ( $f \text{ change} = 126\ 393, p < 0.001$ ), αυξάνοντας, έτσι, το ποσοστό της μεταβλητότητας που επεξηγείται από το μοντέλο παλινδρόμησης στο 20%. Οι υψηλότεροι δείκτες στην υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους μέσα στην οικογένεια συνδέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ ( $\beta = -0.332, p < 0.001$ ). Η προσωπική εκτίμηση του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητα στο πλαίσιο του σχολείου εισήχθη στο 3<sup>ο</sup> βήμα της ιεραρχικού τύπου παλινδρόμησης, ερμηνεύοντας ένα επιπλέον 2.7% της μεταβλητότητας των ΠΥΥ ( $f \text{ change} = 37\ 175, p < 0.001$ ). Οι υψηλότεροι δείκτες στην υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους μέσα στο σχολείο συνδέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ ( $\beta = -0.19, p < 0.001$ ). Στο τέταρτο και τελευταίο βήμα της ανάλυσης παλινδρόμησης, προστέθηκε η υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους στον κύκλο των φίλων και συνομηλίκων τους, εξηγώντας το 1.3% της μεταβλητότητας των ΠΥΥ ( $f \text{ change} = 18\ 501, p < 0.001$ ), με τους υψηλότερους δείκτες στη συγκεκριμένη κλίμακα να συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαναφοράς ΠΥΥ. Όλες οι μεταβλητές διατήρησαν την υψηλή στατιστική σημαντικότητά τους κατά το 4<sup>ο</sup> βήμα της ιεραρχικού τύπου παλινδρομικής ανάλυσης, εκτός από την ηλικία ( $p < 0.05$ ) και την υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών του πόρων ( $p = 0.101$ ). Σε όλα τα βήματα, το μέγεθος της συμβολής *per se* ήταν μικρό. Τα παλινδρομικά μοντέλα ήταν στατιστικά σημαντικά και εξήγησαν περίπου το 24% της μεταβλητότητας των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ. Η τιμή στο τεστ Durbin-Watson (1.982) έδειξε ότι δεν παραβιάζεται η υπόθεση των ανεξάρτητων σφαλμάτων.

**Πίνακας 27.** Σύνοψη της γραμμικής, πολλαπλής, ιεραρχικού τύπου ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαναφορά ΠΥΥ και ανεξάρτητες μεταβλητές τους κοινωνικούς παράγοντες

Μεταβλητές	ΠΥΥ (HBSC-SCL)			
	β† Step 1	β† Step 2	β† Step 3	β† Step 4
<b>Βήμα 1: Ατομικές μεταβλητές</b>				
Φύλο‡	-.186*	-.156*	-.172*	-.167*
Ηλικία‡	.142*	.094*	.059***	.055***
Οικονομικοί πόροι (PQFR; KIDSCREEN-52)	-.199*	-.090**	-.066***	-.047
<b>Βήμα 2: Οικογενειακό πλαίσιο</b>				
Σχέσεις με γονείς και Ζωή στο Σπίτι (KIDSCREEN-52)		-.332*	-.256*	-.228*
<b>Step 3: Σχολικό περιβάλλον</b>				
Σχολικό περιβάλλον (KIDSCREEN-52)			-.190*	-.186*
<b>Step 4: Φίλοι και συνομήλικοι</b>				
Κοινωνική υποστήριξη και συνομήλικοι (KIDSCREEN-52)				-.122*
<b>Σύνοψη μοντέλου</b>				
ΔF	42.98*	126.39*	37.17*	18.50*
Df	3, 1083	1, 1082	1, 1081	1, 1080
R <sup>2</sup>	.106	.200	.226	.239
ΔR <sup>2</sup>	.106	.093	.027	.013
β† = διορθωμένοι συντελεστές παλινδρόμησης, *p<0.001 **p<0.005 ***p<0.05				
‡ Τα κορίτσια κατηγοριοποιήθηκαν ως 0 και τα αγόρια κατηγοριοποιήθηκαν ως 1, † Η ηλικιακή κατηγορία 12-15 κατηγοριοποιήθηκε ως 0 και η ηλικιακή κατηγορία 16-18 ως 1				

## 10. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 10.1 Η Μέτρηση των ΠΥΥ: Η Κλίμακα HBSC-SCL, η Παραγοντική της Δομή και οι Ψυχομετρικές της Ιδιότητες

#### 10.1.1 Η κλίμακα HBSC-SCL: παραγοντική δομή και ψυχομετρικές ιδιότητες

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την παραγοντική δομή και τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας HBSC-SCL, όπως χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της έρευνας KIDSCREEN σε μεγάλο δείγμα εφήβων από δημόσια σχολεία της ελληνικής επικράτειας. Αποτελεί την πρώτη αντίστοιχη ερευνητική προσπάθεια στην χώρα μας, παρόλο που η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται ευρέως στο πλαίσιο διακρατικών ερευνών, όπως η έρευνα Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) από την οποία έχει ονομαστεί. Η χρήση καταλόγων αναφοράς συμπτωμάτων για την εκτίμηση της υποκειμενικής υγείας των εφήβων συνιστά προτιμητέα μέθοδο σε μεγάλες, κοινοτικές μελέτες που βασίζεται σε τρεις κύριες υποθέσεις: α) οι έφηβοι διαθέτουν τις γνωστικές ικανότητες που απαιτούνται για την κριτική επεξεργασία του εννοιολογικού δίπολου Υγείας-Αρρώστιας, β) οι έφηβοι μπορούν να κατανοήσουν το περιεχόμενο των καταλόγων αναφοράς συμπτωμάτων και γ) οι έφηβοι μπορούν να αναφέρουν τα συμπτώματα που βιώνουν με αξιοπιστία (612).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ενθαρρυντικά για τη χρήση της κλίμακας HBSC-SCL σε μεγάλους κοινοτικούς πληθυσμούς στη χώρα μας, ως ένα ευρύ, γενικό εργαλείο εκτίμησης των ΠΥΥ. Συγκεκριμένα, σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, κυρίως από Σκανδιναβικές χώρες (61, 612), η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση υποστήριξε ότι η κλίμακα HBSC-SCL διέπεται από δύο υποκείμενες διαστάσεις, τη σωματική και την ψυχολογική, οι οποίες εμφάνισαν σημαντική –μεταξύ τους– συσχέτιση. Τα επιμέρους ερωτήματα (που αφορούν στην αναφορά συμπτωμάτων) έδειξαν ικανοποιητικές επιβαρύνσεις στις επιμέρους διαστάσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καλύτεροι δείκτες προσαρμογής σημειώθηκαν για το μοντέλο των δύο υποκείμενων διαστάσεων, εφόσον επιτράπηκε στο ψυχολογικού τύπου σύμπτωμα «Δυσκολία να κοιμηθείς» να συσχετιστεί και με τη σωματική διάσταση. Η επιλογή του συγκεκριμένου συμπτώματος βασίστηκε στο γεγονός ότι η δυσκολία στην έλευση του ύπνου ενδέχεται να έχει και οργανική χροιά. Σύμφωνα με τους δημιουργούς της κλίμακας, οι δύο αυτές διαστάσεις αθροίζονται για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας συμπτωμάτων

(σωματικών και ψυχολογικών), προκειμένου να προκύψει η μέτρηση των ΠΥΥ (81). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των δύο διαστάσεων της κλίμακας HBSC-SCL ήταν ικανοποιητική όπως έχει αναφερθεί και από προηγούμενες μελέτες (73).

Η μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα HBSC-SCL, τόσο συνολικά όσο και ανά σωματική/ψυχολογική διάσταση, σημειώθηκε από τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια και από τους εφήβους ηλικίας 16-18 ετών σε σχέση με τους εφήβους 12-15 ετών. Σημαντικός αριθμός μελετών έχει υποστηρίξει παρόμοια αποτελέσματα, προσφέροντας διάφορες ερμηνείες για τη διαφυλική διαφορά, βασισμένες σε εύρος θεωριών που εκτείνονται από την θεωρία αντίληψης των συμπτωμάτων (symptom perception theory) μέχρι κοινωνιολογικά ερμηνευτικά μοντέλα για τον ρόλο και την ταυτότητα του φύλου (βλ. Εισαγωγή, σελ.31 και υποενότητα 10.2.1). Η τάση ενδοσκοπήσης του εφήβου και η αύξηση των στρεσογόνων ερεθισμάτων (πχ. σχολικές απαιτήσεις) καθώς μεγαλώνει έχουν κατά κύριο λόγο αιτιολογήσει την ηλικιακή επίδραση. Στις ερμηνευτικές αυτές απόπειρες θα πρέπει να προστεθούν και στοιχεία από την ελληνική πραγματικότητα που περιλαμβάνει μία ιδιαίτερα απαιτητική, ανταγωνιστική και συχνά στρεσογόνο, εκπαιδευτική ρουτίνα για τους εφήβους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της μέσης και όψιμης φάσης. Συνυπολογίζοντας την προώθηση των κοριτσιών στην τριτοβάθμια εκπαίδευση την τελευταία 20ετία καθώς και τα μείζονα αναπτυξιακά θέματα της συγκεκριμένης ηλικιακής περιόδου (εικόνα σώματος, σεξουαλική ταυτότητα), θα μπορούσε να σχηματιστεί η υπόθεση ότι τα κορίτσια 16-18 ετών αποτελούν μία ευάλωτη ομάδα για την αναφορά ΠΥΥ.

Αναφορικά με τον έλεγχο για συντρέχουσα εγκυρότητα της κλίμακας HBSC-SCL, οι αναλύσεις έδειξαν τις αναμενόμενες συσχετίσεις. Η κλίμακα HBSC-SCL εμφάνισε ισχυρότερες συσχετίσεις με τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 που αντανακλούν κατά βάση ψυχολογικού τύπου διεργασίες (πχ. *Διάθεση και Συναισθήματα, Ψυχολογική Ευεξία, Αντίληψη Εαυτού*), επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες που υποστηρίζουν τη χρήση της κλίμακας ως εργαλείο διαλογής ψυχικής υγείας (81, 206). Επιπλέον, οι χαμηλότερες συσχετίσεις ανάμεσα σε μη συγκρίσιμες διαστάσεις των δύο εργαλείων ενισχύουν τη συντρέχουσα εγκυρότητα με την μορφή της διακριτικής εγκυρότητας (πχ. μεταξύ της διάστασης *Οικονομικοί πόροι* του KIDSCREEN-52 και στην κλίμακα HBSC-SCL ως συνολική βαθμολογία και επιμέρους διαστάσεις). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι συσχετίσεις ήταν

ικανοποιητικές, δεδομένης της σημαντικής διαφοράς στην έκταση και το περιεχόμενο των ερωτημάτων μεταξύ των δύο μετρήσεων. Όσον αφορά στη διακριτική εγκυρότητα της κλίμακας HBSC-SCL, διεξήχθησαν συγκρίσεις ανάμεσα σε έφηβους με χρόνια νόσο και υγιείς καθώς και ανάμεσα σε εφήβους με φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος και υπέρβαρους/παχύσαρκους εφήβους. Τα αποτελέσματα δεν υποστήριξαν τη διακριτική ικανότητα της κλίμακας HBSC-SCL. Ωστόσο, χρήζουν επιβεβαίωσης λόγω σημαντικών περιορισμών ως προς την μέθοδο και τα εργαλεία εκτίμησης, που αναλύονται διεξοδικά στη συνέχεια (βλ. 10.1.2).

### 10.1.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία

Ο μεγάλος αριθμός εφήβων από αντιπροσωπευτικό δείγμα δημόσιων σχολείων της χώρας αποτελεί το σημαντικότερο δυνατό σημείο της μελέτης, ενώ, παράλληλα συνιστά κι έναν από τους περιορισμούς της, καθώς είναι πιθανόν τα παιδιά με σοβαρές εμπειρίες ΠΥΥ ή χρόνιες ασθένειες να απουσίαζαν από το σχολείο (612). Οι έφηβοι με χρόνια νόσο υποαντιπροσωπεύθηκαν στο παρόν δείγμα<sup>18</sup>, γεγονός που ενδέχεται να έχει επηρεάσει τις σχέσεις μεταξύ των εν λόγω υπό εξέταση μεταβλητών. Παράλληλα, η εκτίμηση του Δείκτη Μάζας Σώματος –βάσει του οποίου σχηματίστηκε η κατηγοριοποίηση του εφήβου σε «φυσιολογικός ≠ υπέρβαρος/παχύσαρκος»– προήλθε από αποκλειστικά αυτοαναφερόμενα δεδομένα, χωρίς στοιχεία επιβεβαίωσης από κλινικές μετρήσεις, δημιουργώντας, έτσι, εύλογες αμφιβολίες για την εγκυρότητα των αναφερόμενων δεδομένων. Προηγούμενες μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι: α) τα κορίτσια στην εφηβεία συνήθως δηλώνουν αφενός μικρότερο βάρος κι αφετέρου μεγαλύτερο ύψος από αυτό που πραγματικά έχουν και β) τα παιδιά με υπερβάλλον βάρος τείνουν να μειώνουν τα κιλά τους όταν καλούνται να τα καταγράψουν (616, 617). Επίσης, η συντρέχουσα εγκυρότητα του HBSC-SCL εξετάστηκε διερευνώντας τις συσχετίσεις με έγκυρο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία και όχι με αντίστοιχο εργαλείο για την εκτίμηση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση αφενός της συντρέχουσας εγκυρότητας της κλίμακας HBSC-SCL με συναφές εργαλείο εκτίμησης των ΠΥΥ κι αφετέρου της διακριτικής της εγκυρότητας τόσο

---

<sup>18</sup> Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της παρούσας μελέτης, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 12, αναφέρονται στην υποενότητα για τις σχέσεις των ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (σελ.169-170).

σε κλινικό δείγμα εφήβων όσο και σε δείγμα εφήβων για το οποίο διατίθενται και κλινικές εκτιμήσεις, τουλάχιστον ως προς τις χρόνιες ασθένειες, το ύψος και το βάρος.

## **10.2 ΠΥΥ και Σχέσεις με Δημογραφικούς Παράγοντες**

### **10.2.1 Φύλο και ηλικία**

Το φύλο και η ηλικία αποτέλεσαν τους παράγοντες που επέδειξαν τις πλέον σταθερές και ισχυρές συσχετίσεις με τα ΠΥΥ των εφήβων σε σύγκριση με τους υπόλοιπους εξεταζόμενους παράγοντες. Τόσο τα κορίτσια, όσο και οι έφηβοι μεγαλύτερων ηλικιών ανέφεραν περισσότερα ΠΥΥ σε σχέση με τα αγόρια και τους εφήβους κάτω των 16 ετών. Επιπλέον, το φύλο και η ηλικία αναδείχθηκαν ως οι πιο ισχυροί και ανεξάρτητα συσχετιζόμενοι παράγοντες των ΠΥΥ των εφήβων. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα πορίσματα της πλειοψηφίας των μελετών αναφορικά με τα ΠΥΥ (8) (73, 612, 618) καθώς και με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας για τα ψυχοσωματικά συμπτώματα παιδιών κι εφήβων με χρήση διαφορετικών κλιμάκων μέτρησης (134, 378). Εστιάζοντας στην Ελλάδα, παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί και από τους Κοκκέβη και συνεργάτες (619) στο πλαίσιο της μελέτης HBSC το 2010 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων μαθητών καθώς και από την Μπακούλα και τους συνεργάτες της (134) σε αντιπροσωπευτικό σχολικό δείγμα 7χρονων μαθητών με επαναλαμβανόμενους πόνους (πονοκέφαλος, στομαχόπονος, πόνος στα άκρα). Επίσης, η επικράτηση των κοριτσιών και των εφήβων μεγαλύτερων ηλικιών έχει επιβεβαιωθεί και από άλλους ερευνητές στη χώρα μας αναφορικά με τα επαναλαμβανόμενα συμπτώματα πονοκέφαλου και στομαχόπονου σε παιδιά κι εφήβους σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου (318), τα αυτοαναφερόμενα συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα εφήβων (453, 598) και χαμηλούς δείκτες στην αυτοαναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία των εφήβων (125).

Οι αναπτυξιακές μεταβολές των βιολογικών και γνωστικών λειτουργιών (106, 108) και οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι κατά την εφηβική περίοδο έχουν συνδράμει στην αιτιολόγηση του υψηλού επιπολασμού ΠΥΥ ανάμεσα σε κορίτσια και μεγαλύτερους εφήβους. Οι οργανικές μεταβολές που συνοδεύουν την ήβη εισάγουν τον έφηβο σε μία μεταβατική περίοδο κατά την οποία θεμελιώδεις ψυχικές διεργασίες, όπως η αυτοαντίληψη, η αίσθηση αυτεπάρκειας, η εικόνα εαυτού και η ταυτότητα του φύλου τροποποιούνται και αναπροσαρμόζονται. Ο έφηβος συχνά διανύει φάσεις

αυτοαμφισβήτησης και χαμηλής εκτίμησης του εαυτού και των δυνατοτήτων του, που, κατά κανόνα, επηρεάζουν αρνητικά την αντίληψή του για τη σωματική και ψυχική του υγεία (8, 618). Η αίσθηση μειωμένης αυτεπάρκειας και αυτοαποτελεσματικότητας δυσχεραίνει την ικανότητά του να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στις αυξανόμενες απαιτήσεις που συνοδεύουν την ηλικία και το φύλο του, οδηγώντας σε αυξημένο στρες που συμβάλλει στην αύξηση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ (89, 92, 98, 113). Στη σχετική βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ότι τα κορίτσια τείνουν να εκφράζουν παράπονα υποκειμενικής υγείας ως απάντηση σε ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος, το οποίο αντιλαμβάνονται ως πηγή στρες περισσότερο από τα αγόρια (61). Συμπληρωματικά, δίνεται έμφαση στον κεντρικό ρόλο που διαδραματίζουν ο βαθμός αυτοεκτίμησης και η εικόνα σώματος του εφήβου που μαζί συνθέτουν την εικόνα Εαυτού. Και οι δύο αυτές ψυχικές διεργασίες διαφοροποιούνται ανά φύλο κατά την εφηβική περίοδο, με τα κορίτσια να δηλώνουν χαμηλότερους δείκτες αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με την εικόνα σώματος, επηρεάζοντας έτσι τον τρόπο που αντιλαμβάνονται το σώμα τους και τα συμπτώματα που βιώνουν (114).

Ο ρόλος του φύλου (role gender), ο οποίος αντικατοπτρίζει την απαίτηση για συμμόρφωση με τα χαρακτηριστικά του φύλου που η κοινωνία έχει ορίσει και θεωρεί αποδεκτά, εμπλέκεται επίσης στην ερμηνεία της θηλυκής επικράτησης στην εμφάνιση ΠΥΥ. Μελέτες που αφορούν στη σχέση της υγείας με την αρρενωπότητα και τη θηλυκότητα ως κοινωνικές κατασκευές συνδέουν την πρώτη με σωματική και ψυχολογική ευεξία (114). Η μελέτη των Hatchette και συνεργατών (541) σε εφήβους έδειξε ότι τα κορίτσια ένιωθαν πιο ελεύθερα να μοιράζονται τις σωματικές τους ενοχλήσεις με τον ομόφυλο κοινωνικό τους κύκλο, ενώ τα αγόρια έτειναν να υποβαθμίζουν τα συμπτώματα μπροστά στους φίλους τους, ιδιαίτερα όσα από αυτά δεν θα έχαιραν κοινωνικής αποδοχής, ανεξάρτητα από την οργανική τους αιτιολογία. Επομένως, παράγοντες που αφορούν στις κοινωνικές αναπαραστάσεις του φύλου και στις τάσεις συμμόρφωσης με τις κοινωνικές προσδοκίες για κάθε φύλο εμπλέκονται στην επικοινωνία των συμπτωμάτων υποκειμενικής υγείας μεταξύ εφήβων (541). Έτσι, θεωρείται κοινωνικά αποδεκτό για τις γυναίκες –ανεξαρτήτου ηλικίας– να εκφράζουν παράπονα για την υγεία τους (620), ιδιαίτερα μάλιστα όταν το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον βιώνεται ως στρεσογόνο και χαρακτηρίζεται από ευρύτερες διαφυλικές ανισότητες στην εκπαίδευση, την οικονομία, τις δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης και πολιτικής δύναμης (8, 89, 114).



### 10.2.2 Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση

Αναφορικά με τη σύνδεση των ΠΥΥ με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των εφήβων μαθητών, η μελέτη επιβεβαίωσε πορίσματα προηγούμενων ερευνών που υποστηρίζουν ότι η έλλειψη οικονομικής ευημερίας συνδέεται με αυξημένα ΠΥΥ (8, 102, 122). Προκειμένου να επιτευχθεί μία κατά το δυνατό πληρέστερη αποτύπωση του κοινωνικο-οικονομικού στάτους του εφήβου και της οικογένειάς του και σε ακολουθία με τις συστάσεις της πρόσφατης σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας, η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε τέσσερις διαφορετικούς δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης συμπεριλαμβάνοντας τόσο τους «κλασικούς» δείκτες εκπαιδευτικού επιπέδου και επαγγελματικής κατάστασης των γονέων, όσο και μετρήσεις της οικονομικής ευημερίας της οικογένειας και της υποκειμενικής αντίληψης του εφήβου για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων. Η χρήση πολλαπλών δεικτών κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης βοηθά στην ολιστικότερη προσέγγιση της πολυδιάστατης φύσης των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων, που έχουν αμφισβητηθεί από αρκετούς ερευνητές στη βάση του φαινομένου της «κοινωνικής εξίσωσης» στην υγεία των εφήβων (βλ. Εισαγωγή σελ.20).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης απορρέουν από τη μονομεταβλητή και πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση. Κατά τη μονομεταβλητή ανάλυση, τόσο οι δείκτες που προέρχονταν από τις αναφορές των γονέων (εκπαιδευτικό επίπεδο και επαγγελματική κατάσταση) όσο και οι δείκτες που αφορούσαν στις απαντήσεις των εφήβων (οικονομική ευημερία της οικογένειας και υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων) εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την αυτοαναφορά ΠΥΥ από τους έφηβους μαθητές. Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεργία ενός εκ των δύο γονέων καθώς και η έλλειψη οικογενειακής οικονομικής ευημερίας και οι μειωμένοι προσωπικοί οικονομικοί πόροι, όπως αξιολογήθηκαν από τους εφήβους, συνδέθηκαν με υψηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ. Παρόλ' αυτά, κατά την πολυμεταβλητή ανάλυση, η σχέση των ΠΥΥ με τους «κλασικούς» δείκτες εκπαιδευτικού επιπέδου και επαγγελματικής κατάστασης έχασε την ισχύ της, συμβάλλοντας, έτσι, στις ήδη υπάρχουσες αντιφατικές ενδείξεις για τη δυνατότητα των γονεϊκών δεικτών κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης να αναδείξουν τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στην ψυχοσωματική υγεία των εφήβων (119, 131, 133, 137).

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, όπως αντανακλάται συνδυαστικά από το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση των γονεών, έχει βρεθεί να αποτελεί προγνωστικό

παράγοντα των ΠΥΥ καθώς οι γονείς των εφήβων με αυξημένα ΠΥΥ δήλωναν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και ενασχόληση με επαγγέλματα χαμηλής κοινωνικής ιεραρχίας ή ακόμη και απώλεια της εργασίας τους (123, 128-130). Από την άλλη μεριά, όμως, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (με τη χρήση των συγκεκριμένων δεικτών) έχει αναφερθεί να εμφανίζει ασθενείς (129, 132, 133) ή ακόμη και καθόλου συσχετίσεις με την αναφορά ΠΥΥ (126, 134). Μεμονωμένα το εκπαιδευτικό επίπεδο του γονέα έχει αμφισβητηθεί για τη σύνδεσή του με τα ΠΥΥ στην εφηβεία (133), αν και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν τη σύνδεση αυτή μόνο όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας (131). Η *per se* επαγγελματική κατάσταση των γονέων είτε ως εν ανεργία/ενεργή είτε ως επαγγελματικός κλάδος ή ιεραρχική κατάταξη εντός επαγγέλματος έχει συσχετιστεί με την αυτοαναφορά ΠΥΥ, με τα υψηλά επίπεδα ΠΥΥ των εφήβων να συνδέονται είτε με την γονεϊκή ανεργία είτε με χαμηλής κοινωνικής ιεραρχίας επαγγέλματα των γονέων (133), αν και όχι συστηματικά (135).

Στην παρούσα μελέτη η ύπαρξη ενός άνεργου γονέα δεν διατήρησε τη στατιστικά σημαντική της σχέση με την αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων κατά την πολυμεταβλητή ανάλυση. Δεδομένου ότι η έρευνα KIDSCREEN διενεργήθηκε το 2003, μία περίοδο οικονομικής ευημερίας για τη χώρα μας, πιθανόν η ανεργία των γονέων να αντανακλά μία βραχυπρόθεσμη κατάσταση κι όχι την ψυχοφθόρα διαδικασία της μακροχρόνιας ανεργίας. Οι Sleskova και οι συνεργάτες της (135) υποστήριξαν ότι η κρίση που προκαλείται στην οικογένεια λόγω βραχυπρόθεσμης απώλειας εργασίας (ενός εκ των δύο γονέων) μπορεί να συσφίξει τις οικογενειακές σχέσεις, ενώ η μακροπρόθεσμη ανεργία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των εφήβων, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τάξη και την οικονομική επιφάνεια της οικογένειας. Ωστόσο, το εύρημα της μελέτης μας χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση καθώς βασίστηκε σε μικρό δείγμα άνεργων γονέων, η κατηγορία των οποίων υποαντιπροσωπεύθηκε στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, η βιβλιογραφία τονίζει ότι η σχέση της γονεϊκής ανεργίας και της υγείας των εφήβων δεν είναι γραμμική, καθώς εμπλέκεται ένας αστερισμός ατομικών και (μακρο)οικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν. Ιδιαίτερα σημαντικοί θεωρούνται κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες όπως η κοινωνική πρόνοια για τους ανέργους και οι κοινωνικές στάσεις απέναντι στους ανέργους πατέρες/μητέρες (136), οι αιτίες της ανεργίας και η φύση της (βραχυπρόθεσμη/μακροπρόθεσμη) (135), καθώς υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις αναφορικά με την κοινωνική μέριμνα για τους ανέργους και τις κοινωνικές προεκτάσεις της ανεργίας μεταξύ κρατών. Επιπλέον, το φύλο του άνεργου γονέα και του παιδιού φαίνεται να αποτελεί

σημαντικό παράγοντα στην σχέση ΠΥΥ και γονεϊκής ανεργίας. Η Piko τόνισε τον ρόλο της ανεργίας της μητέρας στα ΠΥΥ των εφήβων (131), ενώ η Koivusilta (133) και Huure (113) τόνισαν τη σημασία της γονεϊκής ανεργίας για τα ΠΥΥ των εφήβων κοριτσιών. Τέλος, η ανεργία ενός εκ των δύο γονέων εν δυνάμει συνδέεται με τα ΠΥΥ των εφήβων μέσω έμμεσων μηχανισμών, όπως η αύξηση της ανησυχίας των εφήβων για τα οικονομικά της οικογένειας και η επιδείνωση των ενδοοικογενειακών σχέσεων λόγω μακροχρόνιας ανεργίας και οικονομικής δυσπραγίας (135).

Σε αντίθεση με το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση των γονέων, οι δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης που βαθμολογήθηκαν από τους εφήβους διατήρησαν τη στατιστικά σημαντική σχέση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ κατά την πολυμεταβλητή ανάλυση. Η αξιολόγηση της οικογενειακής οικονομικής ευημερίας (βάσει του δείκτη FAS), που αποτυπώνει την οικογενειακή οικονομική ευχέρεια από τα ίδια τα παιδιά βάσει κοινών, απτών κριτηρίων διαβίωσης (κατοχή αυτοκινήτου, αριθμός Η/Υ, προσωπικό δωμάτιο και αριθμός διακοπών κατά το τελευταίο έτος), είχε μία μικρή αλλά σημαντική συμβολή στην πρόγνωση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ, καθώς οι έφηβοι που δήλωναν περισσότερα ΠΥΥ προέρχονταν από οικογένειες με μειωμένη οικονομική ευημερία. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και στο παρελθόν (8, 122, 137), δείχνοντας ότι η εκτίμηση της οικογενειακής οικονομικής ευημερίας είναι εφικτή από παιδιά κι εφήβους (593). Η πλέον σημαντική συσχέτιση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ παρουσιάστηκε από τον υποκειμενικό δείκτη κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, ενισχύοντας τη σύγχρονη τάση των σχετικών μελετών να περιλαμβάνουν την προσωπική αντίληψη των εφήβων για την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση στην προσπάθεια διαλεύκανσης των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Η υποκειμενική αντίληψη των εφήβων μαθητών για την ποιότητα των οικονομικών πόρων που βρίσκονται στην διάθεσή τους εμφάνισε σταθερά ισχυρή και στατιστικά σημαντική σχέση με τα ΠΥΥ, με τους εφήβους που δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από την προσωπική τους οικονομική δυνατότητα να αναφέρουν λιγότερα ΠΥΥ. Οι υποκειμενικοί δείκτες κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης έχουν συνδεθεί με τους δείκτες υποκειμενικής υγείας στον ενήλικο (139, 621) και εφηβικό πληθυσμό (118, 125, 138, 622), καθώς και με τα ΠΥΥ των εφήβων (141, 143).

Επί προσθέτως, ο συγκεκριμένος δείκτης συνυπολόγισε την ομάδα αναφοράς (φίλοι) στην υποκειμενική αντίληψη για τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους ως πλαίσιο κοινωνικής επιρροής και συγκρισιμότητας, προσθέτοντας έτσι ένα στοιχείο σχετικής διάστασης της ευημερίας. Το στοιχείο αυτό προσέδωσε ακόμη μεγαλύτερη σημασία στο παρόν εύρημα καθώς η ομάδα των φίλων και συνομηλίκων στο πλαίσιο του σχολείου και της γειτονιάς αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα κατά τα εφηβικά χρόνια. Η αίσθηση της σχετικής αποστέρησης σε σχέση με την ομάδα αναφοράς επηρεάζει τη διαμόρφωση της ταυτότητας του ατόμου και συνδέεται με την αίσθηση αδικίας και την συναισθηματική υγεία (127). Το φαινόμενο αυτό αποκτά μεγαλύτερη ένταση με την επικράτηση του καταναλωτισμού, που τα αντικείμενα μετατρέπονται σε σύμβολα κοινωνικού στάτους και υπεροχής. Παράλληλα, η οικονομική ευχέρεια έχει καθοριστικό ρόλο στη δυνατότητα συμμετοχής του εφήβου σε κοινωνικές ομάδες και δραστηριότητες, επιδρώντας, έτσι, στην αίσθηση του κοινωνικού αποκλεισμού που, με τη σειρά του, επιδρά στη συναισθηματική υγεία (142, 143).

Δεδομένου ότι κατά την εφηβεία ωριμάζει η αίσθηση της αυτοαντίληψης των παιδιών και διευρύνεται το κοινωνικό τους πλαίσιο χωρίς να αποκόπτονται από την οικογένεια, η εκτίμηση της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των εφήβων κρίνεται χρήσιμο να συμπεριλαμβάνει τόσο δείκτες που επικεντρώνουν στους γονείς και την ευημερία της οικογένειας, όσο και δείκτες που αποτυπώνουν την προσωπική εκτίμηση του εφήβου για τα οικονομικά του ή τα οικονομικά της οικογένειάς του. Τα πορίσματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα χρήσης πολλαπλών δεικτών στην προσπάθεια να μελετηθεί η ύπαρξη κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην ψυχοσωματική υγεία των εφήβων.

### **10.2.3 Τόπος διαμονής**

Η ερευνητική δραστηριότητα αναφορικά με τη σχέση των ΠΥΥ κατά την εφηβεία με τον τύπο και τα χαρακτηριστικά της περιοχής διαμονής του εφήβου και της οικογένειάς του είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στο βαθμό αστικοποίησης του τόπου διαμονής σε μια προσπάθεια να μελετηθεί εάν η διαμονή σε αστικού, ημι-αστικού ή αγροτικού τύπου περιοχή σχετίζεται με την αυτοαναφορά ΠΥΥ στον εφηβικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ των εφήβων μαθητών ανάλογα με τον

τύπο της περιοχής στην οποία κατοικούν, υποδεικνύοντας, έτσι, ότι οι έφηβοι στη χώρα μας μοιράζονται κοινές ψυχοσωματικές ανησυχίες, ανεξάρτητα από το αν μένουν σε πόλη, κωμόπολη ή χωριό. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί από την Kristjandottir (168) σχετικά με την αναφορά στομαχόπνου από εφήβους, ενώ, ο Campo και οι συνεργάτες του έχουν καταγράψει τη σύνδεση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων τόσο με την διαβίωση στην πόλη (160) όσο και με τη διαβίωση σε αγροτική περιοχή (165). Η αντιφατική αυτή εικόνα ενισχύεται από τα εξίσου ασυνεπή ευρήματα μελετών αναφορικά με τα προβλήματα ψυχικής υγείας εφήβων και τη σχέση τους με τη διαμονή σε αστικού/ημι-αστικού και αγροτικού τύπου περιοχές, καθώς ερευνητικά δεδομένα συνδέουν τον υψηλότερο κίνδυνο για την εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων με τη διαμονή τόσο σε πόλεις (163, 164) όσο και σε αγροτικές περιοχές (156, 157).

Το εύρημα ότι ο βαθμός αστικοποίησης δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για τα ΠΥΥ των εφήβων συνάδει με προηγούμενες μελέτες στη χώρα μας που έδειξαν την ασθενή συσχέτιση του με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία των ενηλίκων (623) και την απουσία συσχέτισης με τη χρήση υπηρεσιών υγείας στον εφηβικό πληθυσμό (624). Ωστόσο, δεδομένης της περιορισμένης ερευνητικής δραστηριότητας σχετικά με τη σύνδεση των ΠΥΥ και του τόπου διαμονής στην εφηβεία, δεν είναι συνετό να διατυπωθεί με ασφάλεια ένα γενικευμένο συμπέρασμα. Η μελέτη της Charman (153) υποστήριξε ότι η ποιότητα της γειτονιάς/κοινότητας, που καθορίζεται από τα δομικά και, κυρίως, τα διεργασιακά χαρακτηριστικά της, μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στην εφηβεία μέσω της επίδρασης που ασκεί σε σημαντικές μεταβλητές της εφηβικής ψυχοσωματικής υγείας, και συγκεκριμένα στα αρνητικά γεγονότα ζωής (π.χ. εμπειρία εκφοβισμού ή έκθεση σε περιστατικά βίας/κακοποίησης) και στο οικογενειακό περιβάλλον (π.χ διαθέσιμος χρόνος, ποιότητα σχέσης γονέα-παιδιού).

Η ανασκόπηση της ευρύτερης βιβλιογραφίας δείχνει ότι η εμφάνιση ψυχικών δυσκολιών δύναται να ευνοηθεί από μία πληθώρα περιβαλλοντικών παραγόντων που συνδέονται τόσο με τη ζωή στην πόλη όσο και με την αγροτική διαβίωση. Στα αστικά κέντρα, ο μαρασμός των κοινωνικών σχέσεων της γειτονιάς και η εξάπλωση του κοινωνικού αποκλεισμού, οι στρεσογόνοι συνθήκες εργασίας και διαβίωσης, τα υψηλά επίπεδα θορύβου, η έλλειψη επαρκών κοινοτικών πόρων πρόνοιας, η συσσώρευση πληθυσμού αλλά και φαινομένων οικονομικής ανέχειας, ανεργίας, βίας και ανεξέλεγκτης μετανάστευσης αποτελούν παράγοντες που μπορούν να επιβαρύνουν την ψυχική

κατάσταση των κατοίκων ανεξαρτήτου ηλικίας (158, 159). Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας –και ιδιαίτερα ψυχικής υγείας– στις επαρχιακές και αγροτικές περιοχές, η γεωγραφική απομόνωση, η αίσθηση του αποκλεισμού από τα κοινωνικοπολιτικά και πολιτιστικά δρώμενα, η υψηλή συγκέντρωση ατόμων τρίτης ηλικίας, η οικονομική/επαγγελματική ανασφάλεια λόγω εξάρτησης από πηγές πρωτογενούς παραγωγής (π.χ. αγροτικές καλλιέργειες, αλιεία) συνιστούν τα χαρακτηριστικά της αγροτικής ζωής που δυνητικά μπορεί να επιβαρύνουν την ψυχική ευεξία των κατοίκων, ιδιαίτερα των νεότερων (144, 157, 162, 164). Αν και η παρούσα μελέτη συνέβαλε σε μία πρώτη καταγραφή της σχέσης των ΠΥΥ με τον τόπο διαμονής των εφήβων στην Ελλάδα, χρειάζονται περαιτέρω μελέτες όχι μόνο για να μελετηθεί ενδελεχώς αυτή η συσχέτιση αλλά και για να συμπεριληφθούν τα δυνητικά στρεσογόνα χαρακτηριστικά της αστικής και αγροτικής ζωής που είναι πιθανό να εμπλέκονται στην ανωτέρω σχέση (157).

#### **10.2.4 Μετανάστευση**

Η μεταναστευτική ιδιότητα υπογραμμίζεται για τη βαρύνουσα σημασία της στην υγεία του ατόμου κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου (184, 187, 196). Οι μετανάστες στην εφηβεία βρίσκονται στο μεταίχμιο δύο πλαισίων, του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, μέσω του οποίου συνδέονται με την εθνική τους κουλτούρα, και του ευρύτερου κοινωνικού πλαισίου της χώρας υποδοχής. Η τάση τους να ενσωματωθούν στην ομάδα των συνομηλίκων και στη νέα χώρα συχνά αντικρούεται από την διαφορετική εθνική τους καταγωγή και πολιτισμική τους παράδοση. Έτσι, διατρέχουν τον κίνδυνο της «διπλής απομόνωσης» που περιγράφει την έλλειψη του αισθήματος του «ανήκειν» τόσο στην κουλτούρα της χώρας προέλευσης, όσο και στην κουλτούρα της χώρας υποδοχής. Επιπλέον, εκτός από τις εξελικτικές προκλήσεις της συγκεκριμένης ηλικιακής περιόδου, έχουν να αντιμετωπίσουν και την πρόκληση της ανάπτυξης δεξιοτήτων που θα τους επιτρέψουν να ελίσσονται ανάμεσα στα δύο διαφορετικά κοινωνικο–πολιτισμικά πλαίσια και να ανταποκριθούν στους ρόλους που αυτά επιτάσσουν (196). Ταυτόχρονα, η ελλιπής –συχνά– πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και σε κοινοτικές δομές που προάγουν την κοινωνική ένταξη παρεμποδίζει την εξομάλυνση των στρεσογόνων εμπειριών τους, επιβαρύνοντας έτσι την ψυχική τους υγεία κι ευεξία (625). Από την άλλη μεριά, όμως, έχει υποστηριχθεί ότι η μεταναστευτική εμπειρία

μπορεί μακροπρόθεσμα να έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη των περισσότερων εφήβων (626).

Στο πλαίσιο αυτό, και λόγω των περιορισμένων δεδομένων για την σχέση της μεταναστευτικής ιδιότητας με την υγεία των εφήβων που διαμένουν στην χώρα μας (191, 623, 624, 627), αποφασίστηκε να διερευνηθεί η σχέση της μεταναστευτικής ιδιότητας των εφήβων με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ. Δεδομένου του πολύ μικρού αριθμού εφήβων που είτε οι ίδιοι είτε οι γονείς τους είχαν γεννηθεί εκτός Ελλάδος, δεν κατέστη δυνατή η εξέταση επιμέρους μεταναστευτικών χαρακτηριστικών (πχ. μετανάστευση 1<sup>ης</sup>/2<sup>ης</sup>/3<sup>ης</sup> γενιάς, διαφορές ανάμεσα στις χώρες προέλευσης). Αντιθέτως, η μετανάστευση προσεγγίστηκε ως όρος-ομπρέλα περιλαμβάνοντας τους εφήβους με διαφορετική χώρα γέννησης ή/και όσους είχαν έναν τουλάχιστον αλλοδαπό γονέα, σε μία πρώτη προσπάθεια να προσδιοριστεί η σχέση της μεταναστευτικής ιδιότητας στην αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων μαθητών που διαμένουν στην Ελλάδα.

Αν και η διερεύνηση πιθανών διαφορών στα ΠΥΥ των εφήβων ανάλογα με τη γενιά της μετανάστευσης δεν αποτέλεσε σκοπό της μελέτης, η μονομεταβλητή ανάλυση ανέδειξε δύο ενδιαφέρουσες τάσεις που χρήζουν μεγαλύτερης διερεύνησης. Φάνηκε ότι οι έφηβοι που είχαν γεννηθεί στο εξωτερικό (μετανάστες 1<sup>ης</sup> γενιάς) δήλωναν ελαφρώς περισσότερα ΠΥΥ σε σχέση με τους γηγενείς συνομηλίκους τους, ενώ οι έφηβοι που είχαν τουλάχιστον έναν αλλοδαπό γονέα (μετανάστες 2<sup>ης</sup> γενιάς) ανέφεραν ελαφρώς λιγότερα ΠΥΥ συγκριτικά με τους εφήβους των οποίων και οι δύο γονείς ήταν γεννημένοι στην Ελλάδα. Το προκαταρκτικό αυτό εύρημα προτείνει την υπόθεση διαφοροποίησης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ ανάλογα με την γενιά μετανάστευσης των εφήβων. Ωστόσο, δεδομένων αφενός του μικρού αριθμού των εφήβων που είτε οι ίδιοι είτε οι γονείς τους είχαν γεννηθεί στο εξωτερικό κι αφετέρου των ασθενών και μη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων που προέκυψαν, το εύρημα αυτό μπορεί να θεωρηθεί μόνο ως ενδεικτικό και να αποτελέσει τη βάση για περαιτέρω, εις βάθος ερεύνα.

Η μελέτη έδειξε ότι τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ δεν εμφάνιζαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με την ύπαρξη ή την απουσία της μεταναστευτικής ιδιότητας στους εφήβους. Το εύρημα αυτό συνάδει και με άλλα ερευνητικά πορίσματα από την Ελλάδα που υποστηρίζουν την απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στη μεταναστευτική ιδιότητα και την αναφορά προβλημάτων ψυχικής υγείας από εφήβους (185, 191, 628). Ταυτόχρονα, προστίθεται στη μακρά

σειρά ανομοιογενών ερευνητικών αποτελεσμάτων αναφορικά με τη σχέση της μετανάστευσης με δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας και ευεξίας των εφήβων (96, 188, 189, 629). Επικεντρώνοντας στα ΠΥΥ, οι μέχρι τώρα μελέτες καταλήγουν σε εξίσου αντιφατικά αποτελέσματα, καθώς υπάρχουν στοιχεία που συνηγορούν (84, 194, 195) και άλλα που αντικρούουν (126, 196) την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην μεταναστευτική ιδιότητα και τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των παιδιών–εφήβων.

Κοινό συμπέρασμα μεταξύ των ερευνητών είναι ότι η σχέση της μεταναστευτικής ιδιότητας με τα ΠΥΥ των εφήβων είναι περίπλοκη και πολυδιάστατη, γεγονός που καθιστά απαραίτητο τον συνυπολογισμό κι άλλων παραγόντων, όπως οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, κ.ά. (96, 186). Ακόμη και οι ερευνητές που έχουν βρει ότι οι μετανάστες έφηβοι αναφέρουν περισσότερα ΠΥΥ από τους γηγενείς, υποστηρίζουν ότι η διαφορά αυτή οφείλεται σε άλλους παράγοντες και κυρίως στην έλλειψη κοινωνικής ενσωμάτωσης, στις διακρίσεις και τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες (186), τις πολιτισμικές αναπαραστάσεις για την έκφραση του πόνου και τις έννοιες της υγείας/ασθένειας (84) και τις συνθήκες διαβίωσής τους (96). Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι για την ερμηνεία της σχέσης μεταναστευτικής ιδιότητας, ΠΥΥ και άλλων δεικτών ψυχικής υγείας δεν αρκεί μόνο η εξέταση της μετανάστευσης *per se* αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν ένα σύνολο παραγόντων και καταστάσεων που προηγούνται, έπονται και συνδέονται με την ίδια τη διαδικασία της μετανάστευσης (π.χ. οικονομική μετανάστευση  $\neq$  πρόσφυγες, τραυματικά βιώματα από τις συνθήκες μετανάστευσης, συνθήκες εγκατάστασης στη χώρα υποδοχής, χώρα προέλευσης και σχετιζόμενα με αυτήν στερεότυπα, κ.ά.) καθώς και παράγοντες που αφορούν στο ίδιο το άτομο που μεταναστεύει (π.χ. μετανάστης 1<sup>ης</sup>/2<sup>ης</sup>/3<sup>ης</sup> γενιάς) και τα προσωπικά και κοινωνικά του αποθέματα (αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας, εκπαιδευτικό επίπεδο, κ.ά.) (187, 190).

### **10.2.5 Περιορισμοί και δυνατά σημεία**

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της προσπάθειας καθορισμού των δημογραφικών παραγόντων που εμφανίζουν ισχυρές συσχετίσεις με τα συμπτώματα ψυχοσωματικής υγείας των εφήβων μαθητών στη χώρα μας. Δυνατά σημεία της μελέτης αποτέλεσαν το μεγάλο, τυχαίο δείγμα των εφήβων και των οικογενειών τους που προήλθε από όλες τις περιφέρειες της Ελλάδας και η χρήση σταθμισμένων εργαλείων. Επιπλέον, αποτελεί μία από τις λίγες μελέτες διεθνώς που προσεγγίζει τη μεταβλητή της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης μέσω «παραδοσιακών» και



υποκειμενικών δεικτών μέτρησης, περιλαμβάνοντας έτσι τόσο την οπτική των γονέων όσο και του παιδιού.

Ωστόσο, η μελέτη διέπεται από διάφορους περιορισμούς που οφείλουν να αναλυθούν στο σημείο αυτό. Λόγω της συγχρονικής της φύσης, δεν ήταν δυνατό να διερευνηθούν τυχόν αιτιολογικές σχέσεις ανάμεσα στις υπό εξέταση μεταβλητές. Επίσης, θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα θέματα αναφορικά με τη σύσταση του δείγματος. Όπως συχνά παρατηρείται σε έρευνες που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του σχολείου –ανεξάρτητα από τη χώρα και τη μέθοδο δειγματοληψίας–, έτσι και στην παρούσα μελέτη διαφάνηκε μία τάση για μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης από τα κορίτσια, συγκριτικά με τα αγόρια, και από μικρότερους σε ηλικία εφήβους, σε σχέση με τους νεότερους. Εντούτοις, θα πρέπει να τονιστεί ότι η μελέτη μας διεξήχθη στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού προγράμματος KIDSCREEN, η μεθοδολογία του οποίου πέτυχε ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικότητας για να παράσχει τιμές αναφοράς του πληθυσμού, όπως εξηγείται διεξοδικά στη δημοσιευμένη εργασία των Berra και συνεργατών (590). Ένα επιπλέον ζήτημα αφορούσε στο μικρό αριθμό των εφήβων με μεταναστευτική ιδιότητα και των εφήβων με τουλάχιστον έναν άνεργο γονέα, που περιόρισε τη δυνατότητα ασφαλούς διεξαγωγής γενικευμένων συμπερασμάτων και καθόρισε τα ευρήματα ως προκαταρκτικά. Συγκεκριμένα ως προς τη μεταναστευτική ιδιότητα θα πρέπει να διευκρινηστούν κάποια ζητήματα που περιορίζουν ακόμη περισσότερο τα σχετικά ευρήματα: α) η μεταναστευτική ιδιότητα βασίστηκε σε ένα «μεικτό» ορισμό, κι έτσι η σύζευξη συγκεκριμένων χαρακτηριστικών, που έχουν υπογραμμιστεί για την επιρροή τους στη μεταναστευτική εμπειρία (196, 630) –όπως, η γενιά μετανάστευσης, η χώρα και κουλτούρα προέλευσης, κ.ά– δεν επέτρεψε την ενδελεχή διερεύνησή τους, β) πιθανόν να υπάρχουν ομάδες μεταναστών που δεν αντιπροσωπεύθηκαν στο σχολικό δείγμα των εφήβων (πχ. πρόσφυγες που δεν πηγαίνουν σχολείο) και γ) δεν ελέγχθηκε η επίδραση παραγόντων, όπως οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, κοινωνική ενσωμάτωση/διακρίσεις, κ.ά., που εμπλέκονται στον μηχανισμό σύνδεσης της μεταναστευτικής εμπειρίας με τους δείκτες υγείας. Αναφορικά με τη γονεϊκή ανεργία, τόσο ο μικρός αριθμός των άνεργων γονέων όσο και η εθελοντική συμμετοχή ενός από τους δύο γονείς στη μελέτη δεν επέτρεψε τη διερεύνηση της συσχέτισης της γονεϊκής ανεργίας με τα ΠΥΓ των εφήβων ανά φύλο γονέα–παιδιού, ενώ υπάρχουν δεδομένα που στοιχειοθετούν ότι υπάρχει διαφορά στη σχέση ανάλογα με την ανεργία του πατέρα ή της μητέρας (129, 131, 136).

## 10.3 ΠΥΥ και Σχέσεις με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία

### 10.3.1 ΠΥΥ και Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία

Στο πλαίσιο της διερεύνησης της συντρέχουσας εγκυρότητας της κλίμακας HBSC-CL για την μέτρηση των ΠΥΥ με το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52 για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ) και δεδομένης της ελλιπούς σχετικής βιβλιογραφίας αναφορικά με τον γενικό παιδιατρικό πληθυσμό, διενεργήθηκαν περαιτέρω έλεγχοι για την εκτίμηση της σχέσης ανάμεσα στα ΠΥΥ και την ΠΖσΥ. Στόχος των διεξαγόμενων αναλύσεων ήταν ο καθορισμός της σχέσης μεταξύ των ΠΥΥ και των διαφόρων πτυχών της ΠΖσΥ κατά την εφηβεία.

Αρχικά, αποτυπώθηκαν οι διαφορές στην ΠΖσΥ ανάμεσα στους εφήβους που ανέφεραν περισσότερα από δύο ΠΥΥ με συχνότητα μεγαλύτερης της εβδομαδιαίας και τους εφήβους με χαμηλότερα επίπεδα ΠΥΥ. Σε συμφωνία με προηγούμενες, σχετικές μελέτες (91, 206-208), διαφάνηκε ότι οι έφηβοι με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ ανέφεραν σημαντική έκπτωση στην ΠΖσΥ, εμφανίζοντας σημαντικά χαμηλότερους δείκτες σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖσΥ. Επομένως, η συχνή αναφορά πολλαπλών ΠΥΥ θα μπορούσε να αντικατοπτρίζει τη μειωμένη λειτουργικότητα του εφήβου σε διάφορες πτυχές της ζωής του και ιδιαίτερα στην ψυχολογική και συναισθηματική του κατάσταση, στη σχέση του με τους γονείς και στην εικόνα Εαυτού, που απαρτίζουν και τις αντίστοιχες διαστάσεις της ΠΖσΥ με τις μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες εφήβων. Επίσης, θα πρέπει να δοθεί προσοχή στη διάσταση της *Αυτονομίας* που εμφάνισε τους χαμηλότερους δείκτες και στις δύο ομάδες εφήβων, και ιδιαίτερα σε αυτούς με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ. Φαίνεται ότι οι έφηβοι στη χώρα μας δεν απολαμβάνουν επαρκείς ευκαιρίες για να δημιουργήσουν το δικό τους χρόνο για κοινωνικές σχέσεις και ψυχαγωγία, πιθανότατα λόγω του υπερφορτωμένου εξωσχολικού τους προγράμματος, το οποίο συχνά δεν επιλέγουν οι ίδιοι.

Η μελέτη έδειξε ότι η πλέον καθοριστική συμβολή για την αυτοαναφορά ΠΥΥ έγκειται στον ψυχοσυναισθηματικό άξονα της ΠΖσΥ και λιγότερο στον σωματικό, επιβεβαιώνοντας την χρήση της κλίμακας ως εργαλείο διαλογής ψυχικής υγείας (81, 206). Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι διαστάσεις *Διάθεση και Συναισθήματα* και *Ψυχολογική Ευεξία* του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 είχαν τις πιο σημαντικές σχέσεις με τα ΠΥΥ (συνολική βαθμολογία HBSC-SCL). Η συμβολή των ανωτέρω διαστάσεων υπήρξε σημαντική και για τα σωματικά συμπτώματα (πονοκέφαλος, πόνος στο στομάχι,

πόνος στη μέση, ζαλάδα), υπογραμμίζοντας, έτσι, τον ρόλο της ψυχοσυναισθηματικής ευεξίας στην αναφορά ΠΥΥ, ανεξάρτητα από την εστία εντοπισμού του αναφερόμενου συμπτώματος.

Ιδιαίτερη προσοχή χρήζει η διάσταση *Αντίληψη Εαυτού* που αντανακλά το επίπεδο αυτοεκτίμησης και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της εικόνας του σώματος και του εαυτού γενικότερα από τον/την έφηβο. Τα ευρήματα της μελέτης τονίζουν ότι η υποκειμενική αντίληψη του/της εφήβου για τον εαυτό και το σώμα του/της εμφανίζει σημαντική –συγκεκριμένα, την τρίτη σημαντικότερη, μετά τις διαστάσεις *Διάθεση και Συναισθήματα* και *Ψυχολογική Ευεξία*– σχέση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, τονίζοντας την κρισιμότητα της ψυχολογικής αυτής διεργασίας για την υποκειμενική υγεία των εφήβων. Δεδομένων των ραγδαίων βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών και προκλήσεων κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι δυσλειτουργικές εκτιμήσεις της εικόνας εαυτού, και κυρίως της εικόνας σώματος, συνιστούν ένα σχεδόν αναμενόμενο φαινόμενο στη συγκεκριμένη αναπτυξιακή περίοδο, σε βαθμό, μάλιστα, που γίνεται αναφορά για «κανονιστική δυσαρέσκεια» (296). Ωστόσο, η αλλοιωμένη εικόνα σώματος μπορεί να έχει σημαντικές και μακροσκελείς ψυχολογικές επιπτώσεις, καθώς έχει συνδεθεί με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διαταραχών πρόσληψης τροφής (296). Σε συμφωνία με τις λιγοστές, σχετικές μελέτες (114, 298, 299, 619), τα παρόντα ευρήματα υπογράμμισαν τη σημαντική συμβολή της εικόνας Εαυτού για τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, προτείνοντας ότι τα τελευταία θα μπορούσαν να αποτελούν έκφραση της δυσφορίας του εφήβου με την αναδυόμενη ταυτότητά του και της δυσκολίας του να ανταπεξέλθει στους βασικούς, σχετικούς αναπτυξιακούς στόχους: την αποδοχή της νέας μορφής του σώματος, τη διαμόρφωση της σεξουαλικής του ταυτότητας και ρόλου και την αποκρυστάλλωση της προσωπικής ψυχοκοινωνικής του ταυτότητας.

Επιπλέον, η διάσταση της *Αυτονομίας* εμφάνισε σημαντική σχέση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής διάστασης. Προηγούμενες μελέτες, στην πλειονότητά τους σε κλινικό πληθυσμό παιδιών/εφήβων, έχουν δείξει τη στενή σχέση ανάμεσα στην αυξημένη αναφορά συμπτωμάτων πόνου και ψυχοσωματικών ενοχλήσεων (223, 435, 484) και στον υψηλό βαθμό εξάρτησης στη σχέση γονέα–παιδιού καθώς και στην υιοθέτηση του ρόλου του «άρρωστου/φιλάσθενου/ευάλωτου μέλους της οικογένειας» (53, 475). Άλλωστε, η συναισθηματική υπερ-εμπλοκή και ο χαμηλός βαθμός αυτονομίας μέσα στην οικογένεια έχουν σχετιστεί συστηματικά με την εμφάνιση και διατήρηση των ΠΥΥ (53, 435, 475). Το παρόν εύρημα χρήζει προσοχής καθώς

απορρέει από κοινοτικό πληθυσμό, υγιών, κατά πλειοψηφία, εφήβων, και υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο της αίσθησης αυτονομίας και της δυνατότητας λήψης αποφάσεων στην ψυχοσωματική τους υγεία.

Σε άμεση συνάρτηση με τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε τη σημασία της οικογένειας για την αυτοαναφορά ΠΥΥ, εφόσον η διάσταση του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 *Σχέσεις με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι* εμφάνισε ισχυρή σχέση με τα ΠΥΥ των εφήβων<sup>19</sup>, ιδιαίτερα όσον αφορά στα ψυχολογικού τύπου συμπτώματα. Ίδιας κατεύθυνσης, αλλά ασθενέστερα σε ισχύ, ήταν και τα ευρήματα αναφορικά με τις διαστάσεις *Σχολικό Περιβάλλον, Συνομηλικοί και Κοινωνική Υποστήριξη, Κοινωνική Αποδοχή (Εκφοβισμού) και Οικονομικοί Πόροι*. Δεδομένου ότι κατά την περίοδο της εφηβείας το άτομο στρέφεται και επενδύει ολοένα και περισσότερο στο κοινωνικό του περιβάλλον, η αντίληψή του για το επίπεδο της προσωπικής του λειτουργικότητας και για την ποιότητα των σχέσεών του εντός του κοινωνικού του πλαισίου αποκτούν βαρύνουσα σημασία για την ψυχοσωματική του προσαρμογή και υγεία.

Από την άλλη πλευρά, η διάσταση της *Σωματικής Ευεξίας* είχε σημαντική συμβολή στην αυτοαναφορά ΠΥΥ, ακόμη και αναφορικά με τα ψυχολογικού τύπου συμπτώματα (ακεφιά, νευρικότητα, εκνευρισμός, δυσκολίες στον ύπνο), και ιδιαίτερα με την ακεφιά. Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες (200-202), το παρόν εύρημα επιβεβαιώνει τη σύνδεση ανάμεσα στην προσωπική αίσθηση του εφήβου για το επίπεδο ενέργειας και την ποιότητα της φυσικής του κατάστασης με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, ανεξαρτήτου εστίας εντοπισμού τους, προς όφελος της ολιστικής θεώρησης της ψυχοσωματικής υγείας.

Τέλος, ο έλεγχος για πιθανές αλληλεπιδράσεις των διαστάσεων του KIDSCREEN-52 με το φύλο και την ηλικία ως προς την επίδρασή τους στην κλίμακα HBSC-SCL ανέδειξε μερικά ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Η διάσταση των Οικονομικών Πόρων, που περιγράφει την αντιλαμβανόμενη οικονομική κατάσταση του εφήβου σε σύγκριση με τους συνομηλίκους του, είχε ισχυρότερη σχέση με την συνολική βαθμολογία του HBSC-SCL στους μεγαλύτερους ηλικιακά εφήβους σε σύγκριση με τους νεότερους. Το παρόν εύρημα πιθανόν αντανακλά την σημασία της αίσθησης κοινωνικο-οικονομικής

---

<sup>19</sup> Στο σημείο αυτό δεν θα δοθεί έμφαση στις διαστάσεις της ΠΖσΥ που αφορούν στις σχέσεις του εφήβου με τον κοινωνικό του περίγυρο, που αντιστοιχούν στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 *Σχέσεις με τους Γονείς και Ζωή στο Σπίτι, Σχέσεις με Συνομηλίκους και Σχολικό Περιβάλλον*, καθώς αναλύονται εκτενώς στο κεφ. 10.7.

μειονεξίας για την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων, ιδιαίτερα κατά τη μέση προς όψιμη φάση της εφηβείας. Καθώς, με την πάροδο των χρόνων, αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα η κοινωνική επιρροή και συγκρισιμότητα του Εαυτού με τους άλλους (138, 140), είναι πιθανόν η διεργασία αυτή να γίνεται ακόμη εντονότερη στους μεγαλύτερους ηλικιακά εφήβους, οι οποίοι επενδύουν συναισθηματικά στην ομάδα ομηλικών για τη διαμόρφωση της προσωπικής τους ταυτότητας. Η αίσθηση ότι δεν μπορούν να συμβαδίσουν με τον κοινωνικό τους κύκλο για οικονομικούς λόγους μπορεί να επιφέρει μία αίσθηση (κοινωνικού) αποκλεισμού ή μειονεκτικής (προσωπικής) διαφοροποίησης με πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοσωματική τους προσαρμογή σε μία, ούτως ή άλλως, απαιτητική εξελικτική περίοδο.

Επιπλέον, η διάσταση της *Κοινωνικής Αποδοχής (Εκφοβισμού)* εμφάνισε ισχυρότερη σύνδεση με τη Σωματική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL στους εφήβους 16-18 ετών σε σύγκριση με τους νεότερους. Προηγούμενες μελέτες έχουν τονίσει τον προστατευτικό ρόλο της κοινωνικής αποδοχής από τους ομηλικούς ως προς την εμφάνιση ΠΥΥ για τους εφήβους και των δύο φύλων (130, 567), και ιδιαίτερα για όσους μεταβαίνουν από το γυμνάσιο στο λύκειο (587). Αντιστρόφως, η έκφραση ΠΥΥ από τους εφήβους έχει επίσης συνδεθεί με την αρνητική αντιμετώπιση από τους συνομήλικους τους, όταν τα συμπτώματα αυτά δεν οφείλονταν σε διεγνωσμένους ιατρικούς παράγοντες (323). Για την ισχυρή σχέση που αναδείχθηκε με τα ΠΥΥ σωματικού τύπου στους μεγαλύτερους ηλικιακά εφήβους θα μπορούσε να διαμορφωθεί μία εναλλακτική ερμηνεία βασισμένη σε πορίσματα προοπτικών μελετών που υποστηρίζουν ότι η θυματοποίηση των παιδιών στην έναρξη της σχολικής χρονιάς συνδέεται με την αναφορά νέων σωματικών συμπτωμάτων (πχ. πονοκέφαλος, στομαχόπονος, κόπωση, έλλειψη όρεξης, δυσκολίες στον ύπνο, νευρικότητα) με την πάροδο του χρόνου (583, 584). Επομένως, η ισχυρή σχέση που αναδείχθηκε από την παρούσα μελέτη ίσως να αντανακλά την εμπειρία μίας χρόνιας πορείας εκφοβισμού των εφήβων μεγαλύτερων ηλικιών. Σε κάθε περίπτωση, το παρόν εύρημα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης στο μέλλον.

Τέλος, οι επιδράσεις της *Σωματικής Ευεξίας*, της *Διάθεσης και Συναισθήματα* και της *Αντίληψης Εαυτού* στη Σωματική διάσταση της κλίμακας HBSC-SCL βρέθηκαν να είναι πιο ισχυρές για τα αγόρια σε συνάρτηση με τα κορίτσια. Το παρόν εύρημα δεν επιβεβαιώνεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία υποστηρίζει ότι η σχέση των ΠΥΥ με την εικόνα εαυτού, ειδικά, είναι

ισχυρότερη στα κορίτσια από ότι στα αγόρια (619). Ωστόσο, το εύρημα αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς υποδεικνύει πιθανή ευαλωτότητα των αγοριών σε συγκεκριμένες πτυχές της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία. Τα αγόρια, άλλωστε, κατά τη διάρκεια της εφηβείας δίνουν έμφαση στη σωματική τους ρώμη, την ενεργητικότητα και τις σωματικές ή αθλητικές τους ικανότητες για τη δόμηση της αυτοεικόνας τους (55). Επομένως, προτείνεται ότι η αναφορά σωματικού τύπου συμπτωμάτων από τους άρρενες εφήβους πιθανόν να αντανakλά πρωτίστως την δυσφορία τους ή/και την έλλειψη ικανοποίησής τους με την φυσική τους κατάσταση και την εικόνα του Εαυτού τους καθώς και το κατά πόσο βιώνουν καταθλιπτικά και στρεσογόνα συναισθήματα και διαθέσεις.

### **10.3.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία**

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο της μελέτης για τον καθορισμό των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας HBSC-SCL. Στόχο της αποτέλεσε η αποτύπωση της σχέσης των αυτοαναφερόμενων από τους εφήβους ΠΥΥ και της ΠΖσΥ τους. Στα δυνατά σημεία της μελέτης συγκαταλέγεται το μεγάλο, τυχαίοποιημένο δείγμα εφήβων μαθητών από όλη την Ελλάδα, η χρήση σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης της υποκειμενικής ευεξίας και λειτουργικότητας καθώς και η διερεύνηση του ρόλου του φύλου και της ηλικίας στις υπό εξέταση σχέσεις. Επίσης, η μελέτη συμβάλλει στον εμπλουτισμό της σχετικής βιβλιογραφίας, καθώς οι έρευνες που εστιάζουν στην ανωτέρω σχέση σε κοινοτικό δείγμα υγιών, κατά πλειοψηφία, εφήβων είναι περιορισμένες.

Εντούτοις, η μελέτη διέπεται από μία σειρά περιορισμών που χρήζουν αναφοράς. Καταρχήν, δεν κατέστη δυνατή η εκτίμηση της αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ και τις υπό εξέταση μεταβλητές, καθώς η μελέτη ήταν συγχρονική. Επίσης, υπήρξε μία τάση για μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης από τα κορίτσια, σε σχέση με τα αγόρια, κι από τους νεαρότερους σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους. Αν και η τάση αυτή συχνά παρατηρείται σε έρευνες σχολικών πληθυσμών, συστήνεται προσοχή καθώς οι σχολικές έρευνες δεν συνεπάγονται την στρατολόγηση αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του πληθυσμού, τουλάχιστον ως προς το φύλο και την ηλικία. Ωστόσο, στο πλαίσιο της έρευνας KIDSCREEN, εφαρμόστηκαν εκτενείς στατιστικές διεργασίες προκειμένου να εκτιμηθεί η αντιπροσωπευτικότητα των εθνικών δειγμάτων, κατορθώνοντας να επιτύχουν επαρκή βαθμό αντιπροσωπευτικότητας για να παράσχει τιμές αναφοράς του πληθυσμού

(590). Ένα ακόμη σημείο κριτικής έγκειται στο γεγονός ότι τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι αυτοαναφορικά, αντανακλούν δηλαδή αποκλειστικά τις προσωπικές αξιολογήσεις των εφήβων, κι επομένως, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διαστρεβλωμένες εκτιμήσεις. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη δεν συμπεριέλαβε άλλους παράγοντες –όπως τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του εφήβου και την αυτοαναφερόμενη ψυχική και σωματική υγεία των γονέων–, οι οποίοι θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν την παρούσα διερεύνηση. Ωστόσο, αποτελεί μία από τις λίγες ερευνητικές προσπάθειες να αποτυπωθούν οι πτυχές της ΠΖΣΥ που παρουσιάζουν την ισχυρότερη σχέση με την αυτοαναφορά ΠΥΥ κατά την εφηβεία σε κοινοτικό πληθυσμό.

## **10.4 ΠΥΥ και Σχέσεις με Ψυχολογικούς Παράγοντες**

### **10.4.1 ΠΥΥ και συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα**

Παρόλο που η εφηβεία χαρακτηρίζεται από υψηλούς δείκτες σωματικής υγείας, αποτελεί συνάμα την ηλικιακή περίοδο κατά την οποία εκδηλώνεται ένας σημαντικός αριθμός ψυχολογικών συμπτωμάτων και κλινικών διαταραχών (631, 632). Η εμφάνιση συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων όπως και η τάση ενδοσκόπησης και ενασχόλησης με ψυχοσωματικά συμπτώματα –πχ. πονοκέφαλος, ευερεθιστότητα, κά.– χωρίς συγκεκριμένη ιατρική ή ψυχιατρική διάγνωση θεωρούνται κοινά και παροδικά φαινόμενα, χαρακτηριστικά της αναπτυξιακής πορείας προς την ενηλικίωση. Ωστόσο, τα συμπτώματα αυτά σε επαρκή αριθμό και επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, ο επιπολασμός των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών κυμαίνεται στο 10-20% (633), ενώ περίπου το 28-35% των μαθητών ηλικίας 11-18 ετών σε 39 χώρες αναφέρει δύο ή περισσότερα ΠΥΥ τουλάχιστον άπαξ εβδομαδιαίως (81).

Παρά την υψηλή τους συχνότητα, τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα παραμένουν ευρέως αδιάγνωστα, καθώς ένα μικρό ποσοστό των παιδιών και εφήβων με τέτοιου τύπου συμπτώματα απευθύνεται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (631). Από την άλλη πλευρά, τα ΠΥΥ αποτελούν μία από τις πρωταρχικές αιτίες χρήσης των υπηρεσιών υγείας, συνιστώντας, ταυτόχρονα, ένα δυσεπίλυτο αίνιγμα για τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν

ασαφή συμπτώματα που προκαλούν πραγματική ψυχική και σωματική δυσφορία στο άτομο (334). Οι επαγγελματίες υγείας αφιερώνονται στη σχολαστική ιατρική εξέταση της αναφερόμενης συμπτωματολογίας και καταφεύγουν σε διεξοδικές –και συχνά υψηλού κόστους και χαμηλής αποτελεσματικότητας– παρεμβάσεις και εξετάσεις· αντίθετα, σπανίως διεξάγουν οι ίδιοι ή παραπέμπουν για μία γενική αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, συνεισφέροντας, έτσι στην ατελή και αποσπασματική φροντίδα του πάσχοντα (160, 353).

Εντούτοις, η σχέση ανάμεσα στα ΠΥΥ και την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, καθώς και τις αντίστοιχες κλινικές οντότητες είναι καλά τεκμηριωμένη στην σχετική βιβλιογραφία (28). Έρευνες σε κοινοτικούς παιδιατρικούς πληθυσμούς έχουν δείξει ότι τα παιδιά κι οι έφηβοι με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ (39, 82, 290, 317, 344) –και ιδιαίτερα πονοκεφάλους και στομαχόπονους (634) καθώς και μυοσκελετικές ενοχλήσεις (327) και κόπωση (336)– διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα ανωτέρω ευρήματα έχουν επιβεβαιωθεί και από διαχρονικές μελέτες (43, 71, 76, 77, 80, 326, 334, 337), αν και όχι συστηματικά (39, 43, 320, 340). Από την άλλη πλευρά, η έρευνα για την σχέση των ΠΥΥ με τα συμπτώματα και τις διαταραχές εξωτερίκευσης, –όπως η ελλειμματική προσοχή και η υπερκινητικότητα, τα προβλήματα συμπεριφοράς και οι δυσκολίες στις κοινωνικές επαφές– είναι μέχρι στιγμής λιγότερο εκτενής και συμπαγής στα ευρήματά της. Σημαντικός αριθμός μελετών υποστηρίζει ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς συνδέονται με τα ΠΥΥ και τα συμπτώματα αδιευκρίνιστου σωματικού πόνου (77, 82, 337, 347), τον πονοκέφαλο (323, 349), τον στομαχόπονο (319, 350) και τις μυοσκελετικές ενοχλήσεις (635, 636), ενώ, ταυτόχρονα, αναφέρονται ερευνητικά δεδομένα που όχι μόνο αντικρούουν μία τέτοια σχέση (320, 353) αλλά και υποστηρίζουν ότι τα παιδιά με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ εμφανίζουν λιγότερα συμπεριφορικά προβλήματα (160). Συμπληρωματικά, οι δυσκολίες στις κοινωνικές συνδιαλλαγές και τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας έχουν συνδεθεί με τα ΠΥΥ και άλλα συμπτώματα ιατρικώς μη ερμηνευόμενου πόνου, ιδιαίτερα τον πονοκέφαλο, έστω κι αν έχουν μελετηθεί σε μικρότερο βαθμό (82, 323, 331, 347, 349).

Οι μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις και περιορισμοί των υπαρχουσών μελετών παρακωλύουν τη δυνατότητα προσδιορισμού του βαθμού προβλεψιμότητας ανάμεσα στα ΠΥΥ και τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Ωστόσο, έχει προταθεί μία σχέση αμοιβαίου



ποσοτικού ετεροκαθορισμού (“dose-response relationship”) (34), εφόσον αυξημένα επίπεδα ΠΥΥ έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής κι αγχώδους συμπτωματολογίας, σηματοδοτώντας, έτσι, μία στροφή του ερευνητικού ενδιαφέροντος από συγκεκριμένους τύπους συμπτωμάτων στον αριθμό και την συχνότητα κοινά εμφανιζόμενων συμπτωμάτων (39, 43, 77, 320). Στη βάση αυτή, η αναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ κατά τις επισκέψεις σε υπηρεσίες υγείας θα μπορούσε να επιβοηθήσει στην πρώιμη αναγνώριση παιδιών κι εφήβων με αυξημένες πιθανότητες για συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, δημιουργώντας, έτσι, μία εφικτή δυνατότητα για έγκαιρες ψυχολογικές παρεμβάσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν περισσότερα από δύο ΠΥΥ σε εβδομαδιαία συχνότητα. Προηγούμενες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι η συγκέντρωση πολλών, ταυτόχρονα εμφανιζόμενων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων είναι κοινή ανάμεσα στους εφήβους, ιδιαίτερα στις νότιες χώρες της Ευρώπης (8, 62, 81). Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι έφηβοι αυτοί είχαν αυξημένα συναισθηματικά/ συμπεριφορικά προβλήματα, υποδεικνύοντας, έτσι, μία σημαντική ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία συγκριτικά με τους εφήβους με λιγότερα –σε αριθμό και συχνότητα– ΠΥΥ. Επίσης, οι έφηβοι με υψηλότερους δείκτες συναισθηματικών/συμπεριφορικών προβλημάτων είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν διατυπωθεί σε εφηβικό κοινοτικό και κλινικό πληθυσμό αναφορικά με πολλαπλά και συχνά συμπτώματα πόνου (317, 347, 353, 637).

Η περαιτέρω στατιστική ανάλυση ανέδειξε μέτριες προς ασθενείς συσχετίσεις ανάμεσα στα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ και τα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα των εφήβων. Πιο συγκεκριμένα, ελέγχοντας για την επίδραση του φύλου, της ηλικίας και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης των εφήβων, οι υψηλότερες πιθανότητες για την αυτοαναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σημειώθηκαν για τους εφήβους με προβλήματα συμπεριφοράς· ακολούθησαν με την σειρά οι έφηβοι με συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και δυσκολίες στις κοινωνικές συναναστροφές. Εκτός από την επαρκώς τεκμηριωμένη σχέση ανάμεσα στα ΠΥΥ και τα συναισθηματικά προβλήματα (34), η μελέτη κατέγραψε αυξημένες πιθανότητες για αναφορά

πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σε εφήβους με προβλήματα συμπεριφοράς, προσθέτοντας, έτσι, περισσότερα δεδομένα στην υπάρχουσα, ασαφή, σχετική βιβλιογραφία (39, 82, 323, 349). Επίσης, η σημαντική σχέση των ΠΥΥ με τα προβλήματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και με τις δυσκολίες κοινωνικής συναναστροφής συμπίπτει με ερευνητικά πορίσματα αναφορικά με συγκεκριμένα συμπτώματα και συμπτώματα χρόνιου πόνου (82, 323, 331, 635).

Τα μοντέλα ερμηνείας της σχέσης των ΠΥΥ με τη συναισθηματική και συμπεριφορική δυσλειτουργία κατά την εφηβεία έχουν επικεντρωθεί στην καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία. Προτείνεται είτε ότι ο ένας αστερισμός συμπτωμάτων προκαλεί ή αυξάνει τον κίνδυνο για τα άλλα συμπτώματα είτε ότι τα ΠΥΥ και τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα μοιράζονται κοινή αιτιολογία ή/και συνιστούν διαφορετικές πτυχές μίας κοινής υφιστάμενης ψυχικής διεργασίας (34). Αντίθετα, η αντίστοιχη ερευνητική δραστηριότητα για την σχέση των ΠΥΥ με τα προβλήματα εξωτερίκευσης είναι ελλιπής. Το μοντέλο του Pulkinen και συνεργατών (355) που αναφέρεται στον μηχανισμό ρύθμισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, όμως, δύναται να καλύψει το παρόν κενό. Ο μηχανισμός ρύθμισης του συναισθήματος και της συμπεριφοράς έχει ως στόχο την διατήρηση της εσωτερικής διέγερσης σε ανεκτά επίπεδα και την προσαρμογή της συμπεριφορικής έκφρασης στις εξωτερικές συνθήκες.

Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, τα προβλήματα εξωτερίκευσης, που χαρακτηρίζονται από έντονη συναισθηματική διέγερση και ενεργητική συμπεριφορά, ενδέχεται να συνδέονται με την αντίληψη του πόνου με διττό τρόπο: οι εμπειρίες ακαθόριστων αλγογόνων ενοχλήσεων επιτείνουν τη συναισθηματική δυσφορία η οποία, με τη σειρά της, μειώνει τον ουδό της αντίληψης του πόνου· συμπληρωματικά, η συναισθηματική δυσφορία *per se* (πχ. εκνευρισμός, επιθετικότητα, αρνητική συναισθηματικότητα) μπορεί να εξασθενήσει την ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, επιτείνοντας έτσι τις στρεσογόνες εμπειρίες που, ακολούθως, επιδεινώνουν την αντίληψη του πόνου. Επομένως, τα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ θα μπορούσαν να αποτελέσουν συμπεριφορικές εκφράσεις της μειωμένης ικανότητας του ατόμου να διαχειρίζεται την ένταση των συναισθημάτων του και να ρυθμίζει την ενεργοποίηση της συμπεριφοράς του (355). Επί προσθέτως, η σύνδεση των ΠΥΥ με τη συναισθηματική και

συμπεριφορική δυσλειτουργία αναμένεται να εμπλουτιστεί με ευρήματα από το πεδίο της νευροψυχολογίας, καθώς είναι πιθανόν η εγγύτητα των νευρωνικών δομών επεξεργασίας του πόνου και της αρνητικής συναισθηματικής διέγερσης να έχει κάποιον σημαντικό ρόλο στην ανωτέρω σχέση (80).

Αν και προηγούμενες μελέτες έχουν υποστηρίξει την προδιάθεση των κοριτσιών με ΠΥΥ ή συγκεκριμένα συμπτώματα ιατρικώς μη ερμηνεύομενου πόνου (κυρίως πονοκέφαλος, στομαχόπονος και μυοσκελετικές ενοχλήσεις) να αναφέρουν συναισθηματικές δυσκολίες και την τάση των αγοριών να εμφανίζουν προβλήματα εξωτερίκευσης (77, 104, 325), η παρούσα μελέτη δεν κατέγραψε αντίστοιχα ευρήματα. Αντίθετα, πρότεινε ότι η επίδραση των συναισθηματικών συμπτωμάτων, των προβλημάτων συμπεριφοράς, ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και κοινωνικής συνδιαλλαγής, καθώς και της συνολικής βαθμολόγησης των προβλημάτων –με βάση το ΕΔΔ– ήταν παρόμοια για τα έφηβα αγόρια και κορίτσια όλων των ηλικιών που ανέφεραν πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ. Επομένως, θα μπορούσε να υποδειχθεί ότι το φύλο, η ηλικία και τα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα έχουν σημαντική, προσθετική επίδραση στην αναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ. Παρόμοια αποτελέσματα σε πληθυσμό ενηλίκων έχουν διατυπωθεί από τον Haug και συνεργάτες (29) καθώς και από τον Vaalamo και συνεργάτες (355) μελετώντας τα προβλήματα εξωτερίκευσης σε παιδιά 11-12 ετών με συμπτώματα επαναλαμβανόμενου πόνου. Στο ίδιο πλαίσιο, ο Dhossche και συνεργάτες στη διαχρονική τους έρευνα σε νεαρούς ενήλικες (39) έδειξαν την έλλειψη επίδρασης του φύλου και της ηλικίας στην σχέση λειτουργικών συμπτωμάτων και καταθλιπτικής/αγχώδους διαταραχής και την απουσία σημαντικής επίδρασης της ηλικίας στη σχέση των λειτουργικών συμπτωμάτων και προβλημάτων εξωτερίκευσης.

#### **10.4.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία**

Η παρούσα μελέτη συνιστά μία από τις λίγες ερευνητικές προσπάθειες που επικεντρώνεται στη σχέση των συναισθηματικών/συμπεριφορικών προβλημάτων με τα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, επεκτείνοντας, έτσι, την προϋπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία –η οποία εστιαζόταν κυρίως σε μεμονωμένα συμπτώματα πόνου και λειτουργικά

σωματικά συμπτώματα– σε ένα ευρύτερο και ψυχοσωματικά προσανατολισμένο πλαίσιο αναφοράς. Ακόμη, δυνατό σημείο της μελέτης συνιστά το μεγάλο, τυχαίοποιημένο δείγμα από σχολεία σε όλη την ελληνική επικράτεια. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν έχουν δοκιμαστεί και εφαρμοστεί ευρέως σε εφηβικούς πληθυσμούς για λόγους κλινικής διαλογής (597, 598), αν και πρέπει να τονιστεί ότι δεν υποδεικνύουν συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαγνώσεις.

Αναφορικά με τους περιορισμούς της μελέτης, θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι υπήρξε μία τάση για μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης από τα κορίτσια, συγκριτικά με τα αγόρια, και από μικρότερους σε ηλικία εφήβους, σε σχέση με τους νεότερους. Αν και η τάση αυτή συχνά παρατηρείται συχνά σε έρευνες σχολικών πληθυσμών, συστήνεται προσοχή καθώς οι σχολικές έρευνες δεν συνεπάγονται τη στρατολόγηση αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του πληθυσμού, τουλάχιστον ως προς το φύλο και την ηλικία. Ωστόσο, στο πλαίσιο της έρευνας KIDSCREEN, εφαρμόστηκαν εκτενείς στατιστικές διεργασίες προκειμένου να εκτιμηθεί η αντιπροσωπευτικότητα των εθνικών δειγμάτων, κατορθώνοντας να επιτύχουν επαρκή βαθμό αντιπροσωπευτικότητας για να παράσχει τιμές αναφοράς του πληθυσμού (590). Επιπλέον, ο συγχρονικός σχεδιασμός της μελέτης αναδεικνύει την ύπαρξη περίπλοκων και αμφίδρομων συσχετίσεων ανάμεσα στα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα και τα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ αλλά δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων.

Τα ερευνητικά δεδομένα θα μπορούσαν, σε κάποιο βαθμό, να αντικατοπτρίζουν διαστρεβλωμένες εκτιμήσεις αφενός λόγω της αποκλειστικής χρήσης αυτοαναφορικών δεδομένων κι αφετέρου εξαιτίας του μεγάλου διαστήματος ανάκλησης (6 μήνες) των ΠΥΥ. Τέλος, τα ευρήματα της μελέτης αναφορικά με τον ρόλο του φύλου και της ηλικίας και η ασυνέπεια των σχετικών ερευνητικών πορισμάτων θα μπορούσαν –τουλάχιστον εν μέρει– να αποδοθούν σε κοινωνικές και διαπολιτισμικές διαφορές μεταξύ των υπό μελέτη πληθυσμών· ιδιαίτερα οι κοινωνικές προσδοκίες και η πίεση συμμόρφωσης με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις του φύλου, ακόμη και ενόψει εκφάνσεων ψυχοσωματικής δυσφορίας, θα μπορούσαν να έχουν καθοριστικό ρόλο. Επιπλέον, άλλοι παράγοντες που δεν εκτιμήθηκαν στην παρούσα μελέτη αλλά με ήδη αναγνωρισμένη συμβολή στη σχέση των συναισθηματικών/συμπεριφορικών προβλημάτων και των ΠΥΥ στην εφηβεία, –όπως τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του εφήβου, η ποιότητα της σχέσης του με τους γονείς του, η

ψυχική υγεία των γονέων και η έκθεση σε δυσμενή γεγονότα ζωής– θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για μία πιο διεξοδική κατανόηση της ανωτέρω σχέσης (34). Επόμενες μελέτες καλούνται να συμπεριλάβουν περισσότερους παράγοντες στη διερεύνηση της σχέσης των ΠΥΥ με τα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα της εφηβείας και να αξιολογήσουν τη δυνητική επίδραση της ηλικίας και του φύλου σε διάφορα κοινωνικο–πολιτισμικά πλαίσια.

## **10.5 ΠΥΥ και Σχέσεις με Συμπεριφορές Κινδύνου για την Υγεία**

### **10.5.1 ΠΥΥ, κάπνισμα και περιστασιακά υπερβολική χρήση αλκοόλ**

Η εφηβεία συνιστά μία απαιτητική εξελικτική περίοδο κατά την οποία διεξάγεται μία πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών, γνωστικών και κοινωνικών αλλαγών (56). Παρά τους χαμηλούς δείκτες σοβαρών οργανικών ασθενειών, οι έφηβοι συχνά τείνουν να εμφανίζουν τάσεις ενδοσκόπησης κι έντονης ενασχόλησης με κοινά ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως ο πονοκέφαλος και η ευερεθιστότητα, χωρίς υφιστάμενη οργανική αιτιολογία (197). Σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν ότι η αναφορά πολλαπλών (περισσότερα, δηλαδή, από δύο), εβδομαδιαία επαναλαμβανόμενων, κοινών ψυχοσωματικών συμπτωμάτων –που στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρονται ως ΠΥΥ– δηλώνει σημαντική ψυχοσωματική ενόχληση και πιθανά υποδεικνύει τη δυσκολία του εφήβου να προσαρμοστεί και να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ψυχοπιεστικές εξελικτικές διεργασίες και πολύπλοκες ψυχοκοινωνικές μεταβολές που συντελούνται στο συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα (8, 62).

Ταυτόχρονα, η εφηβεία θεωρείται και περίοδος–ορόσημο για τη διάπλαση της υγείας στην ενήλικη ζωή (638), δεδομένου ότι κατά τη διάρκειά της υιοθετούνται οι πρώτες συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία που, σε μεγάλο βαθμό, διατηρούνται από τους εφήβους καθώς μεγαλώνουν. Μεταξύ των συμπεριφορών αυτών, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ είναι οι πλέον διαδεδομένες, καθώς, ο πειραματισμός με τις νόμιμες αυτές ουσίες πραγματοποιείται κατά κόρον πριν την ηλικία των 18 ετών (81). Από τη σκοπιά του εφήβου, τόσο το κάπνισμα όσο και η κατανάλωση αλκοόλ υπηρετούν και συμβολοποιούν συγκεκριμένες αναπτυξιακές διεργασίες, όπως τη διαφοροποίηση από τους κανόνες των ενηλίκων, τη σμίλευση της αυτοεικόνας και της προσωπικής ταυτότητας και την ενίσχυση της αποδοχής από τους συνομήλικους (406). Από την άλλη πλευρά,

όμως, οι συμπεριφορές αυτές περιορίζουν την αίσθηση ευεξίας του εφήβου, αυξάνουν τη νοσηρότητά του και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της υγείας του στο παρόν και στο μέλλον (406). Επί προσθέτως, τόσο το κάπνισμα όσο και η κατανάλωση αλκοόλ, συνήθως αποτελούν εκφάνσεις μίας ευρύτερης γκάμας συμπεριφορών που επιβαρύνουν ή θέτουν την υγεία σε κίνδυνο, όπως η ελλειψη αθλητικής δραστηριότητας, η πρώιμη σεξουαλική επαφή, η ανθυγιεινή διατροφή, ο πειραματισμός με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, κά. (406).

Μελέτες έχουν προτείνει ότι τόσο η υιοθέτηση συμπεριφορών που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία όσο και η αναφορά ιατρικά μη ερμηνευόμενων σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων αποτελούν τις πρώτες συμπεριφορικές ενδείξεις προβλημάτων στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή του παιδιού κατά τα εφηβικά χρόνια (639). Η σχέση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων με την καπνιστική συμπεριφορά και την κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα για περισσότερα από δέκα χρόνια, με την πλειονότητα των σχετικών μελετών να υποστηρίζει την ύπαρξη ισχυρής συσχέτισης μεταξύ τους (391-396, 399, 640). Όσον αφορά στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας HBSC του 2009/2010, ένας στους δέκα εφήβους 15 ετών αναφέρει ότι καπνίζει καθημερινά, ενώ δύο στους πέντε δηλώνουν ότι έχουν μεθύσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους (81). Παράλληλα, οι έφηβοι στην χώρα μας αναφέρουν περισσότερα από δύο ΠΥΥ με εβδομαδιαία –τουλάχιστον– συχνότητα σε ποσοστά που κυμαίνονται από 31-52% για τους 13χρονους και από 38-58% για τα 15χρονα αγόρια και κορίτσια αντιστοίχως, σημειώνοντας, έτσι, δύο από τα μεγαλύτερα ποσοστά ανάμεσα στις 39 χώρες που πραγματοποιήθηκε η έρευνα (81).

Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες (35, 391, 392), η ανάλυση έδειξε ότι η πλειοψηφία των εφήβων καπνιστών στην χώρα μας ανέφεραν περισσότερα των δύο ΠΥΥ με εβδομαδιαία –τουλάχιστον– συχνότητα. Αξίζει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι το ποσοστό αυτοαναφοράς πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ ήταν αρκετά υψηλό ακόμη και ανάμεσα στους μη καπνιστές εφήβους, επιβεβαιώνοντας, έτσι, τα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την υψηλή συχνότητα αυτοαναφοράς ΠΥΥ από τους εφήβους της χώρας μας (62, 81). Εντούτοις, η μεγαλύτερη διαφορά στην αυτοαναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σημειώθηκε ανάμεσα στους καπνιστές εφήβους, οι οποίοι ήταν σχεδόν διπλάσιοι από όσους δήλωναν λιγότερα σε αριθμό και συχνότητα

ΠΥΥ. Στη μελέτη εξετάστηκε επίσης και η κατανάλωση περισσότερων από πέντε ποτών στην σειρά τον τελευταίο μήνα. Όπως και με τους μη καπνιστές εφήβους, υψηλά ήταν και τα ποσοστά των εφήβων χωρίς εμπειρία τοξίκωσης από αλκοόλ που δήλωναν πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ. Παράλληλα, φάνηκε ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς εφήβους που είχαν τουλάχιστον μία εμπειρία περιστασιακής υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες ανέφεραν την ύπαρξη δύο ή περισσότερων ΠΥΥ τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα πορίσματα προηγούμενων μελετών που συνδέουν την υπερβολική χρήση αλκοόλ με την αύξηση των πιθανοτήτων αναφοράς ΠΥΥ σε σύγκριση με τους συνομηλίκους που απέχουν από ή καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά με μέτρο (392, 396).

Στη συνέχεια, η λογαριθμιστική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι οι καπνιστές έφηβοι είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ· το ίδιο αποδείχθηκε και για τους εφήβους με τουλάχιστον μία εμπειρία περιστασιακής υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ μέσα στον τελευταίο μήνα, αν και το εύρος των πιθανοτήτων και της στατιστικής σημαντικότητας ήταν μικρότερο. Τα αποτελέσματα υπογράμμισαν ότι τόσο το κάπνισμα όσο και η περιστασιακά υπερβολική χρήση αλκοόλ αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες της αυτοαναφοράς πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη σχέση των ΠΥΥ με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ αλλά και με τη συνδυαστική τους χρήση στο πλαίσιο ενός ευρύτερου μη προστατευτικού για την υγεία τρόπου ζωής (409). Στην παρούσα ανάλυση παλινδρόμησης δεν κατάφερε να επιβεβαιωθεί σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ και την ηλικία, αν και κατά την διμεταβλητή ανάλυση φάνηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με την αυτοαναφορά περισσότερων των δύο ΠΥΥ σε –τουλάχιστον– εβδομαδιαία βάση. Αυτή η διαφορά ενδεχομένως προτείνει ότι η καπνιστική συμπεριφορά και η περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορούν να εξηγήσουν καλύτερα τη διακύμανση των ΠΥΥ από την ηλικία καθαυτή. Επιπλέον, προτείνει ότι οι ανωτέρω συμπεριφορές-κινδύνου για την υγεία συνιστούν καθοριστικούς παράγοντες της αυτοαναφοράς ΠΥΥ σε όλη την διάρκεια της εφηβικής περιόδου.

### 10.5.2 Περιορισμοί και δυνατά σημεία

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη μελέτη στην Ελλάδα που αποτυπώνει τις σχέσεις ανάμεσα στα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, την καπνιστική συμπεριφορά και την περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (binge drinking). Βασισμένη σε ένα τυχαίο δείγμα εφήβων μαθητών από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα γυμνασίων και λυκείων σε όλη τη χώρα, η μελέτη κατέληξε στο ότι το κάπνισμα και η περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνιστούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες για την αυτοαναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ, προσδίδοντας, έτσι, στις συμπεριφορές αυτές έναν δυνητικά καθοριστικό ρόλο στο πλαίσιο της εφηβικής ψυχοσωματικής υγείας. Μολαταύτα, εφοσον η μελέτη ήταν συγχρονική, δεν κατέστη δυνατή η εκτίμηση μίας πιθανής αιτιολογικής μεταξύ τους σχέσης. Επομένως, η μελέτη υπογραμμίζει την ισχυρή, ανεξάρτητη και αμφίδρομη σχέση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ με το κάπνισμα και την περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Επίσης, όπως συχνά παρατηρείται σε έρευνες σχολικών πληθυσμών, έτσι και στην παρούσα μελέτη υπήρξε μία τάση για μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης από τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια και από τους νεαρότερους συγκριτικά με τους μεγαλύτερους εφήβους. Θα πρέπει, όμως, να τονιστεί ότι η μεθοδολογία του Ευρωπαϊκού προγράμματος KIDSCREEN, εντός του οποίου διεξήχθη η συγκεκριμένη μελέτη, πέτυχε επαρκή βαθμό αντιπροσωπευτικότητας για να παράσχει τιμές αναφοράς του πληθυσμού, όπως έχει ήδη επεξηγηθεί αναλυτικά στην εργασία των Berra και συνεργατών (590). Στους περιορισμούς της μελέτης πρέπει να συμπεριληφθεί η εξέταση της καπνιστικής συμπεριφοράς και της περιστασιακά υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ με τη μορφή μεταβλητών δύο κατηγοριών (καπνιστές ≠ μη καπνιστές, καμμία φορά περιστασιακής υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ≠ μία ή περισσότερες φορές περιστασιακής υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ). Η παρέμβαση αυτή κρίθηκε απαραίτητη αφενός γιατί η πλειοψηφία των μαθητών δήλωναν ότι απείχαν από τις δύο αυτές συμπεριφορές κινδύνου κι αφετέρου γιατί ο μικρός αριθμός των μαθητών που ανέφερε ότι κάπνιζε ή ότι περιστασιακά κατανάλωνε υπερβολική ποσότητα αλκοόλ διαμοιραζόταν στις επί μέρους κατηγορίες των σχετικών ερωτήσεων, μειώνοντας, έτσι, την στατιστική δύναμη της επεξεργασίας τους. Η σύμπτυξη των απαντήσεων στις δύο ευρείες προαναφερθείσες κατηγορίες επέφερε την απώλεια του παράγοντα της συχνότητας τόσο της καπνιστικής συμπεριφοράς όσο και της περιστασιακής υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, που έχει αποτελέσει το επίκεντρο



προηγούμενων ερευνητικών εργασιών. Επιπλέον, άλλοι παράγοντες που έχουν συνδεθεί τόσο με την αυτοαναφορά ΠΥΥ, όσο και με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ –όπως η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς και τους φίλους, η έκθεση σε δυσμενή γεγονότα ζωής και η σχολική προσαρμογή– δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη. Τέλος, δεν διερευνήθηκε ο ρόλος του φύλου και της ηλικίας στην ανωτέρω συσχέτιση, ζήτημα που καλείται να εξεταστεί ενδελεχώς σε μελλοντικές μελέτες.

## **10.6 ΠΥΥ και Σχέσεις με Οικογενειακούς Παράγοντες**

### **10.6.1 Οικογενειακή δομή**

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η δομή της οικογένειας, όπως εκτιμήθηκε από την οικογενειακή κατάσταση του γονέα, φάνηκε να μην αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τα ΠΥΥ των εφήβων, αφού δεν παρουσιάστηκε σημαντική συσχέτιση κατά τη μονομεταβλητή και την πολυμεταβλητή ανάλυση. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η Βακουλα με τους συνεργάτες της στη μελέτη τους για τα επαναλαμβανόμενα συμπτώματα (ιατρικώς μη ερμηνευόμενου) πόνου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών ηλικίας 7 ετών στην Ελλάδα (134). Παρόλο που το εύρημα αυτό συμφωνεί με ευρήματα άλλων ερευνητών (82), υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν το αντίθετο (45, 440, 442, 588). Η Ostberg και οι συνεργάτες της, από την άλλη πλευρά, παρόλο που βρήκαν αυξημένες πιθανότητες αναφοράς ΠΥΥ από εφήβους μονογονεϊκών οικογενειών, τόνισαν ότι το εύρημά τους δεν αποτελεί ένδειξη επικινδυνότητας της μονογονεϊκότητας ως προς την ψυχοσωματική υγεία των παιδιών (126). Στο ίδιο πλαίσιο, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων αποτελεί πιο καθοριστικό παράγοντα για την ψυχοσωματική υγεία κι ευεξία παιδιών-εφήβων από ότι η δομή της οικογένειας (422, 449), ενώ έχει επίσης υποστηριχθεί ότι τα σφαιρικά χαρακτηριστικά της οικογένειας –πχ. οικογενειακή δομή, οικογενειακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, κ.ά– εμφανίζουν ασθενέστερη σχέση με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των εφήβων σε σχέση με τους δείκτες που περιγράφουν διαπροσωπικές διεργασίες, πχ. σχέση γονέα-παιδιού (641).

Αντιθέτως, η σύγχρονη σχετική βιβλιογραφία προτείνει ότι η σύνδεση οικογενειακής δομής και αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ στην εφηβεία δεν είναι ούτε απλή ούτε γραμμική. Η οικογενειακή δομή

θεωρείται μία ένδειξη των υποκείμενων διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα μέσα στην οικογένεια, οι οποίες ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην εφηβική υγεία από ότι η οικογενειακή δομή per se (126, 439, 450, 452, 485, 642, 643). Για παράδειγμα, το διαζύγιο συνήθως δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός αλλά μία μακρόχρονη και πολυεπίπεδη διεργασία που αλλάζει ριζικά τις οικογενειακές σχέσεις. Διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα πριν (π.χ. δυσαρμονικό κλίμα μέσα στο σπίτι) και μετά (π.χ. αλλαγή κατοικίας, οικονομικές δυσχέρειες) το διαζύγιο, ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση σε όλες τις διαστάσεις της υγείας των εφήβων, συμπεριλαμβανομένων των ΠΥΥ (643). Παρομοίως, η μονογονεϊκότητα/ανατροφή του παιδιού από έναν μόνο γονέα συνήθως συνεπάγεται αυξημένες οικονομικές υποχρεώσεις και μειωμένος διαθέσιμος χρόνος γονέα-παιδιού, γεγονότα που δυσχεραίνουν την ποιότητα των σχέσεων γονέα-παιδιού, με πιθανή δυσμενή αποτελέσματα στην ψυχοσωματική υγεία του τελευταίου (445, 452). Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η σχέση της οικογενειακής δομής στην εφηβική ψυχοσωματική υγεία δεν είναι δυνατό να αποκοπεί από έναν αστερισμό συνοδών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, της οικογενειακής συνοχής και των σχέσεων γονέων-εφήβου (445, 451, 452).

### **10.6.2 Ενδοοικογενειακές σχέσεις και διεργασίες**

Η οικογενειακή συνοχή στην παρούσα μελέτη προσεγγίστηκε ως η ικανότητα των μελών του οικογενειακού συστήματος να τα πηγαίνουν καλά, παρά τις ενδεχόμενες μεταξύ τους διαφωνίες. Σε αντίθεση με την υπόθεση της μελέτης, η οικογενειακή συνοχή, όπως αυτή αξιολογήθηκε από τον γονέα, δεν αποτέλεσε προγνωστικό παράγοντα για την αναφορά ΠΥΥ από τους εφήβους. Παρόλο που η μονομεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι οι γονείς των εφήβων με υψηλότερα σκορ στη βαθμολογία των ΠΥΥ δήλωναν χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής συνοχής, η συσχέτιση αυτή εξασθένησε κατά την πολυμεταβλητή ανάλυση, με αποτέλεσμα η οικογενειακή συνοχή να μην αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα για τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των εφήβων. Σημαντικός αριθμός μελετών υποστηρίζει ότι οι έφηβοι με περισσότερες ψυχοσωματικές ενοχλήσεις και παράπονα χρόνιου (ιατρικώς μη ερμηνευόμενου) πόνου τείνουν να προέρχονται από οικογένειες με συχνούς καβγάδες και χαμηλά επίπεδα οικογενειακής συνοχής (74, 438, 441, 483-486). Από την άλλη πλευρά, η εμφάνιση ΠΥΥ έχει συνδεθεί και με την αύξηση της συνοχής και τη βελτίωση των σχέσεων σε οικογένειες με πρότερο

συγκρουσιακό κλίμα. Οι ειδικοί των οικογενειακών συστημάτων και της θεωρίας του δεσμού θεωρούν ότι στις περιπτώσεις αυτές τα συμπτώματα των παιδιών/εφήβων φέρουν ένα υφέρπον νόημα κι αποτελούν προσπάθειες βελτίωσης της οικογενειακής ατμόσφαιρας και συνένωσης των γονέων (197) και απόπειρες διατήρησης του στενού εξαρτητικού συναισθηματικού δεσμού με τους γονείς (48).

Ωστόσο, σύμφωνα με τους Froeijd και συνεργάτες (641), τα σφαιρικά χαρακτηριστικά της οικογένειας –πχ. οικογενειακή δομή, οικογενειακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, συνοχή, κ.ά– εμφανίζουν ασθενέστερη σχέση με τους δείκτες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των εφήβων σε σχέση με τους δείκτες που περιγράφουν πιο στενές διαπροσωπικές διεργασίες της οικογενειακής ζωής, πχ. σχέση γονέα-παιδιού. Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα των σχέσεων γονέα-παιδιού, που στη συγκεκριμένη μελέτη αξιολογήθηκε από τον γονέα, εμφάνισε την πιο ισχυρή συσχέτιση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των εφήβων –σε σχέση με τους υπόλοιπους συνεξεταζόμενους παράγοντες–, αναδεικνύοντας τις σχέσεις γονέα-εφήβου ως τον πλέον καθοριστικό παράγοντα για την αναφορά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων από τους εφήβους. Η ποιότητα της σχέσης αντανάκλασε την αντίληψη του γονέα για τον ρόλο του, αναφορικά τόσο με τη συναισθηματική (πχ. στοργή) όσο και με τη συμπεριφορική διάσταση (πχ. εκδήλωση ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες του παιδιού) του δεσμού με το παιδί. Το συμπέρασμα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με ευρύ αριθμό μελετών που υποστηρίζουν ότι η σχέση γονέα-εφήβου που χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον και φροντίδα (48, 66, 95), ασφαλή κι ελεύθερη επικοινωνία (81, 454, 463) και υποστήριξη (458) συνδέεται με τη μείωση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ (93, 441, 460, 465, 588) και επαναλαμβανόμενων συμπτωμάτων χρόνιου, μη ιατρικώς ερμηνευόμενου πόνου (438). Η μελέτη των Brolin Laftman και συνεργατών (422) τόνισε ότι οι κακής ποιότητας σχέσεις με τους γονείς (με βάση την αξιολόγηση από τα ίδια τα παιδιά) έχουν πιο ισχυρή και σημαντική επίδραση στα ψυχοσωματικά συμπτώματα των εφήβων (με τη μορφή των ΠΥΥ) συγκριτικά με την επίδραση των καλών ποιοτικά σχέσεων. Ωστόσο, πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί η σημασία της «χρυσής τομής» των ενδοοικογενειακών σχέσεων ως προς την ψυχοσωματική υγεία του εφήβου. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι υπερπροστατευτικές και συναισθηματικά υπερεμπλεκόμενες σχέσεις γονέα-παιδιού, όσο και η γονεϊκή παραμέληση των συναισθηματικών αναγκών του παιδιού συνδέονται με την εμφάνιση κι αύξηση των αναφερόμενων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων των παιδιών κι εφήβων (435, 438, 490).

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε και η επίδραση της ανησυχίας του γονέα σχετικά με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ του εφήβου. Πράγματι, η ανησυχία των γονέων για τη σωματική, συναισθηματική και πνευματική ευεξία του παιδιού εμφάνισε ασθενή αλλά σημαντική συσχέτιση με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των εφήβων, καθιστώντας τη γονεϊκή ανησυχία για τα συμπτώματα του παιδιού έναν από τους καθοριστικούς παράγοντες για την αναφορά ΠΥΥ από τους εφήβους. Πρότερες μελέτες έχουν συνδέσει τη γονεϊκή σχολαστικότητα και ανησυχία για τη σωματική υγεία του παιδιού με την αναφορά περισσότερων συμπτωμάτων (471, 644) και μειωμένης λειτουργικότητας λόγω πόνου /ενόχλησης από τον έφηβο (474). Χαρακτηριστικά ήταν τα ευρήματα των Walker και συνεργατών (478), οι οποίοι απέδειξαν ότι οι έφηβοι με συμπτώματα χρόνιου κοιλιακού άλγους αύξαιναν ή μείωναν τα παράπονά τους για τον πόνο ανάλογα με την αντίδραση του γονιού: όταν ο γονιός έδινε προσοχή στα συμπτώματα, ο έφηβος παραπονιόταν περισσότερο, ενώ όταν ο γονιός αποσπούσε την προσοχή του παιδιού, τα παράπονα μειώνονταν. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές είναι αρνητική, δηλαδή ότι οι συχνότερες αναφορές ενοχλήσεων από τους εφήβους συνδέονται με μικρότερη ανατροφοδότηση από την πλευρά των γονέων (259) ή ακόμη και απουσία (645), καθώς θεωρούν ότι οι ερμηνείες και οι αντιδράσεις των γονέων αναφορικά με τα συμπτώματα των παιδιών τους μεταβάλλονται με την πάροδο της ηλικίας των τελευταίων (645).

Δεδομένης της περιορισμένης διερεύνησης της συγκεκριμένης σχέσης σε πληθυσμό κοινότητας (645), το αποτέλεσμα της παρούσης μελέτης αφενός συμβάλλει στην υπάρχουσα σχετική ερευνητική δραστηριότητα κι αφετέρου χρήζει επαλήθευσης σε παρόμοιους κοινοτικούς πληθυσμούς. Ο ασθενής βαθμός συσχέτισης της γονεϊκής ανησυχίας με τα ΠΥΥ των εφήβων θα μπορούσε να βασιστεί στην υπόθεση ότι άλλοι παράγοντες –όπως η αίσθηση αυταξίας του παιδιού, η αρνητική συναισθηματικότητα, η ακαδημαϊκή ικανότητα, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν παιδιά και γονείς για τη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων και οι καταστροφικές γνώσεις για τον πόνο (rain catastrophizing)–, που εμπλέκονται και ερμηνεύουν την περίπλοκη αυτή σχέση, δεν λήφθηκαν υπόψη (475, 646, 647).

### 10.6.3 Υγεία των γονέων

Τα συμπεράσματα της μελέτης αναφορικά με τη σχέση της σωματικής υγείας των γονέων και την αναφορά ΠΥΥ των εφήβων αντανakλούν την ανομοιογενή εικόνα που υφίσταται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντίθετα με την αρχική υπόθεση, η υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση της σωματικής υγείας του συμμετέχοντος γονέα (μητέρες στην πλειοψηφία τους) δεν επέδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα ΠΥΥ των εφήβων, δείχνοντας ότι η υποκειμενική αντίληψη του γονέα για την σωματική του υγεία δεν συνιστά καθοριστικό παράγοντα για την αυτοαναφορά ΠΥΥ των παιδιών κατά την εφηβεία.

Στον αντίποδα βρίσκεται ένας σημαντικός αριθμός μελετών που υποστηρίζει την σύνδεση ανάμεσα στα σωματικά προβλήματα ή/και συμπτώματα πόνου στους γονείς και την αναφορά ΠΥΥ (94, 214, 434, 523, 528) και χαμηλών δεικτών (σωματικής και ψυχικής) υγείας των εφήβων (518, 648). Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση ανάμεσα στη χαμηλότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των γονέων, την αναφορά ψυχοσωματικών παραπόνων καθώς και την επιδεινωμένη σωματική και ψυχική υγεία των εφήβων παιδιών τους (523, 649). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το πόρισμα ότι η ιατρική σοβαρότητα της σωματικής πάθησης/ενόχλησης του γονέα δεν φαίνεται να επηρεάζει τη σχέση με την εμφάνιση ΠΥΥ των εφήβων, καθώς η συσχέτιση ισχύει για ένα μεγάλο εύρος σωματικών παθήσεων από σοβαρές ασθένειες μέχρι συμπτώματα χρόνιου πόνου αλλά και απλούστερα σωματικά παράπονα για την υγεία, όπως ο πονοκέφαλος (648). Αντίθετα, άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η συσχέτιση αυτή ισχύει μόνο για συγκεκριμένα συμπτώματα όπως ο στομαχόπονος, ο πόνος στην πλάτη (650) και ο πονοκέφαλος (76). Στη διαχρονική μελέτη των Hoctorf και συνεργατών φάνηκε ότι τα μη απειλητικά για τη ζωή προβλήματα υγείας και τα ιατρικώς μη ερμηνευόμενα παράπονα, και όχι η σοβαρή ασθένεια του γονέα κατά την παιδική ηλικία, συνδέονται με την εμφάνιση ανερμήνευτων ιατρικών συμπτωμάτων των παιδιών στην ενήλικη ζωή (217).

Το παρόν εύρημα, ωστόσο, συμφωνεί με έναν μικρότερο αριθμό μελετών που αντικρούει τη σύνδεση ανάμεσα στα συμπτώματα πόνου γονέων–παιδιών (259, 651-653), θεωρώντας ότι η σωματική κατάσταση του γονέα πρέπει να αγγίξει ένα σημαντικό επίπεδο δυσλειτουργίας για να επιδράσει στην ψυχοκοινωνική υγεία του παιδιού/εφήβου (434). Πράγματι, η υποκειμενική αντίληψη του γονέα για το επίπεδο αναπηρίας/εξασθένησης που προκαλεί η σωματική ενόχληση και για το βαθμό στρες που τη συνοδεύει αποτελούν δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που

μεσολαβούν στη σχέση της σωματικής υγείας του γονέα με την αυτοαναφορά ψυχοσωματικών συμπτωμάτων από τους εφήβους (522). Στο ίδιο πλαίσιο, έχει υποστηριχθεί ότι η ψυχική επιβάρυνση του γονέα λόγω των σωματικών του συμπτωμάτων δύναται να αποτελεί τον κύριο μηχανισμό που συνδέει γραμμικά τους δείκτες υγείας γονέων και παιδιών (523). Υπάρχουν, μάλιστα, μελέτες που δείχνουν ότι η ψυχική καταπόνηση του γονέα επιδρά περισσότερο στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού από ότι η σωματική (648, 654).

Η σχετική βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι, εκτός από τους παραπάνω, διάφοροι άλλοι παράγοντες που αφορούν τόσο στο άτομο όσο και στη σωματική ενόχληση διαμεσολαβούν στη συσχέτιση με τα ΠΥΥ των εφήβων. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν στο φύλο του γονέα, στο φύλο και την ηλικία του παιδιού/εφήβου (648), στις δυσλειτουργικές γονεϊκές πρακτικές και στα πρότυπα γονεϊκού ρόλου που ευοδώνουν την ενασχόληση με τα συμπτώματα (471) καθώς και στις στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων που υιοθετεί ο γονιός, το παιδί/έφηβος και ολόκληρη η οικογένεια (653). Επίσης, δεν θα πρέπει να λησμονείται και η επίδραση δευτερογενών παραγόντων που συνδέονται με τα προβλήματα στην γονεϊκή υγεία, όπως οι μεταβολές στην οικονομική/επαγγελματική κατάσταση του γονέα, οι αλλαγές στην καθημερινή λειτουργία της οικογένειας, η ποιότητα της σχέσης με τον υγιή γονέα κ.ά. (445, 654).

Σε αντίθεση με τη γονεϊκή σωματική υγεία, η υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση της ψυχικής υγείας του γονέα βρέθηκε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με έναν σημαντικό αριθμό ερευνών που προτείνει την ύπαρξη σημαντικής κι ανεξάρτητης σχέσης ανάμεσα στην επιδείνωση της γονεϊκής ψυχικής κατάστασης και της ψυχοσωματικής υγείας του παιδιού (112, 318, 434, 435, 523). Επιπλέον, η μη ικανοποιητική ψυχική υγεία των γονέων, όπως εκτιμάται από τους ίδιους, επιδρά σε μία πληθώρα άλλων σημαντικών διαστάσεων της οικογενειακής ζωής που σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό σχετίζονται με την ψυχοσωματική υγεία των παιδιών κι εφήβων, ενισχύοντας έτσι την συμβολή της γονεϊκής ψυχικής υγείας στην αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων (112). Η ποιότητα της σχέσης και της επικοινωνίας γονέα-παιδιού (515, 516), η οικογενειακή συνοχή (486, 516), τα αρνητικά γεγονότα ζωής που, πολλές φορές, συνδέονται με την υγεία των γονέων (517), η ικανότητα του γονέα να ασκεί τον γονικό του ρόλο και η ποιότητα αυτού (515) καθώς και η ποιότητα της συζυγικής σχέσης (461) συνιστούν τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν αλλά και επηρεάζονται από την ψυχική

υγεία του γονέα και αποτελούν σημαντικές παραμέτρους της αυτοαναφοράς ΠΥΥ των εφήβων. Επομένως, η συμβολή της υποκειμενικά αντιληπτής κατάστασης της ψυχικής υγείας του γονέα αποκτά βαρύνουσα σημασία για την ψυχοσωματική υγεία των εφήβων τόσο ως μεμονωμένος παράγοντας όσο και στο πλαίσιο ενός ευρύτερου αστερισμού οικογενειακών παραγόντων.

#### **10.6.4 Περιορισμοί και δυνατά σημεία**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των οικογενειακών παραγόντων που συνδεόνται με την αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων μαθητών στη χώρα μας. Οι παράγοντες που αναδείχθηκαν καθοριστικής σημασίας για την εφηβική ψυχοσωματική υγεία ήταν η υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση της ψυχικής υγείας του γονέα, η ανήσυχη αντίδραση του γονέα στα ΠΥΥ των εφήβων και η ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού (βάση αναφορών των γονέων), καθώς και το φύλο και η ηλικία του εφήβου. Το τελικό μοντέλο παλινδρόμησης που δομήθηκε με τους προαναφερόμενους παράγοντες εξήγησε το 10% της διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ των εφήβων, σε συμφωνία με σχετική προηγούμενη μελέτη στη χώρα μας που έδειξε ότι οι οικογενειακοί και σχολικοί παράγοντες συνδυαστικά ερμήνευσαν το 15% της διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ των εφήβων (460).

Άλλες πτυχές της οικογενειακής ζωής που δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα KIDSCREEN όπως η ποιότητα του γονεϊκού ρόλου και ο προσανατολισμός των γονέων στα επιτεύγματα (ακαδημαϊκά και μη) του παιδιού, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πιο ενδελεχή κατανόηση της αυτοαναφοράς ΠΥΥ κατά την εφηβεία (435, 438). Οι περιορισμοί της μελέτης, ωστόσο, δεν εξαντλούνται σε αυτό το σημείο. Η συγχρονική της φύση υποδεικνύει ότι θα πρέπει να αποφεύγονται οι αιτιολογικές ερμηνείες καθώς δεν κατέστη δυνατή η εκτίμηση αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στους οικογενειακούς παράγοντες που αναδείχθηκαν ως σημαντικοί και την αυτοαναφορά ΠΥΥ. Επίσης, υπήρξε μία τάση για μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης από τα κορίτσια, σε σχέση με τα αγόρια, κι από τους νεαρότερους σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους. Αν και η τάση αυτή συχνά παρατηρείται σε έρευνες σχολικών πληθυσμών, συστήνεται προσοχή καθώς οι σχολικές έρευνες δεν συνεπάγονται την στρατολόγηση αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του πληθυσμού, τουλάχιστον ως προς το φύλο και την ηλικία. Ωστόσο, στο πλαίσιο της έρευνας KIDSCREEN, εφαρμόστηκαν εκτενείς στατιστικές διεργασίες προκειμένου να εκτιμηθεί η αντιπροσωπευτικότητα

των εθνικών δειγμάτων, κατορθώνοντας να επιτύχουν επαρκή βαθμό αντιπροσωπευτικότητας για να παράσχει τιμές αναφοράς του πληθυσμού (590).

Επιπλέον περιορισμός ως προς το δείγμα της μελέτης αποτελεί και η μικρή συμμετοχή των μη παντρεμένων γονέων, είτε με τη μορφή της μονογονεϊκής οικογένειας είτε με τη μορφή του διαζυγίου ή χωρισμού ή χειρίας. Το χαρακτηριστικό αυτό σε συνδυασμό με τη μη εξέταση της μεταβλητής της συζυγικής σύγκρουσης πιθανόν να έχει επηρεάσει το εύρημα της μελέτης αναφορικά με τη σχέση της οικογενειακής δομής και των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ, το οποίο θα πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή. Επί προσθέτως, υπήρξε ιδιαίτερα μικρή η συμμετοχή των πατέρων στο δείγμα των γονέων. Η ελεύθερη επιλογή κι εθελοντική συμμετοχή ενός γονέα για κάθε παιδί σε συνδυασμό με την περιορισμένη συμμετοχή των πατέρων κατέστησε μη εφικτή τόσο τη σύγκριση των απαντήσεων και των δύο γονέων ανά έφηβο όσο και την εξέταση της πιθανής επίδρασης του φύλου του γονέα στην αυτοαναφορά ΠΥΥ των εφήβων. Ο περιορισμός αυτός έχει δυνητικά σημαντικές προεκτάσεις ιδίως στη διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στα ΠΥΥ και την γονεϊκή υγεία και τη σχέση γονέα–παιδιού όπου έχουν διατυπωθεί διαφορετικά ευρήματα ανάλογα με το φύλο γονέα–παιδιού (434). Οι μελέτες στο εγγύς μέλλον χρειάζεται να επικεντρωθούν σε αυτές τις διαφυλικές διαφορές.

Σημαντικός περιορισμός υπήρξε επίσης ότι η παρούσα μελέτη δεν περιέλαβε την άποψη των εφήβων για την οικογενειακή συνοχή και τις σχέσεις τους με τους γονείς τους. Προηγούμενες έρευνες συνιστούν την εμπλοκή και των δύο πηγών πληροφόρησης, καθώς έχουν βρει ότι ο βαθμός ασυμφωνίας των εκτιμήσεων γονέων και παιδιών –κι όχι οι αυτούσιες αξιολογήσεις *per se*– αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εκτίμηση της δυσλειτουργίας του παιδιού (438). Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός αφορά στην αξιολόγηση σύνθετων φαινομένων, όπως η οικογενειακή συνοχή, με γενικής φύσης, συντομευμένα εργαλεία που βασίζονται σε ένα μόνο πληροφοριοδότη. Τα δυνατά σημεία της μελέτης ήταν το μεγάλο, εθνικό δείγμα από γενικό πληθυσμό εφήβων και των γονέων τους. Η χρήση περιεκτικών μετρήσεων της ψυχοσωματικής υγείας των εφήβων και της λειτουργικής υγείας και ευεξίας των γονέων κατέστησαν εφικτή την ανάλυση της υγείας γονέων και παιδιών από μια πιο σύγχρονη οπτική της υγείας, που δεν περιορίζεται στην τυπική απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.



## 10.7 ΠΥΥ και Σχέσεις με Κοινωνικούς Παράγοντες

### 10.7.1 Οικογενειακό περιβάλλον

Το οικογενειακό περιβάλλον, ως ο βασικός κοινωνικός πυρήνας στη ζωή του παιδιού, αποδείχθηκε ότι διατηρεί τη σημαντικότητά του και κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η υποκειμενική εκτίμηση του εφήβου για την ευεξία και τη λειτουργικότητά του εντός της οικογένειας αποτύπωσε την αντίληψη του εφήβου για τις σχέσεις του με τους γονείς του καθώς και για την ευρύτερη ατμόσφαιρα στο σπίτι. Αναδείχθηκε ως ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας για την αυτοαναφορά ΠΥΥ, καθώς εμφάνισε τον υψηλότερο συντελεστή παλινδρόμησης κατά την ιεραρχικού τύπου πολυμεταβλητή παλινδρόμηση σε σχέση με το σχολικό και φιλικό περιβάλλον του εφήβου. Το παρόν εύρημα συνάδει με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που υπογραμμίζουν την καίρια συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ψυχοσωματική υγεία του εφήβου (454, {Eriksson, 2012 #199, 589). Παρόλο που αναπόσπαστη πτυχή της εφηβικής περιόδου αποτελεί η σταδιακή αναζήτηση της αυτονομίας και ανεξαρτησίας από τους γονείς, οι καλές κι υποστηρικτικές σχέσεις με αυτούς και η αρμονική και ασφαλής ατμόσφαιρα στο σπίτι έχουν εξέχουσα σημασία για την ψυχοσωματική ανάπτυξη και προσαρμογή του παιδιού (112, 588).

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι οι ακραίες μορφές της γονεϊκής υποστήριξης, που αντανακλώνται είτε σε έναν συναισθηματικά αποστερημένο και παραμελητικό είτε σε έναν αγχώδη, υπερπροστατευτικό και συναισθηματικά υπερεμπλεκόμενο γονέα, έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση, αύξηση και διατήρηση των ΠΥΥ και διαφόρων μορφών ιατρικών μη ερμηνευόμενων συμπτωμάτων πόνου κατά την παιδική κι εφηβική ηλικία (53, 66, 72). Παρόμοια ευρήματα έχουν καταγραφεί και για τις οικογένειες που χαρακτηρίζονται από μία κουλτούρα αυστηρής πειθαρχίας, υψηλών απαιτήσεων και προσδοκιών (53, 588). Αντιθέτως, ένα ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον, όπου το παιδί νιώθει ότι το σέβονται, το υποστηρίζουν και το φροντίζουν, έχει συνδεθεί με θετικούς δείκτες υγείας· παράλληλα, έχει υποστηριχθεί ότι λειτουργεί προστατευτικά ενόψει δυσμενών γεγονότων ζωής και ότι ενισχύει την κοινωνική επάρκεια του παιδιού (93, 530). Το εύρημα από την παρούσα μελέτη θα μπορούσε να αξιοποιηθεί στο πλαίσιο σχεδιασμού παρεμβάσεων προαγωγής υγείας στην κοινότητα και σε υπηρεσίες υγείας προκειμένου να εμπλουτιστούν με οικογενειακά εστιασμένες πρωτοβουλίες

που στοχεύουν στην εξομάλυνση των οικογενειακών δυναμικών και τη βελτίωση των σχέσεων γονέων-παιδιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

### **10.7.2 Σχολικό περιβάλλον**

Στο σχολικό περιβάλλον οι έφηβοι καλούνται να ανταπεξέλθουν σε συνεχώς αυξανόμενες ακαδημαϊκές απαιτήσεις, να συμμορφωθούν με συγκεκριμένους κανόνες, να λειτουργήσουν μεμονωμένα αλλά και ομαδικά, να δημιουργήσουν σχέσεις με συνομηλίκους, με μεγαλύτερους και μικρότερους εφήβους και με μορφές εξουσίας όπως οι εκπαιδευτικοί και να συμμετέχουν σε σχολικές δραστηριότητες. Ανάλογα με την ποιότητα των εμπειριών αυτών, το σχολείο μπορεί να αποτελέσει πηγή αποθεμάτων (πχ. υποστήριξη από συμμαθητές και εκπαιδευτικούς, επίτευξη στόχων) ή στρες (πχ. ανησυχία για σχολικές επιδόσεις, σχολικός εκφοβισμός) για τη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία των εφήβων (62). Η υποκειμενική εμπειρία του παιδιού μέσα στο σχολικό του περιβάλλον τόσο σε γνωστικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο αποκτά βαρύνουσα σημασία ιδιαίτερα κατά τα εφηβικά χρόνια, όπου συνήθως αυξάνεται τόσο ο χρόνος παραμονής στο σχολείο όσο και τα ακαδημαϊκά καθήκοντα.

Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του μέσα στο σχολικό περιβάλλον που εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη περιελάμβανε την ικανοποίηση του εφήβου από τις γνωστικές του ικανότητες, την ικανότητα συγκέντρωσης και τις επιδόσεις του, καθώς και την οπτική του αναφορικά με το ευρύτερο κλίμα του σχολείου και τις σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς. Η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του μέσα στο σχολικό περιβάλλον φάνηκε να έχει μία μέτρια αλλά σημαντική και ανεξάρτητη συμβολή στη διακύμανση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ από τους εφήβους. Το μικρό σχετικά μέγεθος της συμβολής αυτής επιβεβαιώνεται από προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα (280, 552, 556) καθώς και από τη μελέτη του Καραδήμα και συνεργατών σε δείγμα εφήβων στην Ελλάδα (460), οι οποίοι έδειξαν ότι παράγοντες του οικογενειακού και σχολικού πλαισίου που εξετάστηκαν συνδυαστικά ερμήνευσαν περίπου το 15% της συνολικής διακύμανσης των αναφερόμενων ΠΥΥ.

Αν και η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του μέσα στο σχολικό περιβάλλον αφορούσε στην οπτική του εφήβου ως προς έναν αστερισμό παραγόντων της

σχολικής ζωής, αποφεύχθηκε η επικάλυψη με τη διάσταση των σχέσεων με τους συνομηλίκους, η οποία εξετάστηκε ξεχωριστά. Το παρόν εύρημα συνάδει με πλήθος σχετικών ερευνητικών αποτελεσμάτων από τη διεθνή βιβλιογραφία που υποστηρίζουν ότι η αυτοαναφορά ΠΥΥ κατά την εφηβεία συνδέεται με την ανησυχία και την έλλειψη ικανοποίησης για τις σχολικές επιδόσεις (60, 552, 554), των υπερβολικά μεγάλο ή υπερβολικά μικρό όγκο των σχολικών απαιτήσεων (60, 292, 344, 543, 545-549, 551, 552), την έλλειψη ικανοποίησης με το ευρύτερο κλίμα εντός σχολείου (128, 130, 551), καθώς και με την κακής ποιότητας σχέση με τους εκπαιδευτικούς (130, 539, 547, 551, 564).

Πιο συγκεκριμένα, τα σχολικά καθήκοντα κι απαιτήσεις (πχ. εργασίες, μελέτη, διαγωνίσματα) αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της σχολικής ζωής με σκοπό να καλλιεργήσουν την πειθαρχία, υπευθυνότητα και φιλομάθεια των μαθητών και να διεγείρουν και να ενισχύσουν τις γνωστικές τους δεξιότητες. Όταν οι απαιτήσεις αυτές είναι εξελικτικά κατάλληλες και παρέχονται με μέτρο μπορούν να επιτύχουν τον στόχο τους και να λειτουργήσουν ενισχυτικά για τους μαθητές. Όταν οι υψηλές απαιτήσεις πλεονάζουν, συνοδεύονται από χαμηλό περιθώριο ελέγχου και ξεπερνούν τις δεξιότητες διαχείρισης του εφήβου, μετατρέπονται σε πηγή στρες για τους μαθητές, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με έναν μεγάλο όγκο απαιτήσεων τον οποίο αδυνατούν να ρυθμίσουν ως προς την ροή ανάθεσης, την προτεραιότητα, τον βαθμό δυσκολίας, κ.ά. Στην περίπτωση που το στρες αυτό βιώνεται συστηματικά, προκαλείται ψυχοφυσιολογική διέγερση που δύναται να οδηγήσει σε ΠΥΥ (565).

Παράλληλα, η ανησυχία των μαθητών για τις σχολικές τους επιδόσεις συνδράμει στην διατήρηση και όξυνση της διέγερσης αυτής και εν δυνάμει των ΠΥΥ. Η χαμηλή σχολική επίδοση μπορεί να αποτελέσει πηγή έντασης στις σχέσεις εκπαιδευτικού–μαθητή αλλά και γονέα–παιδιού, ιδιαίτερα στις οικογένειες που χαρακτηρίζονται από μία κουλτούρα υψηλών απαιτήσεων και προσδοκιών (“high-achieving families”) (72). Επιπλέον, η κακή σχολική βαθμολογία δύναται να έχει αρνητική επιρροή στην αυτοεκτίμηση και στην ψυχική υγεία του εφήβου, ιδίως όταν προέρχεται από οικογένεια που επενδύει στο μορφωτικό επίπεδο των μελών της (72). Ωστόσο, αυτό δεν συνεπάγεται ότι οι καλές σχολικές επιδόσεις είναι συνώνυμο της καλής ψυχοσωματικής υγείας. Αντιθέτως, ερευνητικά δεδομένα κάνουν λόγο για υψηλότερη εμφάνιση ΠΥΥ σε μαθητές με καλή σχολική βαθμολογία (552), ενώ, παράλληλα αναφέρεται ότι η ανωτέρω σχέση εξασθενεί όταν ληφθούν υπόψη επιμέρους οικογενειακοί παράγοντες (550). Επιπλέον, η επικράτηση ενός κλίματος υψηλών

απαιτήσεων μέσα στη σχολική τάξη έχει βρεθεί να αυξάνει τις πιθανότητες για την εκδήλωση ΠΥΥ, ανεξάρτητα από την υποκειμενική αντίληψη των μαθητών για τις απαιτήσεις αυτές (545).

Επί προσθέτως, το σχολικό περιβάλλον που γίνεται αντιληπτό ως ένα πλαίσιο θετικό, ασφαλές και υποστηρικτικό, που προάγει την αίσθηση του ανήκειν και την προσαρμογή, μπορεί να ενισχύσει τις κοινωνικές δεξιότητες και την αίσθηση συνεκτικότητας του εφήβου (543). Έτσι, βελτιώνεται η ικανοποίηση του εφήβου από τη σχολική ζωή –τουλάχιστον εν μέρει– και ενδυναμώνεται η συναισθηματική του σύνδεση με το σχολείο. Με τον τρόπο αυτό αυξάνονται οι πιθανότητες για μείωση των στρεσογόνων εμπειριών και συναισθημάτων μέσα στο σχολικό περιβάλλον που, με τη σειρά τους δύναται να επιφέρουν τη μείωση των ΠΥΥ και των καταθλιπτικού τύπου συμπτωμάτων, καθώς και καλύτερους δείκτες υποκειμενικής υγείας (543).

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο για την ποιότητα των βιωμάτων στο σχολικό περιβάλλον διαδραματίζει η σχέση του εφήβου με τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι αποτελούν πρόσωπα αναφοράς στην καθημερινότητα του μαθητή με θετικό ή αρνητικό πρόσημο. Οι έφηβοι τείνουν να δίνουν έμφαση στην αντιμετώπιση που τυγχάνουν από τους εκπαιδευτικούς και κυρίως στον σεβασμό στην προσωπικότητά τους και στο ανθρώπινο ενδιαφέρον που εισπράτουν από αυτούς. Οι εκπαιδευτικοί έχουν καίρια συμβολή στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας, ανοχής κι αποδοχής για όλους τους μαθητές εντός κι εκτός σχολικού τμήματος. Συγχρόνως, η υποστηρικτική σχέση με τους εκπαιδευτικούς πιθανόν να λειτουργεί προστατευτικά ως προς την εμφάνιση ΠΥΥ μέσω της ενίσχυσης του παιδιού στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των σχολικών απαιτήσεων (543). Στη μελέτη των Modin και Östberg (561) η δυνατότητα των μαθητών να ζητούν άμεσα βοήθεια για τις εργασίες τους από τους εκπαιδευτικούς ήταν ένας από τους δύο σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχοσωματική υγεία των παιδιών. Ο συνδυασμός απουσίας στήριξης από τους εκπαιδευτικούς και υψηλών ακαδημαϊκών επιδόσεων αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο μίας ανταγωνιστικής κουλτούρας μέσα στο σχολικό περιβάλλον, που απαιτεί από τους μαθητές να ανταπεξέρχονται μόνοι τους στις σχολικές πιέσεις (552).

Αν και η σχέση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ με πληθώρα σχολικών παραγόντων επιβεβαιώνεται και τεκμηριώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, δεν θα πρέπει να αγνοηθεί ένα βασικό σημείο του παρόντος ευρήματος: η μέση βαθμολογία της υποκειμενικής αντίληψης των εφήβων μαθητών στη χώρα μας για την ευεξία και λειτουργικότητά τους μέσα στο σχολικό

περιβάλλον ήταν σχετικά μετριοπαθής, και μάλιστα στη χαμηλότερη θέση συγκριτικά με τις αντίστοιχες βαθμολογίες των μαθητών αναφορικά με τα άλλα δύο υπό εξέταση κοινωνικά πλαίσια. Το εύρημα αυτό πιθανά υποδεικνύει ότι οι έφηβοι στη χώρα μας καλούνται να συμμετέχουν σε ένα σχολικό περιβάλλον μέσα στο οποίο δεν αντλούν ικανοποίηση από το ευρύτερο κλίμα, τις σχέσεις με τους εκπαιδευτικούς και το δικό τους επίπεδο λειτουργικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω και τον κεντρικό ρόλο του σχολείου στη ζωή των εφήβων (539, 556), η σχέση των ΠΥΥ με την χαμηλή υποκειμενική αντίληψη των μαθητών για την ευεξία και λειτουργικότητά τους εντός σχολείου θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ανησυχητικό εύρημα καθώς προτείνει μία δυνητικά δυσμενή επίδραση του σχολικού περιβάλλοντος στην εφηβική ψυχοσωματική υγεία.

Τα παραπάνω συμπεράσματα θα μπορούσαν να αναθεωρήσουν τη σύγχρονη χάραξη εκπαιδευτικής πολιτικής, δίνοντας έμφαση στην αναγνώριση και βελτίωση των πτυχών εκείνων του εκπαιδευτικού συστήματος που λειτουργούν ως πηγές στρες για τους μαθητές. Τέτοιου είδους πρωτοβουλίες θα είχαν ιδιαίτερη αξία στο Ελληνικό εκπαιδευτικό μοντέλο που βασίζεται στην επίτευξη υψηλής σχολικής βαθμολογίας ήδη από τις πρώτες τάξεις του Γυμνασίου, καλλιεργώντας έτσι μία ανταγωνιστική κουλτούρα και μία τάση βαθμοθηρίας μεταξύ των μαθητών. Επιπλέον, οι συνθήκες της εκπαιδευτικής διεργασίας (αυξημένος αριθμός μαθητών ανά τάξη, μεγάλος όγκος υποχρεωτικής διδακτέας ύλης, κ.ά.) δυσχεραίνουν τη δυνατότητα των εκπαιδευτικών να ανταποκριθούν εξατομικευμένα στις ανάγκες των μαθητών. Η εφαρμογή παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας ενσωματωμένων στο σχολικό πρόγραμμα θα μπορούσε να ενισχύσει τα ψυχοκοινωνικά αποθέματα και δεξιότητες των μαθητών, να ενθαρρύνει την ανάπτυξη ουσιαστικότερων σχέσεων μεταξύ μαθητών και εκπαιδευτικών και να βελτιώσει το ευρύτερο κλίμα εντός σχολείου, προσδίδοντας, έτσι, σε αυτό έναν κοινωνικο-συναισθηματικό προσανατολισμό που θα συμπλήρωνε την γνωστική του διάσταση.

### **10.7.3 Σχέσεις με συνομηλίκους και φίλους**

Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους έχουν υπογραμμιστεί για τη σημαντικότητά τους στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του εφήβου ως κύριες πηγές κοινωνικής συγκρισιμότητας και ταύτισης. Κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων, οι συνομήλικοι αποτελούν έναν καίριο και δυναμικό

παράγοντα κοινωνικοποίησης που διαμορφώνει το βασικό πλαίσιο στο οποίο εξερευνούν και διαμορφώνουν την αυτοεικόνα και ταυτότητά τους και δοκιμάζουν και αναπροσαρμόζουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες (455). Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του μέσα στον φιλικό του κύκλο, αποτυπώνοντας την ικανότητά του να δημιουργεί και να διατηρεί φιλικές σχέσεις, το κατά πόσο νιώθει σεβασμό και αποδοχή από την παρέα του καθώς κι αν νιώθει ότι μπορεί να στηριχθεί και να επικοινωνήσει με άνεση και ασφάλεια με τους φίλους του.

Η μέση βαθμολογία των εφήβων συμμετεχόντων ως προς την υποκειμενική τους αντίληψη για την ευεξία και λειτουργικότητά τους μεταξύ φίλων και συνομηλίκων ήταν η υψηλότερη σε σχέση με τις αντίστοιχες βαθμολογήσεις τους στα άλλα δύο εξεταζόμενα κοινωνικά πλαίσια. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι οι έφηβοι στην Ελλάδα φαίνεται να λειτουργούν ικανοποιητικά ως προς την επαφή τους με ομάδες ομηλίκων και φίλων. Εντούτοις, αξίζει να αναφερθεί ότι τα στοιχεία αυτά αντανakλούν δεδομένα του 2003, χρονιά κατά την οποία διενεργήθηκε η μελέτη, και, επομένως, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη με προσοχή λόγω ενδεχόμενων αλλαγών στην πορεία των χρόνων που μεσολάβησαν και των κρίσιμων μεταβολών στην ελληνική κοινωνία, ιδιαίτερα κατά την τελευταία πενταετία. Οι σχέσεις, ωστόσο, ανάμεσα στις υπό εξέταση μεταβλητές θεωρούνται ανθεκτικές σε αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου.

Η μελέτη έδειξε ότι η υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους μεταξύ φίλων και συνομηλίκων είχε μικρή αλλά στατιστικά σημαντική συμβολή στη διακύμανση των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ, ανεξάρτητα από τον ρόλο του οικογενειακού και σχολικού περιβάλλοντος. Η υπεραντιπροσώπηση νεαρών εφήβων (μικρότερων των 15 ετών) στο δείγμα της μελέτης θα μπορούσε να ευθύνεται για το μικρό μέγεθος της συμβολής, δεδομένου ότι οι φιλικές σχέσεις αποκτούν αυξανόμενη σημασία καθώς οι έφηβοι μεγαλώνουν (587). Σημαντικός αριθμός μελετών έχει υπογραμμίσει ότι οι σχέσεις ομηλίκων που βασίζονται στην αλληλοϋποστήριξη, την ανοιχτή επικοινωνία και το συναισθηματικό μοίρασμα συνδέονται με λιγότερες πιθανότητες εκδήλωσης ΠΥΥ/ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, σε αντίθεση με τις συγκρουσιακές και απορριπτικές σχέσεις που έχουν ευρέως συσχετιστεί με υψηλή αναφορά ΠΥΥ από τους εφήβους (87, 93, 95, 197, 276, 422, 454, 532-534).

Στο σημείο αυτό κρίνεται σημαντικό να τονιστεί ότι η έκφραση και το μοίρασμα των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και των εμπειριών ιατρικώς μη ερμηνευόμενου πόνου μπορεί να επηρεαστεί από την έλλειψη ανεκτικότητας κι ενσυναίσθησης των παρευρισκόντων συνομηλίκων ή φίλων. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Hatchette και συνεργατών (541) σε εφήβους αναδείχθηκε ότι η έκφραση υποκειμενικών συμπτωμάτων πόνου επέφερε αρνητική αντιμετώπιση από τους συνομήλικους, όταν τα συμπτώματα αυτά δεν οφείλονταν σε διεγνωσμένους ιατρικούς παράγοντες. Παρομοίως, η μελέτη των Strine και συνεργατών σε παιδιά με συχνούς πονοκεφάλους έδειξε ότι τα παιδιά αυτά είχαν 3.3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στις φιλίες τους, 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να θυματοποιηθούν μεταξύ συνομηλίκων και 1.3 φορές περισσότερες πιθανότητες να σχετιστούν καλύτερα με ενήλικες (323). Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα έχουν υποδείξει ότι είναι πιθανό η δυσκολία σύναψης και διατήρησης στενών φιλικών σχέσεων με συνομηλίκους να ασκεί αρνητική επίδραση στην ψυχοσωματική υγεία του εφήβου με αντίστοιχες προεκτάσεις και κατά την ενήλικη ζωή (535). Επομένως, οι πρωτοβουλίες προαγωγής κι ενδυνάμωσης των ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων των εφήβων και των μεταξύ τους δεσμών στο πλαίσιο του σχολείου ή/και της κοινότητας θα μπορούσε να λειτουργήσει προστατευτικά ως προς την ψυχοσωματική τους υγεία με δυνητικά μακροπρόθεσμα θετικά αποτελέσματα.

#### **10.7.4 Περιορισμοί και δυνατά σημεία**

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να εκτιμηθεί το κατά πόσο η υποκειμενική αντίληψη του εφήβου για την ευεξία και λειτουργικότητά του σε τρία διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια (οικογένεια, σχολείο και φιλικός κύκλος) συνέβαλε στην ερμηνεία της διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ. Στα δυνατά σημεία της μελέτης συγκαταλέγεται το μεγάλο, τυχαιοποιημένο δείγμα εφήβων μαθητών από όλη την Ελλάδα και η χρήση έγκυρων εργαλείων μέτρησης της υποκειμενικής ευεξίας και λειτουργικότητας. Επίσης, η μελέτη εμπλουτίζει την περιορισμένη βιβλιογραφία στο συγκεκριμένο ζήτημα καθώς, εκτός από την οικογένεια και το σχολείο, περιλαμβάνει κι εξετάζει την ομάδα των φίλων και συνομηλίκων ως ένα ξεχωριστό κοινωνικό πλαίσιο.

Η κύρια ερευνητική υπόθεση αφορούσε στο ότι κάθε κοινωνικό πλαίσιο θα είχε την δική του συμβολή στην αυτοαναφορά ΠΥΥ, ανεξάρτητα από τη συμβολή κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων

και τις αντίστοιχες συμβολές των υπόλοιπων κοινωνικών πλαισίων. Επιπλέον, διερευνήθηκε αν η συμβολή από κάθε πλαίσιο μπορούσε να λειτουργήσει και συγκεντρωτικά στην ερμηνεία της διακύμανσης της αυτοαναφοράς ΠΥΥ των εφήβων. Στη μελέτη εφαρμόστηκαν μοντέλα παλινδρόμησης ιεραρχικού τύπου προκειμένου αφενός να ελεγχθεί η επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων με ήδη θεμελιωμένη συσχέτιση με την αυτοαναφορά ΠΥΥ και αφετέρου να γίνει εφικτή η αναγνώριση του ποσοστού της διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ που αποδίδεται σε κάθε πλαίσιο ξεχωριστά. Η στατιστική ανάλυση επιβεβαίωσε τις ερευνητικές υποθέσεις και το τελικό στατιστικό μοντέλο που συμπεριέλαβε συγκεντρωτικά τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (το φύλο, την ηλικία και την υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων) και την υποκειμενική αντίληψη των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους στην οικογένεια, το σχολείο και τον φιλικό κύκλο ερμήνευσε περίπου το 24% της συνολικής διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ των εφήβων στη χώρα μας.

Εντούτοις, η μελέτη διέπεται από μία σειρά περιορισμών που χρήζουν αναφοράς. Καταρχήν, δεν κατέστη δυνατή η εκτίμηση της αιτιολογικής σχέσης ανάμεσα στα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ και τις υπό εξέταση μεταβλητές, καθώς η μελέτη ήταν συγχρονική. Επίσης, υπήρξε μία τάση για μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης από τα κορίτσια, σε σχέση με τα αγόρια, κι από τους νεαρότερους σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία εφήβους. Αν και η τάση αυτή συχνά παρατηρείται σε έρευνες σχολικών πληθυσμών, συστήνεται προσοχή καθώς οι σχολικές έρευνες δεν συνεπάγονται την στρατολόγηση αντιπροσωπευτικών δειγμάτων του πληθυσμού, τουλάχιστον ως προς το φύλο και την ηλικία. Ωστόσο, στο πλαίσιο της έρευνας KIDSCREEN, εφαρμόστηκαν εκτενείς στατιστικές διεργασίες προκειμένου να εκτιμηθεί η αντιπροσωπευτικότητα των εθνικών δειγμάτων, κατορθώνοντας να επιτύχουν επαρκή βαθμό αντιπροσωπευτικότητας για να παράσχει τιμές αναφοράς του πληθυσμού (590).

Ένα ακόμη σημείο κριτικής συνιστά η πηγή προέλευσης των ερευνητικών δεδομένων, καθώς η έρευνα KIDSCREEN διενεργήθηκε με βασικό στόχο την εκτίμηση της υποκειμενικής ευεξίας και λειτουργικότητας των εφήβων στη χώρα μας μέσω του εργαλείου KIDSCREEN για την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία κι όχι την εκτίμηση των ΠΥΥ. Επομένως, τα αναφερόμενα αποτελέσματα είναι συνετό να θεωρηθούν προκαταρκτικά, λόγω του ότι προέρχονται από δευτερογενή χρήση των



ερευνητικών δεδομένων που συλλέχθηκαν για άλλο πρωταρχικό σκοπό. Επί προσθέτως, δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη άλλες πηγές πληροφόρησης, εκτός των εφήβων, ούτε άλλοι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την αυτοαναφορά ΠΥΥ στην εφηβεία, όπως οι χρόνιες ασθένειες (93), η αίσθηση συνεκτικότητας (276) και το κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς/κοινότητας (589), οι οποίοι θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν την παρούσα διερεύνηση. Οι έρευνες που θα ακολουθήσουν στο μέλλον θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους παρόντες περιορισμούς και να διερευνήσουν για πιθανές διαφοροποιήσεις αγοριών–κοριτσιών που έχουν προταθεί από κάποιους ερευνητές (93, 344). Ωστόσο, παρά τους προαναφερθέντες περιορισμούς, η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της αναφοράς ΠΥΥ από τους εφήβους, καθώς, αποτελεί μία από τις λίγες διεθνώς και την πρώτη σε εθνικό επίπεδο μελέτη που συνεξετάζει την συμβολή τριών κοινωνικών πλαισίων.

## **11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **11.1 Η Μέτρηση των ΠΥΥ μέσω της Κλίμακας HBSC-SCL**

Η κλίμακα HBSC-SCL διερευνήθηκε ως προς την παραγοντική της δομή και τις ψυχομετρικές της ιδιότητες στο πλαίσιο της μελέτης των παραγόντων που σχετίζονται με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ από τους εφήβους στην χώρα μας. Παρά τους περιορισμούς της, η μελέτη προσέφερε ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τη συνέχιση της χρήσης της κλίμακας σε κοινοτικό πληθυσμό εφήβων. Η κλίμακα HBSC-SCL διέπεται από δύο υποκείμενες, σημαντικά αλληλοσυσχετιζόμενες, διαστάσεις που αθροίζονται σε μία συνολική βαθμολογία, συνιστώντας έτσι ένα εύχρηστο εργαλείο διαλογής ψυχικής υγείας για μελέτες μεγάλης κλίμακας. Ωστόσο, η χρήση της σε κλινικό πληθυσμό εφήβων, καθώς και σε σχέση με άλλα διαγνωστικά εργαλεία (πχ. κλινική εξέταση, συνεντεύξεις, ημερολόγια συμπτωμάτων) για την εκτίμηση της ψυχοσωματικής υγείας των εφήβων, αποτελούν απαραίτητα βήματα για την εμπειριστατωμένη μελέτη και δυναμική καθιέρωση της κλίμακας στον χώρο της δημόσιας υγείας.

## **11.2 Σχέσεις των ΠΥΥ με Δημογραφικούς Παράγοντες**

Η παρούσα διδακτορική διατριβή υποστήριξε την ύπαρξη κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στα ΠΥΥ των εφήβων, οι οποίες γίνονται εμφανείς μέσω της χρήσης δεικτών κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης που βασίζονται στον ίδιο τον έφηβο, όπως ο δείκτης οικογενειακής οικονομικής ευμάρειας και του υποκειμενικού δείκτη εκτίμησης της ποιότητας των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, σε αντίθεση με τους «κλασικούς» κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες που αφορούν στην επαγγελματική κατάσταση και στο εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων. Επομένως, η μελέτη των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων χρειάζεται να δείξει ιδιαίτερη προσοχή στο είδος των δεικτών που χρησιμοποιούνται, καθώς διαφορετικά αποτελέσματα μπορεί να προκύψουν από τη χρήση διαφορετικών δεικτών.

Στο πλαίσιο μίας προσπάθειας ενδεδειγμένης εκτίμησης της ψυχοσωματικής υγείας των εφήβων, οι επαγγελματίες στον χώρο της Προαγωγής Υγείας και στο κλινικό πεδίο οφείλουν να λάβουν υπόψη τις υποκειμενικές αντιλήψεις των εφήβων για τους παράγοντες που δυνητικά αποτελούν πηγές στρες ή κοινωνικής δυσμένειας κι ενδέχεται να επηρεάσουν την αυτοαναφορά ΠΥΥ. Η εις βάθος κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας των εφήβων αναφορικά με τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσής τους σε σχέση με τους συνομήλικούς τους και η εκτίμηση του αντίκτυπου αυτών στην ψυχοσωματική τους υγεία θα μπορούσε να εμπλουτίσει τον σχεδιασμό παρεμβάσεων και στρατηγικών Προαγωγής Υγείας, στοχεύοντας σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού με επιτυχία. Επόμενες μελέτες θα πρέπει να στραφούν στις εξελικτικές μεταβολές της εφηβικής περιόδου που μπορεί να επηρεάσουν την εμπειρία του ατόμου ως προς την κοινωνικο-οικονομική του θέση και διαβάθμιση. Επίσης, οι επιμέρους παράγοντες που συνδέονται με συγκεκριμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, πχ. κοινωνικό κεφάλαιο, κοινωνικές διακρίσεις, θα πρέπει να συμπεριληφθούν στο πλαίσιο μίας πληρέστερης κατανόησης των ΠΥΥ στην εφηβεία.

## **11.3 Σχέσεις των ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία των Εφήβων**

Στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής εξετάστηκε η σχέση των ΠΥΥ με την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία των εφήβων, όπως εκτιμήθηκαν από τις προσωπικές αναφορές των εφήβων.

Σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες, φάνηκε ότι οι έφηβοι με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ παρουσίασαν σημαντική έκπτωση στην ΠΖσΥ τόσο σε ψυχολογικό και σωματικό όσο και σε διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Καθώς η ΠΖσΥ συνιστά μία πολυεπίπεδη ενότητα, η μελέτη επεσήμανε τις διαστάσεις της ΠΖσΥ που φαίνονται να συνδέονται πιο στενά με τα ΠΥΥ, σε μία προσπάθεια να καθοριστούν οι πτυχές της ζωής του εφήβου με τη μεγαλύτερη συμβολή στην αυτοαναφορά ΠΥΥ. Εκτός από τον ψυχοσυναισθηματικό τομέα, θα πρέπει να δοθεί μεγάλη έμφαση και προσοχή στην ψυχική διεργασία της αυτοαντίληψης και στην αίσθηση αυτονομίας αναφορικά με την ψυχοσωματική υγεία και προσαρμογή κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ταυτόχρονα, δεν θα πρέπει να λησμονείται και η εντεινόμενη ανάγκη του εφήβου να νιώθει ότι γίνεται αποδεκτός και ότι διαθέτει ίσες ευκαιρίες με τον κύκλο των φίλων και ομηλίκων, ιδιαίτερα κατά τα χρόνια της μέσης εφηβείας.

Η αναγνώριση των πτυχών της καθημερινής λειτουργικότητας του εφήβου που συνδέονται στενότερα με τα ΠΥΥ θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν στον σχεδιασμό ηλικιακά κατάλληλων, κοινοτικών και κλινικών παρεμβάσεων για την προαγωγή της υγιούς ψυχοσωματικής προσαρμογής του εφήβου. Τα προγράμματα επιμόρφωσης γονέων για την απαιτητική περίοδο της εφηβείας θα μπορούσαν να εμπλουτιστούν κατάλληλα, με στόχο την επίτευξη αναπτυξιακά κατάλληλης ισορροπίας ανάμεσα στην συναισθηματική εξάρτηση και διαφοροποίηση από τους γονείς προς όφελος της υγιούς ψυχοσωματικής προσαρμογής του εφήβου. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα εφήβων με πολλαπλά, επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ οφείλουν να διερευνούν την αντίληψη των εφήβων για το σώμα και τον εαυτό τους γενικότερα, καθώς δύναται να αναδειχθούν ελλείμματα ή/και αλλοιώσεις που εμπλέκονται και στην εμφάνιση σοβαρών ψυχολογικών και ψυχοσωματικών διαταραχών.

#### **11.4 Σχέσεις των ΠΥΥ με τα Συναισθηματικά/Συμπεριφορικά Προβλήματα των Εφήβων**

Τα ευρήματα της παρούσας διατριβής συνάδουν με την εντεινόμενη τάση στη σχετική βιβλιογραφία που υπογραμμίζει το εύρος της ψυχολογικής επιβάρυνσης των εφήβων με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ. Οι ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, τα συναισθηματικά συμπτώματα και οι

συμπεριφορικές δυσκολίες φαίνεται να αποτελούν μέρη ενός κοινού φαύλου κύκλου δυσφορίας που δυσχεραίνει την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του εφήβου και παρακωλύει την ανάπτυξη και πραγματοποίηση στόχων στο παρόν και εν δυνάμει στο μέλλον. Η αναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ πιθανά να αποτελεί ένδειξη μίας υποκείμενης ψυχικής ευαλωτότητας και ιδιαίτερα προβλημάτων συμπεριφοράς, κατάθλιψης, ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και προβλημάτων κοινωνικής συνδιαλλαγής.

Δεδομένου ότι η εφηβεία αποτελεί την κρίσιμη εξελικτική περίοδο για την εμφάνιση σημαντικών ψυχιατρικών διαταραχών (632), οι συχνές επισκέψεις των εφήβων με συχνά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ στους επαγγελματίες υγείας αποτελούν συνάμα πρόκληση και μοναδική ευκαιρία: η εκτίμηση των υποκείμενων –δυσνητικά– ψυχολογικών δυσκολιών θα μπορούσε να αναγνωρίσει τους εφήβους που βρίσκονται στην πορεία μετάβασης από την ψυχική ευαλωτότητα στην εκδήλωση ψυχολογικής συμπτωματολογίας (332). Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με εφήβους με συχνά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ οφείλουν να επαγρυπνούν για πιθανή συναισθηματική και συμπεριφορική δυσλειτουργία και να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να προβούν σε παραπομπές σε ειδικούς ψυχικής υγείας παιδιών κι εφήβων, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο. Η αναγνώριση των πρώιμων φαινότυπων της ψυχικής δυσφορίας, θεμέλιο της προληπτικής ψυχιατρικής, θα μπορούσε να οδηγήσει σε έγκαιρες παρεμβάσεις και, κατ' επέκταση, σε βελτίωση της ψυχικής υγείας των εφήβων με δυσνητικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα (632).

### **11.5 Σχέσεις των ΠΥΥ με το Κάπνισμα και την Περιστασιακά Υπερβολική Χρήση Αλκοόλ**

Η παρούσα διατριβή επιβεβαίωσε τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών και για τον ελληνικό χώρο, υπογραμμίζοντας την ισχυρή και ανεξάρτητη σχέση ανάμεσα στα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ, την καπνιστική συμπεριφορά και την περιστασιακά υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Παρόλο που οι αιτιολογικοί μηχανισμοί παραμένουν σε μεγάλο βαθμό απροσδιόριστοι, η αμφίδρομη σχέση τους έχει θεωρηθεί πιθανό να αποτελεί έκφραση μίας κοινής, υφιστάμενης ψυχικής δυσφορίας (290), αποτέλεσμα της επιρροής κοινών ψυχολογικών

παραγόντων όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αρνητική συναισθηματικότητα, ο νευρωτισμός και η ανασφαλής προσκόλληση (410), μηχανισμό διαχείρισης ή συμπεριφορική απάντηση σε δυσμενή γεγονότα ζωής (290, 392) ή ακόμη και απόρροια δυσλειτουργίας του μηχανισμού Συναισθηματικής Ρύθμισης (407).

Δεδομένου ότι τόσο τα πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ όσο και το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία συνιστούν συνήθη φαινόμενα που τείνουν να διατηρούνται και κατά την ενήλικη ζωή, τα παρόντα ευρήματα χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Ο φαύλος κύκλος των ψυχοσωματικών παραπόνων και των συμπεριφορών–κινδύνου για την υγεία πιθανότατα εκδηλώνεται ήδη από τα εφηβικά χρόνια, γεγονός που καθιστά την έγκαιρη διαλογή απαραίτητη για την χάραξη μίας αποτελεσματικής προληπτικής πολιτικής. Γενικευμένες, αναπτυξιακά κατάλληλες, διαδραστικές και βιωματικές παρεμβάσεις προαγωγής υγείας στο πλαίσιο του σχολείου που στοχεύουν στην καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων, στην ανάπτυξη λειτουργικών στρατηγικών διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων και στην υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που προασπίζει την υγεία θα μπορούσαν να αποβούν αποτελεσματικές, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία. Σημαντική, επίσης, θα μπορούσε να είναι και η συμβολή της εκπαίδευσης των γονέων στην αποτελεσματική διαχείριση ζητημάτων που εγείρονται στη σχέση τους με το παιδί κατά την διάρκεια της εφηβείας με πιθανά ωφέλη στην προάσπιση της υγείας του εφήβου και στην ενίσχυση της ψυχοσωματικής του ευεξίας.

### **11.6 Σχέσεις των ΠΥΥ με Οικογενειακούς Παράγοντες**

Η παρούσα διατριβή συνέβαλε στην επέκταση της σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας, η πλειονότητα της οποίας επικεντρώνεται σε κλινικά διαγνωσμένο πληθυσμό παιδιών και τις οικογενειές τους. Αντίθετα, η μελέτη αυτή προσέγγισε το θέμα από την οπτική της δημόσιας υγείας συλλέγοντας πληροφορίες για τα υποκειμενικά αντιληπτά ψυχοσωματικά συμπτώματα των εφήβων και την υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση γενικής υγείας των γονιών τους. Παρά τους περιορισμούς της, η μελέτη εντάσσεται στα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την προσέγγιση των ψυχοσωματικών ενοχλήσεων μέσω του οικογενειακού πρίσματος, καθώς συγκεκριμένες πτυχές της οικογενειακής ζωής δομούν τις συνθήκες εκείνες που ευνοούν την αυτοαναφορά ΠΥΥ κατά την

εφηβεία. Η αναγνώριση των διαστάσεων αυτών μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη παραπομπή και στην διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού πλάνου που θα απευθύνεται στις ανάγκες τόσο του εφήβου όσο και των γονέων, προκειμένου να επιτευχθούν καλύτερα και μακροβιότερα αποτελέσματα.

### **11.7 Σχέσεις των ΠΥΥ με την Υποκειμενική Αντίληψη του Εφήβου για την Ευεξία και Λειτουργικότητάς του στο Πλαίσιο της Οικογένειας, του Σχολείου και των Φίλων και Συνομηλίκων**

Η ενδελεχής κατανόηση του πώς οι έφηβοι νιώθουν και αντιλαμβάνονται τα κοινωνικά τους περιβάλλοντα και της σχέσης με την αυτοαναφορά ΠΥΥ θα μπορούσε να οδηγήσει στη δημιουργία ενός ολιστικού μοντέλου για την εφηβική ψυχοσωματική υγεία και την αναφορά ΠΥΥ. Η παρούσα διατριβή προτείνει ότι οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση των ΠΥΥ και για την προαγωγή της ψυχοσωματικής υγείας κατά την εφηβεία θα πρέπει να λάβουν υπόψη τα κοινωνικά πλαίσια που έχουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του εφήβου.

Η αξιολόγηση ρουτίνας των εφήβων που παρουσιάζονται με ΠΥΥ στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει ως αναπόσπαστο κομμάτι της την εκτίμηση της κοινωνικής τους εμπειρίας. Με τον τρόπο αυτό αυξάνονται οι πιθανότητες για έγκαιρες παραπομπές σε συμβουλευτικές υπηρεσίες, οι οποίες θα μπορούσαν να βοηθήσουν τις οικογένειες να ξεπεράσουν τις δυσκολίες στην επικοινωνία και να εγκαταστήσουν ξεκάθαρες και στοργικές σχέσεις κατά την ιδιαίτερη περίοδο της εφηβείας, επιβοηθώντας, έτσι, την ψυχοσωματική ανάπτυξη του εφήβου. Παράλληλα, η εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας στα σχολεία, με επίκεντρο την καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων, της συνεργατικότητας και της αίσθησης του ανήκειν στους μαθητές θα μπορούσε να βελτιώσει την κουλτούρα του σχολείου, να ενισχύσει την αίσθηση της σύνδεσης των μαθητών με τους εκπαιδευτικούς και το σχολείο τους και να προάγει τη δημιουργία σχέσεων σεβασμού ανάμεσα στους μαθητές. Η υψηλής ποιότητας κοινωνική δικτύωση στο πλαίσιο της οικογένειας, του σχολείου και του κύκλου ομηλίκων ή φίλων ξεχωριστά όσο και συνδυαστικά θα μπορούσε να λειτουργήσει ως αρωγός του παιδιού στη διαχείριση των πολλαπλών αλλαγών και προκλήσεων που αναδύονται κατά την εφηβική περίοδο, προασπίζοντας, έτσι, την ψυχοσωματική του

προσαρμογή. Η αναγνώριση και διευκρίνιση της πολυπλοκότητας του κοινωνικού δικτύου που σχετίζεται με την ψυχοσωματική υγεία του εφήβου προσδίδει εξαιρετική σημασία στην διεπιστημονική της προσέγγιση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σοντακ Σ. Η νόσος ως μεταφορά. Το AIDS και οι μεταφορές του. Αθήνα: Ύψιλον; 1993.
2. Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Οδυσσέας; 2000.
3. Γκρέιμ ΤΤ. Ψυχοσωματική Ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση. Αθήνα: Καστανιώτης; 2001.
4. DiMatteo MR, Martin LR. Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Αναγνωστόπουλος Φ, Ποταμιάνος Γ, editors. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2006.
5. Fava G, Sonino N. Psychosomatic Medicine. *Int J Clin Pract*. 2010;64(8):1155-61.
6. Eriksen H, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res*. 2004;56:445-8.
7. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *Int J Behav Med* 1997;4(2):105-16.
8. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H, et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *Int J Public Health*. 2009;54:151-9
9. Holstein B, Holme Hansen E, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008;17(2):186-92.
10. Verkuil B, Brosschot J, Thayer J. A sensitive body or a sensitive mind? Associations among somatic sensitization, cognitive sensitization, health worry, and subjective health complaints. *J Psychosom Res*. 2007;63(6):673-81.
11. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
12. Sha M, Callahan C, Counsell S, Westmoreland G, Stump T, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *Am J Med*. 2005;118(3):301-6.
13. Stephenson D, Price J. Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emerg Med J* 2006;23:595-600.
14. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hottopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry*. 2002;180:248-53.
15. Brown R. Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:769-80.
16. Theadom A, Dupont S, Byron K. Functional somatic symptoms in accident and emergency--An exploratory study. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(3):171-7.
17. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: Incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med*. 1989;86(3):262-6.



18. Wilkie A, Wessely S. Patients with medically unexplained symptoms. *Br J Hosp Med*. 1994;51(8):421-7.
19. Gureje O, Simon G, Ustun T, Goldberg D. Somatization in Cross-Cultural Perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154(7):989-95.
20. Ihlebæk C, Eriksen H, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health*. 2002;30(1):20–9.
21. Eriksen H, Svendsrød R, Ursin G, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *Eur J Public Health*. 1998;8:294-8.
22. Eriksen H, Hellesnes B, Staff P, Ursin H. Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? *Int J Behav Med*. 2004;11(2):122-5.
23. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia Spain. *Pain*. 1999;83(1):9-16.
24. Chong E, Chan A. Subjective health complaints of teachers from primary and secondary schools in Hong Kong. *Int J Occup Saf Ergon*. 2010;16(1):23-39.
25. Escobar J, Cook B, Chen C, Gara M, Alegría M, Interian A, et al. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *J Psychosom Res*. 2010;69(1):1-8.
26. Roelen C, Koopmans P, Groothoff J. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work*. 2010;37(1):15-21.
27. Tveito T. *Sick Leave and Subjective Health Complaints*. Bergen: University of Bergen; 2006.
28. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003;65:528-33.
29. Haug T, Mykletun A, Dahl A. The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT-II Study. *Psychosom Med*. 2004;66(6):845-51.
30. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update. *Psychosom Med*. 2007;69(9):860–3.
31. Matalon A, Kotliroff A, Blumberg G, Yaphe J, Kitai E. Non-specific symptoms as clues to changes in emotional well-being. *BMC Fam Pract*. 2011;12:77.
32. Shannon RA, Bergren MD, Matthews A. Frequent Visitors : Somatization in School-Age Children and Implications for School Nurses *J Sch Nurs*. 2010;26(3):169-82.
33. Gobina I, Valimaa R, Jorma Tynjala J, Villberg J, Villerusa A, Iannotti R, et al. The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2011;20(4):424-31.

34. Campo J. Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression-developmental psychopathology in pediatric practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(5):575-92.
35. Botello-Harbaum M, Haynie D, Murray K, Iannotti R. Cigarette smoking status and recurrent subjective health complaints among US school-aged adolescents. *Child Care Health Dev*. 2011;37(4):551-8.
36. Galán I, Boix R, Medrano M, Ramos P, Rivera F, Pastor-Barriuso R, et al. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. *BMJ Open*. 2013;3:e002644.
37. Hetland H. The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors. Bergen: University of Bergen; 2006.
38. Gara M, Escobar J. The stability of somatization syndromes over time. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:94.
39. Dhossche D, Ferdinand R, van der Ende J, Verhulst F. Outcome of Self-Reported Functional-Somatic Symptoms in a Community Sample of Adolescents. *Ann Clin Psychiatry*. 2001;13(4):191-9.
40. Poikolainen K, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist J. Predictors of somatic symptoms: a five year follow up of adolescents. *Arch Dis Child*. 2000;83:388-92.
41. Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ*. 1998;316:1196-200.
42. Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*. 2001;332:1-6.
43. Lien L, Green K, Thoresen M, Bjertness E. Pain complaints as risk factor for mental distress: a three-year follow-up study *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011.
44. Campo JV, Di Lorenzo C, Chiappetta L, Bridge J, Colborn DK, Gartner JCJ, et al. Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: Do they just grow out of it? *Pediatrics*. 2001;108(1):e1.
45. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The Epidemiology of Childhood Recurrent Abdominal Pain in Western Countries: A Systematic Review *Am J Gastroenterol*. 2005;100:1868–75
46. Hotopf M, Wilson-Jones C, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalizations. Results from a national birth cohort study. *BJ Psychiatry*. 2000;176:273-80.
47. Geist R, Weinstein M, Walker L, Campo J. Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma. *Paediatr Child Health*. 2008;13(6):487-91.
48. Garber J. Somatoform disorders in childhood and adolescence. In: Ollendick TH, editor. *Children and adolescents: Clinical formulation and treatment*. 4. New York: Pergamon.; 1998. p. 655-81.
49. Ursin H, Eriksen H. Cognitive Activation Theory of Stress, Sensitization, and Common Health Complaints. *Ann NY Acad Sci*. 2007;1113:304-10.

50. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Ψυχιατρική. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 2000.
51. Lipowski ZJ. Somatisation: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1358-68.
52. Garralda ME. Somatisation in Children *J Child Psychol Psychiat*. 1996;37(1):13-33.
53. Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatoform disorders. 2012. In: IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
54. Hiller W, Rief W, Brähler E. Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(9):704-12.
55. Μανωλόπουλος Σ. Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του εφήβου. In: Τσιάντης Γ, Μανωλόπουλος Σ, editors. Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Α΄. Αθήνα: Καστανιώτης; 1987. p. 43-73.
56. Gowers S. Development in adolescence. *Psychiatry*. 2005;4:6.
57. Dubas J, Miller K, Petersen A. The study of adolescence during the 20th century. *His Fam*. 2003;8:375-97.
58. Organization WH. Young people's health - a challenge for society. Report of a WHO Study group on young People and "Health for All by the Year 2000". Geneva: World Health Organization, 1986 Contract No.: No.731.
59. Millstein SG. A view of health from the adolescent's perspective. In: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO, editors. *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century*. New York: Oxford University Press; 1993. p. 97-100.
60. Murberg T, Bru E. School -Related Stress and Psychosomatic Symptoms Among Norwegian Adolescents. *School Psychol Int*. 2004;25(3):317-32.
61. Hetland J, Torsheim T, Aaro LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health*. 2002;30:223-30.
62. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al., editors. *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
63. Torsheim T, Välimaa R, Danielson M. *Health and well-being*. Copenhagen: WHO Europe, 2004.
64. Jensen B, BB. J. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. . Copenhagen: Danish University of Education; 2002.
65. Lien L, Green K, Audun Welander-Vatn A, Espen Bjertness E. Mental and somatic health complaints associated with school bullying between 10th and 12th grade students: results from cross sectional studies in Oslo, Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:6.

66. Eminson MD. Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Adv Psychiatr Treat.* 2001;7:266-74.
67. Garralda M. Unexplained Physical Complaints. *Pediatr Clin N Am.* 2011;58:803-13.
68. Wolraich M, Felice M, Drotar D. The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care. *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Versions.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1996.
69. Silber T. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatr Rev.* 2011;32:56-64.
70. Dhossche D, Floor van der Steen F, Ferdinand R. Somatoform Disorders in Children and Adolescents: A Comparison With Other Internalizing Disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2002;14(1):23-31.
71. Rhee H, Holditch-Davis D, Miles M. Patterns of Physical Symptoms and Relationships With Psychosocial Factors in Adolescents. *Psychosom Med.* 2005;67(6):1006-12.
72. Ibeziako P, Bujoreanu S. Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Curr Opin Pediatr.* 2011;23:384-9.
73. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health.* 2001;11(1):4-10.
74. Terre L, Ghiselli W. A developmental perspective on family risk factors in somatization. *J Psychosom Res.* 1997;42(2):197-208.
75. Kristjánsdóttir G. Prevalence of pain combinations and overall pain: a study of headache, stomach pain and back pain among school-children. *Scand J Soc Med.* 1997;25(1):58-63.
76. Stanford E, Chambers C, Biesanz J, Chen E. The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population-based approach. *Pain.* 2008;138:11-21.
77. Larsson B, Sund A. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *Eur J Pain.* 2007;11:57-65.
78. Ghandour R, Overpeck M, Huang Z, Kogan M, Scheidt P. Headache, Stomachache, Backache and Morning Fatigue Among Adolescent Girls in the United States. Associations With Behavioral, Sociodemographic, and Environmental Factors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:797-803.
79. Fichtel A, Larsson B. Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache.* 2002;42:766-75.
80. Kroner-Herwig B, Gassmann J, van Gessel H, Vath N. Multiple Pains in Children and Adolescents: A Risk Factor Analysis in a Longitudinal Study. *J Pediatr Psychol.* 2011;36(4):420-32.

81. Currie C, Zanotti C, Morgan A, et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
82. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. *Pediatrics*. 2005;115:e434-e42.
83. Knishkowsky B, Palti H, Tima C, Adler B, Gofin R. Symptom clusters among young adolescents. *Adolescence*. 1995;30(118):351-62.
84. Lien L, Claussen B, Hauff E, Thoresen M, Bjertness E. Bodily pain and associated mental distress among immigrant adolescents A population-based cross-sectional study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14(7):371-5.
85. Alfven G, Ostberg V, Hjern A. Stressor, perceived stress and recurrent pain in Swedish schoolchildren. *J Psychosom Res*. 2008;65:381-7.
86. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain Among Children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and Triggering Factors. *Pediatrics*. 2005;115(2):e152-e62.
87. Ghandour RM, Overpeck MD, Huang ZJ, Kogan MD, Scheidt PC. Headache, Stomachache, Backache, and Morning Fatigue Among Adolescent Girls in the United States. Associations With Behavioral, Sociodemographic, and Environmental Factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2004;158:797-803.
88. Sleskova M, Salonna F, Madarasova Geckova A, van Dijk J, Groothoff J. Health status among young people in Slovakia: comparisons on the basis of age, gender and education. *Soc Sci Med*. 2005;61:2521-7.
89. Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Valimaa R, Danielson M, Overpeck M. Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Soc Sci Med*. 2006;62:815-27.
90. Kelly C, Molcho M, Doyle P, Gabhainn S. Psychosomatic symptoms among schoolchildren. *Int J Adolesc Med Health* 2010;22(2):227-33.
91. Perquin C, Hazebroek-Kampschreur A, Hunfeld J, Bohnen A, van Suijlekom-Smit L, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*. 2000;87:51-8.
92. Rhee H. Relationships between physical symptoms and pubertal development. *J Pediatr Health Care*. 2005;19(2):95-103.
93. Villalonga-Olives E, Forero CG, Erhart M, Palacio-Vieira JA, Valderas JM, Herdman M, et al. Relationship Between Life Events and Psychosomatic Complaints During Adolescence/ Youth: A Structural Equation Model Approach. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):199-205.
94. Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child Care Health Dev*. 2009;35(3):383-90.

95. Rhee H, Holditch-Davis D, Miles MS. Patterns of Physical Symptoms and Relationships With Psychosocial Factors in Adolescents. *Psychosom Med.* 2005;67:1006-12.
96. Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socioeconomically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediatr.* 1993;82:484-7.
97. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic symptoms: one or many? *Lancet.* 1999;354:936-9.
98. Stock C, Mikolajczyk RT, Bilir N, Petkeviciene J, Naydenova V, Dudziak U, et al. Gender differences in students' health complaints: a survey in seven countries. *J Public Health.* 2008;16:353-60.
99. Wilson G, Pritchard M, Revalee B. Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *J Adolesc.* 2005;28:369-79.
100. Brun Sundblad G, Saartok T, Engstrom L-M. Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences. *Eur J Pain.* 2007;11:171-80.
101. Sweeting H, West P. Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Soc Sci Med.* 2003;56(1):31-9.
102. Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al., editors. Inequalities in young people's health: HSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2008.
103. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe H, Stoven H, Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatr.* 2004;93(2):258-63.
104. Egger H, Costello E, Erkanli A, Angold A. Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:852-60.
105. Meesters C, Muris P, Ghys A, Reumerman T, Rooijmans M. The children's somatization inventory: Further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of Dutch children and adolescents. *J Pediatr Psychol.* 2003;28(6):413-22.
106. Mechanic D. Adolescent health and illness behavior: Review of literature and a new hypothesis for the study of stress. *J Human Stress.* 1983;9(2):4-13.
107. Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. *Lancet.* 2007;369(9567):1130-9.
108. Mechanic D. The experience and reporting of common physical complaints. *J Health Soc Behav.* 1980;21(2):146-55.
109. Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpela M. Pubertal timing, sexual behavior and self-reported depression in middle adolescence. *J Adolesc.* 2003;26:531-45.
110. Graber J, Lewinsohn P, Seeley J, Brooks-Gunn J. Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(12):1768-76.

111. Rhee H. Physical Symptoms and Pubertal Development. *J Pediatr Health Care*. 2005;19:95-103.
112. Beck JE. A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(5):547-62.
113. Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E, Aro H. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(7):580-7.
114. Sweeting HN, West PB, Der GJ. Explanations for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 2007;7:298.
115. Σκαπινάκης Π, Μαγκλάρα Κ, Μπέλλος Σ, Γκάτσα Τ, Μιχάλης Γ, Μαυρέας Β. Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας. Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2007;24(1):19-29.
116. West P. Health inequalities in the early years: is there equalization in youth? *Soc Sci Med*. 1997;44(6):833-58.
117. Elstad J, West Pedersen A. The Impact of Relative Poverty on Norwegian Adolescents' Subjective Health: A Causal Analysis with Propensity Score Matching. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:4715-31.
118. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Educ Res*. 1997;12(3):385-97.
119. Iversen AC, Holsen I. Child Inequality in Health, Psychosocial Resources and Health Behavior in Early Adolescence: The Influence of Different Indicators of Socioeconomic Position. *Ind Res*. 2008;1:291-302.
120. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Samdal O. Country material distribution and adolescents' perceived health: multilevel study of adolescents in 27 countries. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:156-61.
121. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med*. 2004;59:1-12.
122. Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, I. G, Kökönyei G, et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *Int J Public Health*. 2009;54:260-70.
123. Halldorsson M, Kunst AE, Kohler L, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents: a comparative study of the five Nordic countries. *Eur J Public Health*. 2000;10:281-8.
124. Chen E, Martin A, Matthews K. Trajectories of Socioeconomic Status Across Children's Lifetime Predict Health. *Pediatrics*. 2007;120(2):e297-e303.

125. Magklara K, Skapinakis P, Niakas D, Bellos S, Zissi A, Stylianidis S, et al. Socioeconomic inequalities in general and psychological health among adolescents: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *Int J Equity Health*. 2010;9:3.
126. Ostberg V, Alfven G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Pædiatr*. 2006;95(8):929-34.
127. Elgar F, De Clercq B, Schnohr C, Bird P, Pickett K, Torsheim T, et al. Absolute and relative family affluence and psychosomatic symptoms in adolescents. *Soc Sci Med*. 2013;91:e25-e31.
128. Geckova A, Van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health*. 2003;13:44-50.
129. Piko BF, Fitzpatrick KM. Socioeconomic Status, Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents. *Eur J Public Health*. 2007;17(4):353–60.
130. 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(9):692–8.
131. Piko B, Fitzpatrick KM. Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Soc Sci Med*. 2001;53:817-30.
132. Barkmann C, Braehler E, Schulte-Markwort M, Richterich A. Chronic somatic complaints in adolescents: prevalence, predictive validity of the parent reports, and associations with social class, health status, and psychosocial distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:1003-11.
133. Koivusilta LK, Rimpela AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 2006;6:110.
134. Bakoula C, Kapi A, Veltsista A, Kavadias G, Kolaitis G. Prevalence of recurrent complaints of pain among Greek schoolchildren and associated factors: A population-based study. *Acta Paediatr*. 2006;95:947-51.
135. Sleskova M, Salonna F, Geckova A, Nagyova I, Stewart RE, van Dick JP, et al. Does parental unemployment affect adolescents' health? *J Adolesc Health*. 2006;38(5):527-35.
136. Sleskova M, Tuinstra J, Geckova AM, van Dijk JP, Salonna F, Groothoff JW, et al. Influence of parental employment status on Dutch and Slovak adolescents' health. *BMC Public Health*. 2006;6:250.
137. Pedersen CR, M. M, Kohler L. Does financial strain explain the association between children's morbidity and parental non-employment? *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(4):316-21.
138. Goodman E, Huang B, Schafer-Kalkhoff T, Adler NE. Perceived Socioeconomic Status: A New Type of Identity That Influences Adolescents' Self-Rated Health. *J Adolesc Health*. 2007;41:479–87.



139. Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better Than Objective Status? *Psychosom Med* 2005;67:855–61.
140. Goodman E, Adler NE, Kawachi I, Frazier AL, Huang B, Colditz GA. Adolescents' Perceptions of Social Status: Development and Evaluation of a New Indicator. *Pediatrics*. 2001;108(2):31.
141. Aberg Yngwe M, Östberg V. The family's economic resources and adolescents' health complaints--do adolescents' own economic resources matter? *Eur J Public Health*. 2013;23(1):24-9.
142. Yngwe M, Ostberg V. The family's economic resources and adolescents' health complaints—do adolescents' own economic resources matter? *Eur J Public Health*. 2013;23(1):24-9.
143. Hagquist C. Economic Stress and Perceived Health Among Adolescents in Sweden. *J Adolesc Health*. 1998;22(3):250-7.
144. Monnat S, Beeler Pickett C. Rural,urban differences in self-rated health: Examining the roles of county size and metropolitan adjacency. *Health Place* 2011;17(1):311–9.
145. Drukker M, Buka S, Kaplan C, McKenzie K, Van Os J. Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):185-98.
146. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The Neighborhoods They Live in: The Effects of Neighborhood Residence on Child and Adolescent Outcomes. *Psychol Bull*. 2000;126(2):309-37.
147. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
148. Dallago L, Perkins D, Santinello M, Boyce W, Molcho M, Morgan A. Adolescent Place Attachment, Social Capital, and Perceived Safety: A Comparison of 13 Countries. *Am J Community Psychol*. 2009;44:148-60.
149. Cicognani E, Albanesi C, Zani B. The Impact of Residential Context on Adolescents' Subjective Well Being. *J Community Appl Soc*. 2008;18(6):558–75.
150. Cook T, Herman M, Phillips M, Settersten RJ. Some Ways in Which Neighborhoods, Nuclear Families, Friendship Groups, and Schools Jointly Affect Changes in Early Adolescent Development. *Child Dev*. 2002;73(4):1283-309.
151. Drukker M, Kaplan C, Feron F, van Os J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Soc Sci Med*. 2003;57:825-41.
152. De Clercq B, Vyncke V, Hublet A, Elgar F, Ravens-Sieberer U, Currie C, et al. Social capital and social inequality in adolescents' health in 601 Flemish communities: A multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2012;74:e202-e10.
153. Chapman M. Neighborhood quality and somatic complaints among American youth. *J Adolesc Health*. 2005;36:244-52.

154. Sellström E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scand J Public Health*. 2006;34(5):544-54.
155. Leventhal T, Brooks-Gunn J. Children and Youth in Neighborhood Contexts *Curr Dir Psychol Sci*. 2003;12:17.
156. Maggi S, Ostry A, Callaghan K, Hershler R, Chen L, D'Angiulli A, et al. Rural-urban migration patterns and mental health diagnoses of adolescents and young adults in British Columbia, Canada: a case-control study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4:13.
157. Elgar FJ, Arlett C, Groves R. Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. *J Adolesc*. 2003;26:574–85.
158. Kovess-Masféty V, Alonso J, de Graaf R, Demyttenaere K. A European Approach to Rural–Urban Differences in Mental Health: The ESEMeD 2000 Comparative Study. *Can J Psychiatry*. 2005;50:926-36.
159. Quinton D. Urbanism and child mental health. *J Child Psychol Psychiat*. 1988;29(1):11-20.
160. Campo J, Jansen-McWilliams L, Comer D, Kelleher K. Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment, and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1093-101.
161. Levin K, Leyland A. A comparison of health inequalities in urban and rural Scotland. *Soc Sci Med*. 2006;62:1457-64.
162. Browning C, Cagney KA. Neighborhood structural disadvantage, collective efficacy, and self-rated physical health. *J Health Soc Behav*. 2002;43(4):383-99.
163. Peden AR, Reed DB, Rayens MK. Depressive symptoms in adolescents living in rural America. *J Rural Health*. 2005;21(4):310-6.
164. Papandrea K, Winefield H, Livingstone A. Oiling a neglected wheel: An investigation of adolescent internalising problems in rural South Australia. *Rur Rem Health* 2010;10(4):1524.
165. Campo J, Fritsch S. Somatization in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(9):1223-35.
166. Reijneveld SA, Veenstra R, de Winter AF, Verhulst FC, Ormel J, de Meer G. Area Deprivation Affects Behavioral Problems of Young Adolescents in Mixed Urban and Rural Areas: The TRAILS Study. *J Adolesc Health*. 2010; 46(2):189-96.
167. Eberhardt M, Pamuk E. The Importance of Place of Residence: Examining Health in Rural and Nonrural Areas. *Am J Public Health* 2004;24(10):1682-6.
168. Kristjansdottir G. Sociodemographic differences in the prevalence of self-reported stomach pain in school children. *Eur J Pediatr*. 1996;155:981-3.

169. Judd F, Jackson H, Komiti A, Murray G, Hodgins G, Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(1):104-13.
170. Drukker M. *The Neighbourhood Matters The neighbourhood social environment and differences in self-reported quality of life and mental health*. Maastricht: University of Maastricht 2004.
171. Collins P, Hayes M, Oliver L. Neighbourhood quality and self-rated health: A survey of eight suburban neighbourhoods in the Vancouver Census Metropolitan Area. *Health & Place*. 2009;15:156-64.
172. Viner R, Ozer E, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012;379(9826):1641-52.
173. Xue Y, Leventhal T, Brooks-Gunn J, Earls F. Neighborhood Residence and Mental Health Problems of 5- to 11-Year-Olds. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:554-63.
174. Verhaeghe P-P, Tampubolon G. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Soc Sci Med*. 2012;75:349-57.
175. Poortinga W. The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health Place*. 2012;18:286-95.
176. Morrow V. Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *Sociol Rev*. 1999;47(4):744-65.
177. Ferguson K. Social capital and children's wellbeing: a critical synthesis of the international social capital literature. *Int J Soc Welfare*. 2006;15:2-18.
178. WHO/HBSC Forum. *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
179. El-Dardiry G, Dimitrakaki C, Tzavara C, Ravens-Sieberer U, Tountas Y. Child Health-Related Quality of Life and Parental Social Capital in Greece: An Exploratory Study. *Soc Indic Res*. 2012;105:75-92.
180. Vynke V, Bart De Clercq B, Stevens V, Costongs C, Barbareschi G, Jónsson S, et al. Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health*. 2013;13:65.
181. WHO. *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 2003.
182. van der Linden J, Drukker M, Gunther N, Feron F, van Os J. Children's mental health service use, neighbourhood socioeconomic deprivation, and social capital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:507-14.
183. O'Brien Caughy M, O'Campo P, Muntaner C. When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Soc Sci Med*. 2003;57:227-37.

184. Sagatun A, Lien L, Sjøgaard AJ, Bjertness E, Heyerdahl S. Ethnic Norwegian and ethnic minority adolescents in Oslo, Norway. A longitudinal study comparing changes in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:87–95.
185. Μόττη-Στεφανίδη Φ, Τάκης Ν, Παυλόπουλος Β, Masten Α. Ψυχική ανθεκτικότητα, μετανάστευση και εφηβεία. In: Καβουνίδη Τ, Καρύδης Β, Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η, Λίλυ Στυλιανούδη ΛΜ-Γ, editors. *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες - Πολιτικές - Προοπτικές*. Β΄. Αθήνα: ΙΜΕΠΟ. Αρχείο ΙΜΕΠΟ; 2008. p. 162-77.
186. Vieno A, Santinello M, Lenzi M, Baldassari D, Mirandola M. Health Status in Immigrants and Native Early Adolescents in Italy. *J Community Health* 2009;34(3):181–7.
187. Davies LC, McKelvey RS. Emotional and behavioural problems and competencies among immigrant and non-immigrant adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(5):658 — 65.
188. Vollebergh WAM, ten Have M, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra V, et al. Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(6):489-96.
189. van Oort FVA, Joung IMA, van der Ende J, Mackenbach JP, Verhulst FC, Crijnen AAM. Internalizing and externalizing behaviors in young adults: Dutch natives and Turkish migrants in the Netherlands. *Ethn Health*. 2006;11(2):133-51.
190. Stansfeld S, Haines M, Head J, Bhui K, Viner R, Taylor S, et al. Ethnicity, social deprivation and psychological distress in adolescents: school-based epidemiological study in east London. *Br J Psychiatry*. 2004;185:233-8.
191. Kolaitis G, Tsiantis J, Madianos M, Kotsopoulos S. Psychosocial adaptation of immigrant Greek children from the former Soviet Union. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:67-74.
192. Almgren G, Magarati M, Mogfor L. Examining the influences of gender, race, ethnicity, and social capital on the subjective health of adolescents. *J Adolesc*. 2009;32:109-33.
193. Fenta H, Hyman I, Rourke S, Moon M, Noh S. Somatic symptoms in a community sample of Ethiopian immigrants in Toronto, Canada. *Int J Cult Ment Health*. 2010;3(1):1-15.
194. Choi H, Meininger J, Roberts R. Ethnic differences in adolescents' mental distress, social stress, and resources. *Adolescence*. 2006;41(162):263-83.
195. Aragona M, Tarsitani L, Colosimo F, Martinelli B, Raad H, Maisano B, et al. Somatization in primary care: a comparative survey of immigrants from various ethnic groups in Rome, Italy. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35(3):241-8.
196. Willgerodt M, Thompson E. Ethnic and Generational Influences on Emotional Distress and Risk Behaviors Among Chinese and Filipino American Adolescents *Res Nurs Health*. 2006;29(4):311-24.

197. Eminson MD. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:855-71.
198. Kato K, Sullivan P, Evengard B, Pedersen N. A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med.* 2009;39:487-505.
199. Henningsen P, Creed F. The genetic, physiological and psychological mechanisms underlying disabling medically unexplained symptoms and somatisation. *J Psychosomatic Research.* 2010;68:395-7.
200. Olsson A, Hasselgren M, Hagquist C, Janson S. The association between medical conditions and gender, well-being, psychosomatic complaints as well as school adaptability. *Acta Pædiatr.* 2013;102:550-5.
201. Piko B. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr.* 2007;166:701-8.
202. Erginoz E, Alikasifoglu M, Ercan O, Uysal O, Ercan G, Albayrak D, et al. Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *Eur J Pediatr.* 2004;163:485-94.
203. Surís J-C, Belanger RE, Ambresin AE, Chabloy JM, Michaud P-A. Extra Burden of Psychosomatic Complaints Among Adolescents Suffering From Chronic Conditions. *J Dev Behav Pediatr.* 2011;32:328-31.
204. Matza L, Swensen A, Flood E, Secnik K, Leidy N. Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value Health.* 2004;7(1):79-92.
205. Svedberg P, Eriksson M, Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health Qual Life Out.* 2013;11:176.
206. Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M, et al. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index *Int J Public Health.* 2009;54(S160–S166).
207. Petersen S, Hagglof B, Bergstrom E. Impaired Health-Related Quality of Life in Children With Recurrent Pain. *Pediatrics* 2009;124:e759.
208. Hunfeld J, Perquin C, Duivenvoorden H, Hazebroek-Kampschreur A, Passchier J, van Suijlekom-Smit L, et al. Chronic Pain and Its Impact on Quality of Life in Adolescents and Their Families. *J Pediatr Psychol.* 2001;26(3):145-53.
209. Youssef N, Murphy T, Langseder A, Rosh J. Quality of Life for Children With Functional Abdominal Pain: A Comparison Study of Patients' and Parents' Perceptions *Pediatrics.* 2006;117:54-69.
210. Rietveld S, van Beest I, Prins P. The relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases. *J Asthma.* 2005;42:725-30.
211. Kokkonen E, Kokkonen J, Saukkonen A. Do neurological disorders in childhood pose a risk for mental health in young adulthood? *Dev Med Child Neurol.* 1998;40:364-8.

212. Forero R, Bauman A, Young L, Booth M, Nutbeam D. Asthma, health behaviors, social adjustment, and psychosomatic symptoms in adolescence. *J Asthma*. 1996;33:157-64.
213. Gardner N. Emotional and behavioural difficulties in children with diabetes: a controlled comparison with siblings and peers. *Child Care Health Dev*. 1998;24:115-28.
214. Berntsson L, Gustafsson J. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scand J Public Health*. 2000;28:283-93.
215. Ebeling H, Moilanen I, Linna S-L, Rasanen E. Somatic expressed psychological distress and alexithymia in adolescence—reflecting unbearable emotions? *Nord J Psychiatry*. 2001;55:387-93.
216. Craig T, Boardman A, Mills K, Daly-Jones O, Drake H. The South London Somatization Study I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry*. 1993;163:579-88.
217. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Childhood Risk Factors for Adults With Medically Unexplained Symptoms: Results From a National Birth Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1796-800.
218. Hotopf M. Childhood experience of illness as a risk factor for medically unexplained symptoms. *Scandin J Psychology*. 2002;43:139-46.
219. Boey C, Goh K. Predictors of recurrent abdominal pain among 9- to 15-year-old urban school-children in Malaysia. *Acta Paediatr*. 2001;90:353-5.
220. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: A field study of 1,000 school children. *Arch Dis Child*. 1957;32:165-70.
221. Karukivi M. Associations between alexithymia and mental well-being in adolescents. Turku, Finland: University of Turku; 2011.
222. Ding T, Hall A, Jacobs K, David J. Psychological functioning of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis is related to physical disability but not to disease status. *Rheumatology*. 2008;47:660-4.
223. Palermo T, Putnam J, Armstrong G, Daily S. Adolescent Autonomy and Family Functioning Are Associated With Headache-related Disability. *Clin J Pain*. 2007;23:458-65.
224. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie S, Lundervold A. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(8):785-92.
225. Rieffe C, Terwogt M, Bosch J. Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. *Eur J Dev Psychol*. 2004;1(1):31-47.
226. Rothbart M, Bates J. Temperament. In: Damon NEW, editor. *Handbook of Child Psychology*. 3. Social, Emotional and Personality Development 5th ed. New York: Wiley; 1998. p. 105-76.
227. Pervin LA, John OP. Θεωρίες Προσωπικότητας. Έρευνα & Εφαρμογές. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός; 1999.

228. Waller E, Sched C. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a developmental perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2006;18(1):13-24.
229. Larsen RJ. Toward a science of mood regulation. *Psychol Inq*. 2000;11:129-41.
230. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:217-37.
231. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *J Adolesc*. 2005;28:619-31.
232. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom*. 2004;73:68-77.
233. Vassend O. Dimensions of negative affectivity, self-reported somatic symptoms and health-related behaviors. *Sm Sci Med*. 1989;28(1):29-36.
234. Pickering A, Corr P. J.A. Gray's reinforcement sensitivity theory (RST) of personality. In: Boyle B, Matthews G, Saklofske D, editors. *The SAGE Handbook of Personality: Theory & Assessment Personality Measurement and Testing 2*. London, New Delhi and Thousand Oaks: Sage; 2008. p. 239-55.
235. Howard S, Hughes BM. Construct, concurrent, and discriminant validity of Type D personality in the general population: Associations with anxiety, depression, stress, and cardiac output. *Psychol Health*. 2012;27:242-58.
236. Mols M, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Out*. 2010;8:9.
237. Condén E, Leppert J, Ekselius L, Aslund C. Type D personality is a risk factor for psychosomatic symptoms and musculoskeletal pain among adolescents: a cross-sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents *BMC Pediatrics*. 2013;13:11.
238. Jellesma FC. Health in young people: social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *J Dev Behav Pediatr*. 2008;29(2):94-100.
239. Williams L, Wingate A. Type D personality, physical symptoms and subjective stress: The mediating effects of coping and social support. *Psychol Health*. 2012;27(9):1075-85.
240. Τέιλορ ΓΤ. Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση. Αθήνα: Καστανιώτης; 2001.
241. Kooiman C. The Status of Alexithymia as a Risk Factor in Medically Unexplained Physical Symptoms. *Compr Psychiat*. 1998;39(3):152-9.
242. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Αθήνα: University Studio Press, Αθήνα; 1997.
243. Taylor GJ, Bagby M. Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *J Am Psychoanal Assoc*. 2013;61:99.

244. Lumley M, Neely L, Burger A. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess.* 2007;89:230-46.
245. Kano M, Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSoc Med.* 2013;7(1):1.
246. Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, Karvonen J, Koskinen M, Veijolac J. Epidemiology of alexithymia among adolescents. *J Psychosom Res.* 2007;63:373-6.
247. Bagby R, Taylor G. Affect dysregulation and alexithymia. In: Taylor G, Bagby R, Parker J, editors. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge University Press; 1997. p. 26– 45.
248. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatization: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res.* 2003;54:425-34.
249. Ciarrochi J, Heaven P, Supavadeeprasis S. The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: A 1-year longitudinal study. *J Adolesc.* 2008;31:565-82.
250. Rieffe C, De Rooij M. The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(6):349-56.
251. Lumley M, Smith J, DJ. L. The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain: Comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. *J Psychosom Res.* 2002;53(3):823–30.
252. Deary I, Scott S, Wilson J. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Pers Individ Differ.* 1997;22:551-64.
253. Allen L, Lu Q, Tsao J, Hayes L, Zeltzer L. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Health Psychol.* 2011;16(8):1177-86.
254. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt M, Novin S, Nasiri H, Latifian M. Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Pers Individ Differ.* 2010;48:425-30.
255. Rieffe C, Terwogt M, Bosch J, Kneepkens F, Douwes A, Jellesma F. Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cognition Emotion.* 2007;21(8):1630-46.
256. Jellesma F, Rieffe C, Terwogt M, Westenberg M. Do I feel sadness, fear or both? Comparing self-reported alexithymia and emotional task-performance in children with many or few somatic complaints. *Psychol Health.* 2009;24(8):881-93.
257. Flett G, Molnar D, Nepon T, Hewitt P. A mediational model of perfectionistic automatic thoughts and psychosomatic symptoms: The roles of negative affect and daily hassles. *Person Individ Differ.* 2012;52:565-70.



258. Lumley M, Cohen J, Borszcz G, Cano A, Radcliffe A, Porter L, et al. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. *J Clin Psychol.* 2011;67(9):942-68.
259. Merlijn VPBM, Hunfeld JAM, van der Wouden JC, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Koes BW, Passchier J. Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. *Pain.* 2003;101(1):33-43.
260. Murberg T, Bru E. The role of neuroticism and perceived school-related stress in somatic symptoms among students in Norwegian junior high schools. *J Adolesc.* 2007;30:203-12.
261. Rosmalen J, Neeleman J, Gans R, de Jonge P. The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *J Psychosom Res.* 2007;62:305–11.
262. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care— A follow-up study. *J Psychosom Res.* 2004;56:279–85.
263. Ode S, Robinson M. Agreeableness and the self-regulation of negative affect: Findings involving the neuroticism/somatic distress relationship. *Pers Individ Differ.* 2007;43:2137-48.
264. Muris P, Meesters C, van den Hout A, Wessels S, Franken I, Rassin E. Personality and Temperament Correlates of Pain Catastrophizing in Young Adolescents *Child Psychiatry Hum Dev.* 2007;38:171-81.
265. Lee M-S, Lim H, Ko Y-H, Han C, Kim Y-K, Yang J, et al. Characteristics of Type D personality in Korean adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21:699-706.
266. Szirmák Z. *The Big Five Model of Personality and Primary Prevention in Adolescence.* Berlin: Freien Universität Berlin; 2005.
267. Santed M, Sandin B, Chorot P, Olmedo M, Garcia-Campayo J. The role of negative and positive affectivity on perceived stress/subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatr.* 2003;15:199-216.
268. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2007;27:821–41.
269. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
270. Καράλης Ι, Langius Α, Τσιρογιάννη Μ, Faresjo Τ, Nettelblatt Ρ, Λιονής Χ. Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2004;21(2):195-203.
271. Moksnes U. *Stress and health in adolescents: The role of potential protective factors.* Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2011.
272. Torsheim T, Aaroe LE, Wold B. Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: Interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med.* 2001;53:603-14.

273. Moksnes U, Espnes G, Lillefjell M. Sense of coherence and emotional health in adolescents. *J Adolesc* 2012;35:433-41.
274. Myrin B, Lagerstrom M. Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta Pædiatr*. 2008;97:805-11.
275. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:376-81.
276. Moksnes UK, Rannestad T, Byrne DG, Espnes GA. The Association between Stress, Sense of Coherence and Subjective Health Complaints in Adolescents: Sense of Coherence as a Potential Moderator. *Stress Health*. 2011;27:e157-e65.
277. Jellesma F, Rieffe C, Terwogt M, Kneepkens F. Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Soc Sci Med*. 2006;63:2640-8.
278. Simonsson B, Nilsson KW, Leppert J, Diwan VK. Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: A cross-sectional school survey. *BioPsychoSoc Med*. 2008;2:1-8.
279. Honkinen P-L, Aromaa M, Suominen S, Rautava P, Sourander A, Helenius H, et al. Early Childhood Psychological Problems Predict a Poor Sense of Coherence in Adolescents: A 15-year Follow-up Study. *J Health Psychol*. 2009;14:587.
280. Modin B, Östberg V, Toivanen S, Sundell K. Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *J Adolesc*. 2011;34:129–39.
281. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future research. *Child Dev*. 2000;71(3):543-62.
282. Nielsen AM, Hansson K. Associations between adolescents' health, stress and sense of coherence. *Stress Health*. 2007;23:331-41.
283. Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc Sci Med*. 1997;44:1771-9.
284. Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrino*. 2004;29:567-92.
285. Jellesma F. Somatic Complaints in Childhood: How they are related to children's emotional and social functioning: Universiteit Leiden; 2008.
286. Schwarzer R, Jerusalem M, Kleine D. Predicting adolescent health complaints by personality and behaviors. *Psychol Health*. 1990;4(3):233-44.
287. Sukumaran S, Vickers B, Yates Y, Garralda M. Self-esteem in child and adolescent psychiatric patients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12:190-7.
288. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton NJ: Princeton University Press; 1965.

289. Skogbrott Birkeland M, Melvenik O, Holsen I, Wold B. Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *J Adolesc.* 2012;35:43-54.
290. Poikolainen K, Kanerva R, Lönnqvist J. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics.* 1995;96(1 Pt 1):59-63.
291. Wengler L, Rosen A-S. Optimism, Self-esteem, Mood and Subjective Health. *Pers Individ Diff.* 1995;8(15):653-61.
292. Gerber M, Pühse U. "Don't crack under pressure!"—Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? *J Psychosom Res.* 2008;65:363-9.
293. Eiser C, Havermans T, Eiser J. The emergence during adolescence of gender differences in symptom reporting. *J Adolesc.* 1995;18:307-16.
294. Wearden A, Lambertson N, Crook N, Walsh V. Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting. An extension to the four category model of attachment. *J Psychosom Res.* 2005;58:279-88.
295. Hosogi M, Okada A, Yamanaka E, Ootyou K, Tsukamoto C, Morishima T. Self-esteem in Children with Psychosomatic Symptoms: Examination of Low Self-esteem and Prognosis. *Acta Med Okayama.* 2007;61(5):271-81.
296. Murray K, Byrne D, Rieger E. Investigating adolescent stress and body image. *J Adolesc.* 2011;34:269-78.
297. Rauste-von Wright M. Body Image Satisfaction in Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *J Youth Adolesc.* 1989;18(1):71-83.
298. Rauste-von Wright M, von Wright J. A Longitudinal Study of Psychosomatic Symptoms in Healthy 11-18 year old Girls and Boys. *J Psychosom Res.* 1981;25(6):525-34.
299. Garrick T, Ostrov E, Offer D. Physical Symptoms and Self-Image in a Group of Normal Adolescents. *Psychosomatics.* 1988;29(1):73-80.
300. Kahumoku E, Vazsonyi A, Pagava K, Phagava H, Alsaker F, Michaud P-A. Objectified Body Consciousness and Mental Health in Female Adolescents: Cross-Cultural Evidence From Georgian and Swiss National Samples. *J Adolesc Health.* 2011;49:141-7.
301. Maunder R, Hunter J. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosom Med.* 2001;63:556-67.
302. Bartholomew K, Horowitz L. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61:226-44.
303. Meredith P, Ownsworth O, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:407-29.

304. Davies K, MacFarlane G, McBeth J, Morriss R, Dickens C. Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*. 2009;143(3):200-5.
305. Walsh TM, Symons DK, McGrath PJ. Relations between young children's responses to the depiction of separation and pain experiences. *Attach Hum Dev*. 2004;6:53-71.
306. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*. 2003;302:290-2.
307. Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for mental health. *Br J Med Psychol*. 1994;67:237-45.
308. Feeney J, Ryan S. Attachment style and affect regulation: relationships with health behaviour and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychol*. 1994;13:334-45.
309. Waldinger R, Schultz M, Barsky A, Ahern D. Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosom Med*. 2006;68:129-35.
310. Liu L, Cohen S, Schulz M, Waldinger R. Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Soc Sci Med*. 2011;73(9):1436-43.
311. Kidd T, Sheffield D. Attachment style and symptom reporting: examining the mediating effects of anger and social support. *Br J Health Psychol*. 2005;10(4):531-41.
312. Ciechanowsky P, Walker E, Katon W, Russo J. Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. *Psychosom Med*. 2002;64:660-7.
313. Taylor R, Mann A, White N, Goldberg D. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med*. 2000;30:931-41.
314. Taylor R, Marshall T, Mann A, Goldberg D. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychol Med*. 2012;42:855-64.
315. Haavisto A, Sourander A, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *J Affect Disord*. 2004;83(2-3):143-54.
316. Härmä A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scand J Prim Health Care*. 2002;20(2):92-6.
317. Ando S, Yamasaki S, Shimodera S, Sasaki T, Oshima N, Furukawa T, et al. A greater number of somatic pain sites is associated with poor mental health in adolescents: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:30.

318. Liakopoulou-Kairis M, Alifieraki T, Protagora D, Korpa T, Kondyli K, Dimosthenous E, et al. Recurrent abdominal pain and headache. Psychopathology, life events and family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002;11(3):115-22.
319. Campo J, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, et al. Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*. 2004;113:817-24.
320. Walker L, Garber J, Greene J. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: a comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol*. 1993;102:248-58.
321. Youssef N, Atienza K, Langseder A, Strauss R. Chronic Abdominal Pain and Depressive Symptoms: Analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Clin Gastroenterol H*. 2008;6:329-32.
322. Dufton L, Dunn M, Compas B. Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(2):176-86.
323. Strine T, Okoro C, McGuire L, Balluz L. The Associations Among Childhood Headaches, Emotional and Behavioral Difficulties, and Health Care Use. *Pediatrics*. 2006;117:1728.
324. Anttila P, Sourander A, Metsähonkala L, Aromaa M, Helenius H, Sillanpää M. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(4):421-9.
325. Kröner-Herwig B, Gassmann J. Headache disorders in children and adolescents: their association with psychological, behavioral, and socio-environmental factors. *Headache*. 2012;52(9):1387-401.
326. Carroll L, Cassidy J, Cote P. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*. 2004;107:134-9.
327. Diepenmaat ACM, van der Wal MF, de Vet HCW, Hirasing RA. Neck/Shoulder, Low Back, and Arm Pain in Relation to Computer Use, Physical Activity, Stress, and Depression Among Dutch Adolescents. *Pediatrics*. 2006;117:412.
328. Garralda M, Rangel L. Chronic fatigue syndrome of childhood Comparative study with emotional disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:424-30.
329. Garralda E, Rangel L, Levin M, Roberts H, Ukoumunne O. Psychiatric adjustment in adolescents with a history of chronic fatigue syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1515-21.
330. van Middendorp H, Geenen R, Kuis W, Heijnen C, Sinnema G. Psychological adjustment of adolescent girls with chronic fatigue syndrome. *Pediatrics*. 2001;107(3):e35.
331. Knook L, Konijnenberg A, van der Hoeven J, Kimpfen J, Buitelaar J, van Engeland H, et al. Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: what is the prevalence and clinical relevancy? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:39-48.

332. Kinnunen P, Laukkanen E, Kylma J. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *Int J Nurs Pract*. 2010;16:43-50.
333. White K, Farrell A. Anxiety and Psychosocial Stress as Predictors of Headache and Abdominal Pain in Urban Early Adolescents. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(6):582-96.
334. Bohman H, Jonsson U, Päären A, Knorring L, Olsson G, von Knorring A-L. Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry*. 2012;12:90.
335. Pine D, Cohen P, Brook J. The association between major depression and headache: results of a longitudinal epidemiological study in youth. *J Child Adoles Psychopharm*. 1996;6:153-64.
336. Viner R, Clark C, Taylor S, Kam Bhui K, Klineberg E, Head J, et al. Longitudinal Risk Factors for Persistent Fatigue in Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162(5):469-75.
337. Jones G, Silman A, Macfarlane G. Predicting the Onset of Widespread Body Pain Among Children. *Arthritis Rheum*. 2003;48(9):2615-21.
338. Siivola S, Levoska S, Latvala K, Hoskio E, Vanharanta H, Keinänen-Kiukaanniemi S. Predictive factors for neck shoulder pain: a longitudinal study in young adults. *Spine*. 2004;29:1662-9.
339. Mikkelsen M, Sourander A, Salminen J, Kautiainen H, Piha J. Widespread pain and neck pain in schoolchildren. A prospective one-year follow-up study. *Acta Paediatr*. 1999;88:1119-24.
340. Wolff N, Darlington A-SE, Hunfeld J, Jaddoe V, Hofman A, Raat H, et al. Concurrent and Longitudinal Bidirectional Relationships Between Toddlers' Chronic Pain and Mental Health: The Generation R Study. *J Pediatr Psychol*. 2012:1-11.
341. Rhee H. Prevalence and Predictors of Headaches in US Adolescents. *Headache*. 2000;40:528-38.
342. Paananen M, Taimela S, Auvinen J, Tammelin T, Kantomaa M, Ebeling H, et al. Risk factors for persistence of multiple musculoskeletal pains in adolescence: A 2-year follow-up study. *Eur J Pain*. 2010;14:1026-32.
343. Stahl M, Kautiainen H, El-Metwally A, Hakkinen A, Ylinen J, Salminen J, et al. Non-specific neck pain in schoolchildren: Prognosis and risk factors for occurrence and persistence. A 4-year follow-up study *Pain*. 2008;137:316-22.
344. Wiklund M, Malmgren-Olsson E-B, Öhman A, Bergström E, Fjellman-Wiklund A. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*. 2012;12:993.
345. Beiter M, Ingersoll G, Ganser J, Orr D. Relationships of behavioral and adolescents somatic symptoms to emotional risk in young. *J Pediatr*. 1991;118:473-8.

346. Kroenke K. The Interface Between Physical and Psychological Symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(suppl 7):11-8.
347. Andresen J, Woolfolk R, Allen L, Fragoso M, Youngerman N, Patrick-Miller T, et al. Physical Symptoms and Psychosocial Correlates of Somatization in Pediatric Primary Care. *Clin Pediatr*. 2011;50:904.
348. Taylor D, Szatmari P, Boyle M, Offord D. Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concern: a community study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:491-9.
349. Virtanen R, Aromaa M, Koskenvuo M, Sillanpää M, Pulkkinen L, Metsähonkala L, et al. Externalizing Problem Behaviors and Headache: A Follow-up Study of Adolescent Finnish Twins. *Pediatrics*. 2004;114:981.
350. El-Metwally A, Halder S, Thompson D, Macfarlane G, Jones G. Predictors of abdominal pain in schoolchildren: a 4-year population-based prospective study. *Arch Dis Child*. 2007;92:1094-8.
351. Sillanpää M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia*. 1991;11:239-42.
352. Borge A, Nordhagen R, Moe B, Botten G, Bakketeig L. Prevalence and persistence of stomachache and headache among children. Follow-up of a cohort of Norwegian children from 4 to 10 years of age. *Acta Paediatr*. 1994;83:433-7.
353. Campo J, Comer D, Jansen-McWilliams L, Gardner W, Kelleher K. Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. *J Pediatr*. 2002;141:76-83.
354. Galli F, D'Antuono G, Tarantino S, Viviano F, Borrelli O, Chirumbolo A, et al. Headache and recurrent abdominal pain: a controlled study by the means of the Child Behaviour Checklist (CBCL). *Cephalalgia*. 2007;27(3):211-9.
355. Vaalamo I, Pulkkinen L, Kinnunen T, Kaprio J, Rose R. Interactive Effects of Internalizing and Externalizing Problem Behaviors on Recurrent Pain in Children. *J Pediatr Psychol*. 2002;27(3):245-57.
356. Greenglass E. Proactive coping. In: Frydenberg E, editor. *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* London: Oxford University Press; 2002. p. pp. 37-62.
357. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
358. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research *Psychol Bull*. 2001;27:87-217.
359. Bandell-Hoekstra I, Abu-Saad H, Passchier J, Knipschild P. Recurrent Headache, Coping, and Quality of Life in Children: A Review. *Headache*. 2000;40:357-70.
360. Peres M, Lucchetti G. Coping Strategies in Chronic Pain *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14:331-8.

361. Penley J, Tomaka J, Wiebe J. The Association of Coping To Physical and Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. *J Behav Med.* 2002;25(6):551- 604.
362. Vervoort T, Eccleston C, Goubert L, Buysse A, Crombez G. Children's catastrophic thinking about their pain predicts pain and disability 6 months later. *Eur J Pain.* 2010;14(1):90-6.
363. Walker L, Freeman Baber K, Garber J, Smith C. A typology of pain coping strategies in pediatric patients with chronic abdominal pain. *Pain.* 2008;137:266–75
364. Lewis Claar R, Freeman Baber K, Simons L, Logan D, Walker L. Pain coping profiles in adolescents with chronic pain. *Pain.* 2008;140(2):368-75.
365. Ruchkin V, Eisemann M, Hägglöf B. Coping styles and psychosomatic problems: are they related? *Psychopathology.* 2000;33(5):235-9. Coping styles and psychosomatic problems: are they related?
366. Shirkey K, Smith C, Walker L. Dispositional Versus Episode-Specific Assessment of Children's Coping with Pain. *J Pediatr Psychol.* 2011;36(1):74–83.
367. Compas B, Boyer M, Stanger C, Colletti R, Thomsen A, Dufton L, et al. Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(6):1132-42.
368. Thomsen A, Compas B, Colletti R, Stanger C, Boyer M, Konik B. Parent Reports of Coping and Stress Responses in Children with Recurrent Abdominal Pain. *J Pediatr Psych.* 2002;27(3):215-26.
369. Carter BD, Threlkeld BM. Psychosocial perspectives in the treatment of pediatric chronic pain. *Pediatr Rheumatol.* 2012;10:15.
370. Piko B. Gender Differences and Similarities in Adolescents' Ways of Coping. *Psychol Rec.* 2001;51:223-35.
371. Creed F, Barsky A, Leiknes K. Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In: Creed F, Henningsen P, Fink P, editors. *Medically unexplained symptoms, somatization and bodily distress: developing better clinical services* Cambridge, UK.: Cambridge University Press; 2011. p. 1-42
372. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialties. *J Psychosom Res.* 2001;51:361-7.
373. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ.* 2001;332(32):1-4.
374. Reid S, Crayford T, Patel A, Wessely S, Hotopf M. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* 2003;33(3):519-24.



375. Hansen H, Rosendal M, Oernboel E, Fink P. Are medically unexplained symptoms and functional disorders predictive for the illness course? A two-year follow-up on patients' health and health care utilisation. *J Psychosom Res.* 2011;71(1):38-44.
376. Barsky A, Orav J, Bates D. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:903-10.
377. Al-Windi A, Dag E, Kurt S. The influence of perceived well-being and reported symptoms on health care utilization: A population-based study. *J Clin Epidemiol.* 2002;55:60–6.
378. Konerding U, Kohlmann T, Alte D, John U. Subjective health complaints, health-related quality of life and physician visits: results of the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Soz Praventiv Med.* 2006;51:162–73.
379. Walker L, Guite J, Duke M, Barnard J, Greene J. Recurrent abdominal pain: a potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescents and young adults. *J Pediatr.* 1998;132:1010–5.
380. CRIME UNOODA. The non-medical use of prescription drugs. Policy direction issues. New York: United Nations, 2011.
381. Moraes A, Delaporte T, Molena-Fernandes C, Falcao M. Factors associated with medicine use and self medication are different in adolescents. *Clinics.* 2011;66(7):1149-55.
382. Andersen A, Holstein B, Holme Hansen E. Is Medicine Use in Adolescence Risk Behavior? Cross-Sectional Survey of School-Aged Children from 11 to 15. *J Adolesc Health.* 2006;39:362-6.
383. Bertoldi A, Silveira M, Menezes A, Assunção M, Gonçalves H, Hallal P. Tracking of medicine use and self-medication from infancy to adolescence: 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *J Adolesc Health.* 2012;51(6 Suppl):S11-5. .
384. Ellul R, Cordina M, Buhagiar A, Fenech A, Mifsud J. Health complaints and use of medicines among adolescents in Malta. *Pharm Pract.* 2008;6(3):165-70.
385. Due P, Holme Hansen E, Merlo J, Andersen A, Holstein B. Is Victimization From Bullying Associated With Medicine Use Among Adolescents? A Nationally Representative Cross-sectional Survey in Denmark. . *Pediatrics.* 2007;120:110.
386. Koushede V, Holstein B, Andersen A, Holme Hansen E. Stress and medicine use for headache: does sense of coherence modify the association? *Eur J Public Health.* 2010;21(5):656-61.
387. Andersen A, Holstein B, Pernille Due P, Holme Hansen E. Medicine use for headache in adolescence predicts medicine use for headache in young adulthood. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009;18:619–23.
388. Koushede V, Holstein B. Sense of Coherence and Medicine Use for Headache Among Adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;45:149–55

389. Holstein B, Andersen A, Krølner R, Due P, Holme Hansen E. Young adolescents' use of medicine for headache: Sources of supply, availability and accessibility at home. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2008;17:406-10.
390. Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Ξανθάκη Μ, Καναβού Ε. Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής., 2011.
391. Rask K, Astedt-Kurki P, Tarkka M-T, Laippala P. Relationships Among Adolescent Subjective Well-Being, Health Behavior, and School Satisfaction. *J Sch Health.* 2002;72(61):243-9.
392. Madarasova Geckova A, van Dijk J, Honcariv R, Groothoff J, Post D. Influence of Health Risk Behavior and Socio-economic Status on Health of Slovak Adolescents. *Croat Med J.* 2003;44(1):41-9.
393. Robberstad L, Dyb G, Hagen K, Stovner L, Holmen T, Zwart J-A. An unfavorable lifestyle and recurrent headaches among adolescents The HUNT Study. *Neurology.* 2010;75(8):712-7.
394. Jarvelaid M. Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors. *Scand J Prim Health Care.* 2004;22:50-3.
395. Kovacs F, Gestoso M, Gil del Real M, López J, Mufraggi N, Méndez J. Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain.* 2003;103(3):259-68.
396. Chen C-Y, Storr C, Tang G-M, Huang S-L, Hsiao C, Chen W. Early alcohol experiences and adolescent mental health: A population-based study in Taiwan. *Drug Alcohol Depen.* 2008;95:209-18.
397. Clark D. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction.* 2004;99(Suppl. 2):5-22.
398. Hoel S, Eriksen B, Breidablik H-J, Meland E. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scand J Public Health.* 2004;32:361-7.
399. Pitkanen T. Problem drinking and psychological well-being: A five-year follow-up study from adolescence to young adulthood. *Scand J Psychol.* 1999;40:197-207.
400. Hansell S, White H, Vali F. Specific alcoholic beverages and physical and mental health among adolescents. *J Studies Alcohol.* 1999;60:209-18.
401. Laukkanen E, Shemeikka S, Viinamäki H, Pölkki P, Lehtonen J. Heavy Drinking Is Associated With More Severe Psychosocial Dysfunction Among Girls Than Boys in Finland. *J Adolesc Health.* 2001;28(4):270-7.
402. Strandheim A, Bratberg G, Holmen T, Coombes L, Bentzen N. The influence of behavioural and health problems on alcohol and drug use in late adolescence - a follow up study of 2 399 young Norwegians. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2011;5(1):17.
403. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lönnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcohol.* 2001;36(1):85-8.

404. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle M, Offord D. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics*. 1999;103:1203-9.
405. Hoffman J, Welte J, Barnes G. Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addict Behav*. 2001;26:63-78.
406. Hurrelmann K, Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *J Public Health* 2006;14:20–8
407. Weinstein S, Mermelstein R, Shiffman S, Flay B. Mood Variability and Cigarette Smoking Escalation among Adolescents. *Psychol Addict Behav*. 2008;22(4):504-13.
408. Kempainen U, Tossavainen K, Vartiainen E, Puska P, Jokela V, Pantelejev V, et al. Identifying Russian and Finnish adolescents' problem behaviours. *Health Edu*. 2007;107(1):81-98.
409. Simpson K, Janssen I, Boyce W, Pickett W. Risk taking and recurrent health symptoms in Canadian adolescents. *Prev Med*. 2006;43(1):46-51.
410. King S, Iacono W, McGue M. Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*. 2004;99:1548–59.
411. Kivivuori J. Delinquent Behaviour, Psychosomatic Symptoms and the Idea of "Healthy Delinquency". *J Scand Studies Criminol Crime Prevent*. 2000;1(2):121-39.
412. Nation M, Heflinger C. Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *Am J Drug Alcohol Ab*. 2006;32:415-33.
413. Hasin D, Katz H. Somatoform and substance use disorders. *Psychosom Med*. 2007;69(9):870-5.
414. Hassan I, Ali R. The association between somatic symptoms, anxiety disorders and substance use. A literature review. *Psychiatr Q*. 2011;82(4):315-28.
415. Spriggs Madkour A, Farhat T, Tucker Halpern C, Godeau E, Gabhainn S. Early Adolescent Sexual Initiation and Physical/Psychological Symptoms: A Comparative Analysis of Five Nations. *J Youth Adolesc*. 2010;39(10):1211-25.
416. Isshiki Y, Morimoto K. Lifestyles and Psychosomatic Symptoms among Elementary School Students and Junior High School Students. *Environ Health Prev Med*. 2004;9:95-102.
417. Chen M-F. The mediating role of subjective health complaints on willingness to use selected functional foods. *Food Qual Prefer* 2011;22:110-8.
418. Richter M, Erhart M, Vereecken C, Alessio Zambon A, William Boyce W, Gabhainn S. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med*. 2009;69:396-403.

419. Alricsson M, Landstad B, Romild U, Werner S. Self-Related Health, Physical Activity and Complaints in Swedish High School Students. *ScientificWorldJournal*. 2006;6:816-26.
420. Iannotti R, Hanssen I, Haug E, Kololo H, Annaheim B, Borraccino A, et al. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *Int J Public Health*. 2009;54:S191–S8; .
421. Iannotti R, Kogan M, Janssen I, Boyce W. Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen-Based Media Use, and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada. *J Adolesc Health*. 2009;44:493-9.
422. Laftman SB, Ostberg V. The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. *Soc Sci Med*. 2006;63(3):611-23.
423. Zambon A, Morgan A, Vereecken C, Colombini S, Boyce W, Mazur J, et al. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(1):89-95.
424. Haugland S, Wold B, Torsheim T. Relieving the pressure? The role of physical activity in the relationship between school-related stress and adolescent health complaints. *Res Q Exerc Sport*. 2003;74(2):127-35.
425. Katon W, Richardson L, Russo J, McCarty C, Rockhill C, McCauley E, et al. Depressive symptoms in adolescence: the association with multiple health risk behaviors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:233-9.
426. Torsheim T, Eriksson L, Schnohr C, Hansen F, Bjarnason T, Valimaa R. Screen-based activities and physical complaints among adolescents from the Nordic countries. *BMC Public Health*. 2010;10:324.
427. Cao H, Sun Y, Wan Y, Hao J, Tao F. Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. *BMC Public Health*. 2011 (11):802.
428. Κοκκέβη Α, Σταύρου Μ, Φωτίου Α, Καναβού Ε. Η παχυσαρκία στους εφήβους. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2011.
429. Organization WH. Obesity and overweight. World Health Organization, 2011 Contract No.: Fact sheet N°311.
430. Berg I, Simonsson B, I. R. Social background, aspects of lifestyle, body image, relations, school situation, and somatic and psychological symptoms in obese and overweight 15-year-old boys in a county in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(2):95-101.
431. Falkner N, Neumark-Sztainer D, Story M, Jeffery R, Beuhring T, Resnick M. Social, educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obes Res*. 2001;9(1):32-42.
432. Viner R, Haines M, Taylor S, Head J, Booy R, Stansfeld S. Body mass, weight control behaviours, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(10):1514-21.

433. Turk D, Flor H, Rudy T. Pain and families. I. Etiology, maintenance, and psychosocial impact. *Pain*. 1987;30(1):3-27.
434. Evans S, Tsao JCI, Lu Q, Myers C, Suresh J, Zeltzer LK. Parent-Child Pain Relationships from a Psychosocial Perspective: A Review of the Literature. *J Pain Manag*. 2008;1(3):237-46.
435. Logan DE, Scharff L. Relationships Between Family and Parent Characteristics and Functional Abilities in Children with Recurrent Pain Syndromes: An Investigation of Moderating Effects on the Pathway from Pain to Disability. *J Pediatr Psychol*. 2005;30(8):698–707.
436. Palermo T, Chambers C. Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: an integrative approach. *Pain*. 2005;119(1-3):1-4.
437. Hughes EK, Eleonora Gullone E. Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:92-117.
438. Lewandowski AS, Palermo TM, Stinson J, Handley S, Chambers CT. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *J Pain*. 2010;11(11):1027-38.
439. Frojd S. Mental Health in Middle Adolescence. Associations of Family Factors with Diverse Maladjustment Outcomes. Tampere, Finland: University of Tampere; 2008.
440. Vanaelst B, De Vriendt T, Ahrens W, Bammann K, Hadjigeorgiou C, Konstabel K, et al. Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(5):253-6.
441. Sweeting H, West P. Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate? *Soc Sci Med*. 1995;40(2):163-75.
442. Aro H, Paronen Oa, Aro S. Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry*. 1987;22:171-6.
443. and PK, R. K. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics* 1995;96:59-63.
444. Amato P, Keith B. Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis *Psychol Bull*. 1991;110(1):26-46.
445. McMunn AM, Nazroo JY, Marmot MG, Boreham R, Goodman R. Children’s emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the Health Survey for England. *Soc Sci Med*. 2001;53:423-40.
446. Cuffe S, McKeown R, Addy C, Garrison C. Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(2):121-9.

447. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Edu.* 2010;110(3):152-68.
448. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, group tBs. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008;Suppl 1(17):133-47.
449. Rask K, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Laippala P. Adolescent subjective well-being and family dynamics *Scand J Caring Sci.* 2003;17:129-38.
450. Sweeting H. Our family, whose perspective? An investigation of children's family life and health. *J Adolesc.* 2001;24(2):229-50.
451. Heard HE, Gorman BK, Kapinus CA. Family Structure and Self-Rated Health in Adolescence and Young Adulthood. *Popul Res Policy Rev.* 2008;27:773-97.
452. Falci C. Family structure, closeness to residential and nonresidential parents and psychological distress in early and middle adolescence. *Sociol Q.* 2006;47:123-46.
453. 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.
454. Moreno C, Sanchez-Queija I, Munoz-Tinoco V, Gaspar de Matos M, Dallago L, Ter Bogt T, et al. Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health.* 2009;54:S235-S42.
455. Sentse M, Lindenberg S, Omvlee A, Ormel J, Veenstra R. Rejection and Acceptance Across Contexts: Parents and Peers as Risks and Buffers for Early Adolescent Psychopathology. The TRAILS Study. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(1):119-30.
456. Galambos N, Barker E, Almeida D. Parents Do Matter: Trajectories of Change in Externalizing and Internalizing Problems in Early Adolescence. *Child Dev.* 2003;74(2):578-94.
457. Sheeber LB, Davis B, Leve C, Hops H, Tildesley E. Adolescents' relationships with their mothers and fathers: associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(1):144-54.
458. Wickrama K, Lorenz F, Conger R. Parental Support and Adolescent Physical Health Status: A Latent Growth- Curve Analysis *J Health Soc Behav.* 1997;38(2):149-63.
459. Weinstein SM, Mermelstein RJ, Hedeker D, Hankin B, Flay BR. The Time-Varying Influences of Peer and Family Support on Adolescent Daily Positive and Negative Affect. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35(3):420-30.
460. Karademas EC, Peppas N, Fotiou A, Kokkevi A. Family, School and Health in Children and Adolescents: Findings from the 2006 HBSC Study in Greece. *J Health Psychol.* 2008;13(8):1012-20.

461. Leinonen J, Solantaus T, Punamaki R-L. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(2):227-41.
462. Bjarnason T, Sigurdardottir T. Psychological distress during unemployment and beyond: social support and material deprivation among youth in six northern European countries *Soc Sci Med*. 2003;56:973-385.
463. Tanaka H, Tamai H, Terashima S, Takenaka Y, Tanaka T. Psychosocial factors affecting psychosomatic symptoms in Japanese schoolchildren. *Pediatr Intern*. 2000;42:354-8.
464. Flouri E, Buchanan A. The role of father involvement in children's later mental health. *J Adolesc*. 2003;26:63-78.
465. Pedersen M, Granada Alcon M, Moreno Rodriguez C, R. S. Family. In: al Ce, editor. *Young People's Health in Context; Health Behaviour in School-Aged Children: WHO Cross-National Study (HBSC), International Report from the 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO; 2004.
466. Maccoby E, J. M. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. . In: Hetherington E, editor. *Handbook of child psychology*. New York: Wiley; 1983. p. 1-101.
467. Woodhouse S, Dykas M, Cassidy J. Perceptions of secure base provision within the family. *Attach Hum Dev*. 2009;11(1):47-67.
468. Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Σταύρου Μ, Ξανθάκη Μ, Καναβού Ε. Η οικογένεια των εφήβων. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2011.
469. Ballash N, Pemble M, Usui W, Buckley A, Woodruff-Borden J. Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *J Anxiety Disord*. 2006;20:486-97.
470. Berg-Nielsen T, Vikan A, Dahl A. Parenting Related to Child and Parental Psychopathology: A Descriptive Review of the Literature *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2002;7:529.
471. Evans S, Shipton EA, Keenan T. The Relationship Between Maternal Chronic Pain and Child Adjustment: The Role of Parenting as a Mediator. *J Pain*. 2006;7(4):236-43.
472. Helgeland H, Sandvik L, Mathiesen KS, Kristensen H. Childhood predictors of recurrent abdominal pain in adolescence: A 13-year population-based prospective study. *J Psychosom Res*. 2010;68:359-67.
473. Van Slyke D, Walker LP. Mothers' Responses to Children's Pain. *Clin J Pain* 2006;22(4):387-91.
474. Guite JW, Logan DE, McCue R, David D. Sherry DDa, Rose JB. Parental Beliefs and Worries Regarding Adolescent Chronic Pain. *Clin J Pain*. 2009;25(3):223-32.
475. Cant Peterson C, Mizell Palermo T. Parental Reinforcement of Recurrent Pain: The Moderating Impact of Child Depression and Anxiety on Functional Disability. *J Pediatr Psychol*. 2004;29(5):331-41.
476. Muris P, Meesters C. Children's somatization symptoms: correlations with trait anxiety, anxiety sensitivity, and learning experiences. *Psychol Rep*. 2004;94(3 Pt 2):1269-75.

477. Simons L, Claar R, Logan D. Chronic Pain in Adolescence: Parental Responses, Adolescent Coping, and their Impact on Adolescent's Pain Behaviors. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(8):894-904.
478. Walker LS, Williams SE, Smith CA, Garber J, Van Slyke DA, Lipani TA. Parent attention versus distraction: Impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain*. 2006;122(1-2):43-52.
479. Claar RL, Simons L, Logan DE. Parental response to adolescent's pain: The moderating impact of adolescent's emotional distress on symptoms and disability. *Pain*. 2008;138(1):172-9.
480. Moos R. *The social climate scales: An overview*. . Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1974.
481. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: 6. Theoretical update. *Fam Process*. 1983;22:69-83.
482. Baer J. Is Family Cohesion a Risk or Protective Factor During Adolescent Development? *J Marriage Fam*. 2002;64:668-75.
483. Eccleston C, Crombez G, Scotford A, Clinch J, Connell H. Adolescent chronic pain: Patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*. 2004;108:221-9.
484. Logan D, Guite J, Sherry D, Rose J. Adolescent–Parent Relationships in the Context of Adolescent Chronic Pain Conditions. *Clin J Pain*. 2006;22:576-83.
485. Aro H. Parental Discord, Divorce and Adolescent Development. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*. 1988;237:106-11.
486. Davies PT, Windle M. Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Dev Psychol*. 1997;33(4):657-68.
487. Lucia V, Breslau N. Family cohesion and children's behavior problems: A longitudinal investigation. *Psychiatry Res*. 2006;141(2):141-9.
488. Scharff L, Langan N, Rotter N, Scott-Sutherland J, Schenck C, Taylor N, et al. Psychological, behavioral, and family characteristics of pediatric patients with chronic pain: A 1-year retrospective study and cluster analysis. *Clin J Pain*. 2005;21:432-8.
489. Παπαδιώτη Β. *Οικογένεια και όρια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα; 2000.
490. Janssens K, Oldehinkel A, Rosmalen J. Parental Overprotection Predicts the Development of Functional Somatic Symptoms in Young Adolescents. *Journal of Pediatrics*. 2009;154(6):918-23.
491. Yahav R. The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child Care Health Dev*. 2006;33(4):460–71.
492. Lipani TA, Walker LS. Children's Appraisal and Coping with Pain: Relation to Maternal Ratings of Worry and Restriction in Family Activities. *J Pediatr Psychol* 2006;31(7):667-73.



493. Evans S, Keenan T. Parents with chronic pain: are children equally affected by fathers as mothers in pain? A pilot study. *J Child Health Care*. 2007;11(2):143-57.
494. Kristjansdottir G. Familial aggregation and pain theory relating to recurrent pain experiences in children. *Acta Paediatr*. 2000;89(12):1403-5.
495. Campo J, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker LS, Di Lorenzo C, et al. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(131-137).
496. Mikail S, von Baeyer C. Pain, somatic focus, and emotional adjustment in children of chronic headache sufferers and controls. *Soc Sci Med*. 1990;31(1):51-9.
497. Livingston R, Witt A, Smith G. Families who somatize. *J Dev Behav Pediatr*. 1995;16(1):42-6.
498. Craig TKJ, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med*. 2002;32:805-16.
499. Walker L, Garber J, Greene J. Somatic Complaints in Pediatric Patients: A Prospective Study of the Role of Negative Life Events, Child Social and Academic Competence, and Parental Somatic Symptoms. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(6):1213-21.
500. Levy R, Whitehead W, Walker L, Von Korff M, Feld A, Garner M, et al. Increased somatic complaints and health-care utilization in children: Effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(12):2442-51.
501. Wolff N, Darlington A-S, Hunfeld J, Verhulst F, Jaddoe V, Hofman A, et al. Determinants of Somatic Complaints in 18-month-old Children: The Generation R Study. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(3):306-16.
502. Kanazawa M, Endo Y, Whitehead W, Kano M, Hongo M, Fukudo S. Patients and nonconsulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress. *Dig Dis Sci*. 2004;49(6):1046-53.
503. Wright JB, Beverley DW. Chronic fatigue syndrome. *Archives of Disease in Childhood*. 1998;79:368-74.
504. Mordoch E, Hall W. Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qual Health Res*. 2008;18(8):1127-44.
505. Beardslee W, Versage E, Gladstone T. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(11):1134-41.
506. Rutter M, QUINTON D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med*. 1984;14:853-80.
507. Masuda A, Yamanaka T, Hirakawa T, Koga Y, Minomo R, Munemoto T, et al. Intra- and extra-familial adverse childhood experiences and a history of childhood psychosomatic disorders among Japanese university students. *Biopsychosoc Med*. 2007;1:9.

508. Ramchandani P, Stein A, Hotopf M, Wiles N, Alspac Study Team T. Early Parental and Child Predictors of Recurrent Abdominal Pain at School Age: Results of a Large Population-Based Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(6):729-36.
509. Garber J, Zeman J, Walker L. Recurrent Abdominal Pain in Children: Psychiatric Diagnoses and Parental Psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(4):648-56.
510. Lewinsohn P, Olin T, Klein D. Psychosocial Impairment in Offspring of Depressed Parents. *Psychol Med*. 2005;35(10):1493-503.
511. Jamison RN, Walker LS. Illness behavior in children of chronic pain patients. *Int J Psychiatry Med*. 1992;22(4):329-42.
512. Korhonen M, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *J Affect Disord*. 2012;136:680-92.
513. Minuchin S, Fishman HC. Psychosomatic family in child psychiatry. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1979;18:76-91.
514. Roy R. Family aitiology of psychogenic pain: the systems perspective *Contemp Fam Ther*. 1987;9(4):263-74.
515. Roustit C, Campoy E, Chaix B, Chauvin P. Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19:597–604.
516. Gil-Rivas V, Greenberger E, Chen C, Montero y Lopez-Lena M. Understanding depressed mood in the context of a family-oriented culture. *Adolescence*. 2003;38:93-109.
517. Barker E, Copeland W, Maughan B, Jaffee S, Uher R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *Br J Psychiatry*. 2012;200(2):124-9.
518. Evans S, Keenan T, Shipton E. Psychosocial adjustment and physical health of children living with maternal chronic pain. *J Paediatr Child Health*. 2007;43(4):262-70.
519. van de Putte EM, van Doornen LJP, Engelbert RHH, Kuisa W, Kimpfen JLLa, Uiterwaal CSPM. Mirrored Symptoms in Mother and Child With Chronic Fatigue Syndrome *Pediatrics*. 2006;117(6):2074-9.
520. Stein JA, Newcomb MD. Children’s internalizing and externalizing behaviors and maternal health problems. *J Pediatr Psychol*. 1994;19:571-94.
521. Evans S, de Souza L. Dealing With Chronic Pain: Giving Voice to the Experiences of Mothers With Chronic Pain and Their Children. *Qual Health Res*. 2008;18:489-500.
522. Armistead L, Klein K, Forehand R. Parental Physical Illness and Child Functioning. *Clin Psychol Rev*. 1995;15(5):409–22.

523. Rodrigue JR, Houck CD. Parental Health and Adolescent Behavioral Adjustment. *Child Health Care*. 2001;30(2):79-91.
524. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*. 2009;374:646-53.
525. Thomas AM, Forehand R. The relationship between paternal depressive mood and early adolescent functioning. *J Fam Psychol*. 1991;4:260-71.
526. Connell AM, Goodman SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2002;128(5):746-73.
527. Weitzman W, Rosenthal D, Liu Y-H. Paternal Depressive Symptoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States. *Pediatrics*. 2011;128:1126.
528. Helgeland H, Van Roy B, Sandvik L, Markestad T, Kristensen H. Paediatric functional abdominal pain: significance of child and maternal health. A prospective study. *Acta Pædiatr*. 2011;100:1461-7.
529. Κοκκέβη Α, Ξανθάκη Μ, Φωτίου Α, Καναβού Ε. Φιλικές σχέσεις και επικοινωνία στους εφήβους. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα, 2011., 2011.
530. Rubin KH, Dwyer KM, Kim AH, Burgess KB, Booth-LaForce C, Rose-Krasnor L. Attachment, Friendship, and Psychosocial Functioning in Early Adolescence. *J Early Adolesc* 2004;24(4):326-56.
531. Gaertner A, Fite P, Colder C. Parenting and Friendship Quality as Predictors of Internalizing and Externalizing Symptoms in Early Adolescence. *J Child Fam Stud*. 2010;19:101–8
532. Jellesma FC, Rieffe C, Terwogt MM. My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Soc Sci Med*. 2008;66:2195-205.
533. Løhre A, Lydersen S, Vatten L. Factors associated with internalizing or somatic symptoms in a cross-sectional study of school children in grades 1-10. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4:33.
534. Aro H, Hänninen V, Paronen O. Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14-16-year-old adolescents. *Soc Sci Med*. 1989;29(9):1051-6.
535. Gustafsson PE, Janlert U, Theorell T, Westerlund H, Hammarstrom A. Do Peer Relations in Adolescence Influence Health in Adulthood? Peer Problems in the School Setting and the Metabolic Syndrome in Middle-Age. *PLoS ONE*. 2012;7(6):e39385.
536. Ostberg V, Modin B. Status relations in school and their relevance for health in a life course perspective: findings from the Aberdeen children of the 1950's cohort study. *Soc Sci Med*. 2008;66(4):835-48.
537. Modin B, Ostberg V, Almquist Y. Childhood peer status and adult susceptibility to anxiety and depression. A 30-year hospital follow-up. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39(2):187-99.

538. Laible DJ, Carlo G, Raffaelli M. The Differential Relations of Parent and Peer Attachment to Adolescent Adjustment. *J Youth Adolescence*. 2000;29(1):45-59.
539. Walsh SD, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H. Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being (psychosomatic complaints) among immigrant and Israeli born adolescents. *Soc Sci Med*. 2010;70:976-84.
540. Guite J, Walker L, Smith C, Garber J. Children's perceptions of peers with somatic symptoms: The impact of gender stress and illness. *J Pediatr Psychol*. 2000;25:125-35.
541. Hatchette J, McGrath P, Murray M, Allen Finley A. The role of peer communication in the socialization of adolescents' pain experiences: a qualitative investigation. *BMC Pediatrics*. 2008;8:2.
542. Forgeron P, King S, JN. S, McGrath P, MacDonald A, Chambers C. Social Functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: a systematic review. *Pain Res Manage*. 2010;15(1):27-41.
543. Ravens-Sieberer U, Freeman J, Kokonyei G, Thomas C, Erhart M. School as a determinant for health outcomes – a structural equation model analysis. *Health Edu*. 2009;109(4):342-56.
544. Karasek RAJ. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Admin Sci Quart*. 1979;24(2):285-308.
545. Eriksson U, Sellström E. School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren: A multilevel study. *Scand J Public Health*. 2010;38:344-50.
546. Hart SL, Hodgkinson SC, Belcher HM, Hyman C, Cooley-Strickland M. Somatic symptoms, peer and school stress, and family and community violence exposure among urban elementary school children. *J Behav Med*. 2013;36(5):454-65.
547. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *J Adolesc*. 2001;24:701-13.
548. Hjern A, Alfven G, Ostberg V. School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Pædiatr*. 2008;97:112-7.
549. Takata Y. Research on psychosomatic complaints by senior high school students in Tokyo and their related factors. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55:3-11.
550. Laftman S, Modin M. School-performance indicators and subjective health complaints: are there gender differences? *Sociol Health Illn*. 2012;34(4):608–25.
551. Takakura M, Wake N, Kobayashi M. Psychosocial school environment, satisfaction with school and health complaints among Japanese high school students. *School Health*. 2005;1:1-8.

552. Karvonen S, Vikat A, Rimpela M. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *J Adolesc.* 2005;28:1–16.
553. Schraml K, Perski A, Grossi G, Simonsson-Sarnecki M. Stress symptoms among adolescents: the role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *J Adolesc.* 2011;34(5):987-96.
554. Batonek F. The role of self-esteem for the relation between school performance and psychosomatic health in adolescence Sex differences and gender theoretical interpretations [Master Thesis for Public Health]. Stockholm, Sweden 2012.
555. Frojd SA, Nissinen ES, Pelkonen MUI, M.J. M, Koivisto A-M, Kaltial-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc.* 2008;31(4):485–98.
556. Saab H, Klinger D. School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Soc Sci Med.* 2010;70:850-8.
557. Thompson D, Iachan R, Overpeck M, Ross J, Gross L. School Connectedness in the Health Behavior in School-Aged Children Study: The Role of Student, School, and School Neighborhood Characteristics. *J Sch Health.* 2006;76(7):379-86.
558. Freeman J, Samdal O, Klinger D, Dur W, Griebler R, Currie D, et al. The relationship of schools to emotional health and bullying. *Int J Public Health.* 2009;54:251-9.
559. Ostberg V. Children in classrooms: peer status, status distribution and mental well-being. *Soc Sci Med.* 2003;56:17–29.
560. Almquist Y. The school class as a social network and contextual effects on childhood and adult health: Findings from the Aberdeen Children of the 1950s cohort study. *Soc Networks.* 2011;33:281– 91.
561. Modin B, Östberg V. School climate and psychosomatic health: a multilevel analysis. *Sch Eff Sch Improv.* 2009;20(4):433-55.
562. Almquist Y, Modin B, Agustine L. School-performance indicators and subjective health complaints: A Multilevel Approach. *J Sch Health.* 2013;83(10):690-6.
563. DuBois D, Felner R, Meares H, Krier M. Prospective investigation of the effects of socioeconomic disadvantage, life stress, and social support on early adolescent adjustment. *J Abnormal Psychol.* 1994;103(3):511-22.
564. Aro H. Life stress and psychosomatic symptoms among 14 to 16-year old Finnish adolescents. *Psychol Med.* 1987;17:191-201.
565. Santinello M, Vieno A, De Vogli R. Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness Massimo Santinello, BA; Alessio Vieno, PhD; Roberto De Vogli, PhD (*Headache* 2009;49:366-374). *Headache.* 2009;49:366-74.

566. Bergh D, Hagquist C, Starrin B. Social relations in school and psychosomatic health among Swedish adolescents—the role of academic orientation. *Eur J Public Health*. 2011;21(6):699-704.
567. Natvig G, Albrektsen G, Anderssen N, Qvarnstrøm U. School-related Stress and Psychosomatic Symptoms Among School Adolescents. *J Sch Health*. 1999;69(9):362-8.
568. Piko B. Social support and health in adolescence: a factor analytical study. *Br J Health Psychol*. 1998;3:333-44.
569. Torsheim T, Wold B. School-Related Stress, School Support, and Somatic Complaints: A General Population Study. *J Adolesc Res*. 2001;16(3):293-303.
570. Olweus D. Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(7):1171-90.
571. Nixon C, Linkie C, Coleman P, Fitch C. Peer relational victimization and somatic complaints during adolescence. *J Adolesc Health*. 2011;49(3):294-9.
572. Rahey L. The direct and moderating effect of bullying on adolescent health. Kingston, Ontario, Canada: Queen's University; 2007.
573. Sourander A, Jensen P, Ronning J, Niemelä S, Helenius H, Sillanmäki L, et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" Study. *Pediatrics*. 2007;120(2):397-404.
574. Sourander A, Ronning J, Brunstein-Klomek A, Brunstein-Klomek A, Gyllenberg D, Kumpulainen K, et al. Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: findings from the Finnish 1981 birth cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(9):1005-12.
575. Gini G, Pozzoli T. Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2009;123:1059-65.
576. Due P, Holstein B, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain S, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross-sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health*. 2005;15(2):128-32.
577. Baldry A. The impact of direct and indirect bullying on the mental and physical health of Italian youngsters. *Aggress Behav*. 2004;30:343-55.
578. Luukkonen A-H, Räsänen P, Hakko H, Riala K, Workgroup TS-. Bullying behavior in relation to psychiatric disorders and physical health among adolescents: A clinical cohort of 508 underage inpatient adolescents in Northern Finland. *Psychiatry Res*. 2010;178(1):166-70.
579. Rigby K. Peer victimization at school and the health of secondary school students. *Br J Educ Psychol*. 1999 (69).

580. Rigby K. Effects of peer victimisation in schools and perceived social support on adolescence wellbeing. *J Adolesc.* 2000;23:57-68.
581. Vernberg E, Nelson T, Fonagy P, Twemlow S. Victimization, Aggression, and Visits to the School Nurse for Somatic Complaints, Illnesses, and Physical Injuries. *Pediatrics.* 2011;127:842-8.
582. Laftman S, Modin B, Östberg V. Cyberbullying and subjective health complaints: a large-scale study of school pupils in Stockholm, Sweden *Child Youth Serv Rev.* 2013;35(1):112-9.
583. Nishina A, Juvonen J, Witkow M. Sticks and stones may break my bones, but names will make me feel sick: the psychosocial, somatic, and scholastic consequences of peer harassment. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005;34(1):37-48.
584. Fekkes M, Pijpers F, Fredriks A, Vogels T, Verloove-Vanhorick S. Do Bullied Children Get Ill, or Do Ill Children Get Bullied? A Prospective Cohort Study on the Relationship Between Bullying and Health-Related Symptoms. *Pediatrics.* 2006;117:1568.
585. Ystgaard M. Life stress, social support and psychological distress in late adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32:277-83.
586. Rothon C, Head J, Klineberg E, Stansfeld S. Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *J Adolesc.* 2011;34:579-88.
587. Weinstein SM, Mermelstein RJ, Hedeker D, Hankin BL, R. Flay BR. The Time-Varying Influences of Peer and Family Support on Adolescent Daily Positive and Negative Affect. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35(3):420-30.
588. Ottova V, Erhart M, Vollebergh W, Kökönyei G, Morgan A, Gobina I, et al. The Role of Individual- and Macro-Level Social Determinants on Young Adolescents' Psychosomatic Complaints. *Journal of Early Adolescence.* 2012;32(1):126-58.
589. Eriksson U, Hochwälder J, Carlsund A, Sellström E. Health outcomes among Swedish children: the role of social capital in the family, school and neighbourhood. *Acta Pædiatr.* 2012;101(513-517).
590. Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebé C, Bisegger C, Duer W, et al. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health.* 2007;7:182.
591. Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith R, editors. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC): Research Protocol for the 2001/2002 Survey.* Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh; 2001.

592. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence –reliability and validity of survey methods. *J Adolesc.* 2001;24(5):611-24.
593. Boyce W, Torsheim T, Currie C, Zambon A, . The family affluence scale as a measure of national wealth: validation of an adolescent self-reported measure. *Soc Indicat Res.* 2006;78:437-87.
594. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holsteinn B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the HBSC Family Affluence Scale. *Soc Sci Medicine.* 2008;66:1429-36.
595. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581-6.
596. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. In: Shumaker S, Berzon R, editors. *The international assessment of health-related quality of life.* New York: Oxford Rapid Communications; 1995.
597. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V, Tountas Y. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Ann Gen Psychiatry.* 2009;8(20).
598. Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Papadopoulou K, Tzavara C, Kolaitis G, Ravens-Sieberer U, et al. Reliability and validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Greek adolescents and their parents. *Health.* 2013;5(11):1774-83.
599. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality-of life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2005;5(3):353-64.
600. Ravens-Sieberer U, Group tEK. *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents - Handbook.* Lengerich: Papst Science Publisher; 2006.
601. Tzavara C, Tzonou A, Zervas I, Ravens-Sieberer U, Dimitrakaki C, Tountas Y. Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 health-related quality of life questionnaire in a Greek adolescent population. *Ann Gen Psychiatry.* 2012;11:3.
602. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320:1240.
603. OECD. *Classifying Educational Programmes. Manual for ISCED-97 implementation in OECD countries.* France: Cedex, 1999.
604. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34:220-33.
605. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:55-63.



606. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1996.
607. Weissman MM, Olfson M, Gameroff MJ, et al. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *Am J Psychiatry* 2001;158:460-6.
608. Landgraft JM, Abetz L, Ware JE. The child health questionnaire user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1996.
609. Raat H, Botterweck AM, Landgraf JM, Hoogeveen WC, Essink-Bot M-L. Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:75-82.
610. Bethell CD, Read D, Neff J, Blumberg SJ, Stein RE, Sharp V, et al. Comparison of the children with special health care needs screener to the questionnaire for identifying children with chronic conditions-revised. *Ambul Pediatr*. 2002a;2(1):49-57.
611. Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW. Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambul Pediatr*. 2002b;2(1):38-48.
612. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence –reliability and validity of survey methods. *J Adolesc*. 2001;42(5):611-24.
613. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, et al. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health*. 2008;18(3):294-9.
614. Mueller R. Basic principles of structural equation modeling. New York, USA: Springer; 2000.
615. Hu L, Bentler P. Cut-off criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6:1-55.
616. Himes JH. Challenges of accurately measuring and using BMI and other indicators of overweight and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*. 2009;124 (1 suppl):S3–S22.
617. Gorber SC, Tremblay M, Moher D, Gorber B. A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev*. 2007;8(4):307–26.
618. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P, et al. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res*. 2006;15(10):1577-85.
619. Κοκκέβη Α, Φωτίου Α, Σταύρου Μ, Καναβού Ε. Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2011.
620. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T, group. TK. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Qual Life Res* 2009;18(9):1147-57.

621. Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M. Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Soc Sci Med*. 2008;67:330-40.
622. von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U, the European KIDSCREEN group. Socioeconomic determinants of HRQoL in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:130-5.
623. Lahana E, Pappa E, Niakas D. The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. *Int J Public Health*. 2010;55(5):391-400. Epub 2010 Jul 22.
624. Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Tountas Y. Adolescent health care use: Investigating related determinants in Greece. *J Adolesc*. 2009;33:477-85.
625. Saxena S, Eliahoo J, Majeed A. Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England : Cross sectional study. *BMJ*. 2002;325:520-3.
626. Suarez- Orozco C, Suarez- Orozco M. *Children of Immigration*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2001.
627. Motti-Stefanidi F, Takis N, Pavlopoulos V, Masten AS. Psychological resilience, migration and adolescence. In: Kavounidi J, Karydis V, Nikolakopoulou-Stefanou I, Lily Stylianoudi MG, editors. *Migration in Greece: Experiences-Policies-Perspectives*. Athens: Hellenic Migration Institute; 2008.
628. Anagnostopoulos D, Vlassopoulou M, Rotsika V, Pehlivanidou H, Legaki L, Rogakou E, et al. Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' Children and Their Families *Transcult Psychiatry* 2004;41(4):465-86.
629. Molcho M, Cristini F, Nic Gabhainn S, Santinello M, Moreno M, Gasper de Matos M, et al. Health and well-being among child immigrants in Europe. *Eurohealth*. 2010;16(1):20-3.
630. Stevens G, Vollebergh W. Mental health in migrant children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):276-94.
631. Patel V, Flisher A, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*. 2007;14:1302-13.
632. Hansell N, Wright M, Medland S, Davenport T, Wray N, Martin N, et al. Genetic comorbidity between neuroticism, anxiety/depression and somatic distress in a population sample of adolescent and young adult twins. *Psychol Med*. 2012;42:1249-60.
633. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:226-36.

634. Saps M, Seshadri R, Sztainberg M, Schaffer G, Marshall B, Di Lorenzo C. A Prospective School-based Study of Abdominal Pain and Other Common Somatic Complaints in Children. *J Pediatr*. 2009;154:322-6.
635. Watson K, Papageorgiou A, Jones G, Taylor S, Symmons D, Silman A, et al. Low back pain in schoolchildren: the role of mechanical and psychosocial factors. *Arch Dis Child*. 2003;88:12-7.
636. Jones G, Watson K, Silman A, Symmons D, Macfarlane G. Predictors of low back pain in British schoolchildren: a population-based prospective cohort study. *Pediatrics*. 2003;111(4 Pt 1):822-8.
637. Luntamo T, Sourander A, Rihko M, Aromaa M, Helenius H, Koskelainen M, et al. Psychosocial determinants of headache, abdominal pain, and sleep problems in a community sample of Finnish adolescents *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21(6):301-13.
638. Hurrelmann K. Health promotion for adolescents: preventive and corrective strategies against problem behavior. *Journal of Adolescence*. 1990;13:231-50.
639. Laukkanen E, Shemeikka S, Notkola I-L, Koivumaa-Honkanen H, Nissinen A. Externalizing and internalizing problems at school as signs of health damaging behavior and incipient marginalization. *Health Promot Int*. 2002;17(2):139-46.
640. Johnson P, Richter L. The Relationship Between Smoking, Drinking, and Adolescents' Self-Perceived Health and Frequency of Hospitalization: Analyses From the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *J Adolesc Health*. 2002;30(3):175-83.
641. Froejd S, Kaltiala-Heino R, Rimpelae M. The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nord J Psychiatry*. 2007;61:296-303.
642. Mechanic D, Hansell S. Divorce, family conflict, and adolescents' well-being. *J Health Soc Behav*. 1989;30(1):105-16.
643. Huurre T, Junkkari H, Aro H. Long-term Psychosocial effects of parental divorce. A follow-up study from adolescence to adulthood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256:256-63.
644. Walker LS, Zeman JL. Parental response to child illness behavior. *Journal of Pediatric Psychology*. 1992;17:49-71.
645. Jellesma FC, Rieffe C, Meerum Terwogt M, Michiel Westenberg P. Do Parents Reinforce Somatic Complaints in Their Children? *Health Psychol*. 2008;27(2):280-5.
646. Guite J, McCue R, Sherker J, Sherry D, Rose J. Relationships Among Pain, Protective Parental Responses, and Disability for Adolescents With Chronic Musculoskeletal Pain The Mediating Role of Pain Catastrophizing. *Clin J Pain*. 2011;27:775-81.
647. Walker LS, Claar RL, Garber J. Social consequences of children's pain: When do they encourage symptom maintenance? *J Pediatr Psychol*. 2002;27:689-98.

648. Romer G, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Thomalla G, Riedesser P. Children of Somatically Ill Parents: A Methodological Review. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2002;7(1):17-38.
649. Ben-Zur H. Happy Adolescents: The Link Between Subjective Well-Being, Internal Resources, and Parental Factors. *J Youth Adolesc*. 2003;32(2):67-79.
650. Grøholt E-K, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *Eur J Epidemiol*. 2003;18:965-75.
651. Borge AIH, Nordhagen R. Recurrent pain symptoms in children and parents. *Acta Pædiatr*. 2000;89:1479-83.
652. Jones GT, Silman AJ, Macfarlane GJ. Parental pain is not associated with pain in the child: a population based study. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(1152-1154).
653. Korneluk YG, Lee CM. Children's Adjustment to Parental Physical Illness. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1998;1(3):179-93.
654. Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M. Parental Physical Illness as a Risk for Psychosocial Maladjustment in Children and Adolescents: Epidemiological Findings From a National Survey in Germany. *Psychosomatics*. 2007;48:476-81.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

### Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ο όρος Παράπονα Υποκειμενικής Υγείας (ΠΥΥ) αναφέρεται σε κοινά συμπτώματα σωματικής ή/και ψυχολογικής φύσης –όπως πονοκέφαλος, στομαχόπονος, ευερεθιστότητα–, για τα οποία δεν υπάρχει ακριβής ή επαρκής αιτιολογία και διάγνωση. Βασικός στόχος της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση των παραγόντων από το ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο λειτουργίας του παιδιού ως προς τις σχέσεις τους με τα ΠΥΥ κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Επιμέρους στόχο αποτέλεσε η εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας HBSC-SCL που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των ΠΥΥ.

**Μέθοδοι:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος KIDSCREEN και αφορούσε στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς από ένα τυχαίο, πολυπληθές δείγμα μαθητών ηλικίας 12-18 ετών και των γονιών τους από όλη την Ελλάδα. Επιστράφησαν συνολικά 1194 ερωτηματολόγια (63% ποσοστό ανταπόκρισης). Διμεταβλητές αναλύσεις και μοντέλα πολλαπλής γραμμικής, λογιστικής και ιεραρχικού τύπου παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση των σχέσεων των ΠΥΥ των εφήβων με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία (ΠΖσΥ), τα συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα, τις συμπεριφορές-κινδύνου για την υγεία καθώς και με αριθμό παραγόντων από το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον. Ο ψυχομετρικός έλεγχος της κλίμακας μέτρησης των ΠΥΥ συμπεριέλαβε την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για τον έλεγχο της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής, την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής μέσω υπολογισμού του συντελεστή Cronbach  $\alpha$ , τις επιδράσεις του φύλου και της ηλικίας και την συντρέχουσα και διακριτική της εγκυρότητα μέσω διερεύνησης των σχέσεων της κλίμακας με το ερωτηματολόγιο για την ΠΖσΥ KIDSCREEN-52 για τη μεν πρώτη και με εργαλεία εκτίμησης της ύπαρξης χρόνιας ασθένειας και υπερβολικού βάρους για την δεύτερη.

**Αποτελέσματα:** Αναφορικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας HBSC-SCL, επιβεβαιώθηκαν οι βιβλιογραφικές υποθέσεις για α) την ύπαρξη δύο υποκειμένων, σημαντικά αλληλοσυσχετιζόμενων διαστάσεων, τη σωματική και την ψυχολογική, που διέπουν την κλίμακα [root mean square error of approximation (RMSEA) = 0.079, comparative fit index (CFI) = 0.936 and goodness of fit index (GFI) =

0.962], β) την ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της κλίμακας, με τον δείκτη Cronbach α να υπερβαίνει το 0.70 και για τις δύο διαστάσεις της κλίμακας, γ) την υψηλότερη βαθμολογία ΠΥΥ για τα κορίτσια και τους μεγαλύτερους ηλικιακά εφήβους σε σύγκριση με τα αγόρια και τους εφήβους 12-15 ετών και, τέλος, δ) τη συντρέχουσα εγκυρότητα, καθώς οι συντελεστές συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα HBSC-SCL και το ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52 ήταν στατιστικά σημαντικοί. Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκε η διακριτική εγκυρότητα της κλίμακας HBSC-SCL καθώς δεν αναδείχθηκαν διαφορές στην βαθμολογία των ΠΥΥ ανάμεσα στους υπέρβαρους/παχύσαρκους εφήβους και τους συνομηλικούς τους με φυσιολογικό βάρος καθώς και μεταξύ εφήβων με ή χωρίς χρόνια ασθένεια. Ως προς τη διερεύνηση των σχέσεων των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ των εφήβων με αριθμό κοινωνικοδημογραφικών, ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων, οι αναλύσεις ανέδειξαν τα εξής: 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: το φύλο, η ηλικία, η υποκειμενική αντίληψη για τους διαθέσιμους οικονομικούς τους πόρους και η οικογενειακή οικονομική ευημερία αποτέλεσαν σημαντικά συσχετιζόμενους παράγοντες με τα ΠΥΥ σε αντίθεση με τον τόπο διαμονής, τη μεταναστευτική ιδιότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την ενεργή ή μη επαγγελματική κατάσταση του γονέα. 2) Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία: α) οι διαστάσεις *Διάθεση και Συναισθήματα* και *Ψυχολογική Ευεξία, Αντίληψη Εαυτού και Σχέση με Γονείς και Ζωή στο Σπίτι* του ερωτηματολογίου KIDSCREEN-52 εμφάνισαν με ιεραρχική σειρά τις πιο σημαντικές σχέσεις με τα ΠΥΥ και β) οι έφηβοι με πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ ανέφεραν σημαντική έκπτωση στην ΠΖοΥ, εμφανίζοντας σημαντικά χαμηλότερους δείκτες σε όλες τις διαστάσεις της ΠΖοΥ. 3) Συναισθηματικά/συμπεριφορικά προβλήματα: α) οι υψηλότερες πιθανότητες για την αυτοαναφορά πολλαπλών κι επαναλαμβανόμενων ΠΥΥ σημειώθηκαν για τους εφήβους με προβλήματα συμπεριφοράς, ακολουθούμενοι από συνομηλικούς με συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας και δυσκολίες στις κοινωνικές συναναστροφές –ελέγχοντας για τις επιδράσεις του φύλου, της ηλικίας και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης της οικογένειας– και β) η επίδραση του φύλου και της ηλικίας στις ανωτέρω συσχετίσεις δεν ήταν σημαντική. 4) Συμπεριφορές–κινδύνου για την υγεία: οι έφηβοι που καπνίζουν και προβαίνουν σε περιστασιακά υπερβολική χρήση αλκοόλ εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο για πολλαπλά κι επαναλαμβανόμενα ΠΥΥ σε σχέση με όσους απέχουν από τις προαναφερθείσες συμπεριφορές. 5) Οικογενειακοί παράγοντες: η υποκειμενικά αντιληπτή κατάσταση της ψυχικής υγείας του γονέα, η κακή σχέση γονέα-παιδιού και η

ανησυχία του γονέα για τη σωματική, συναισθηματική και πνευματική ευεξία του παιδιού εμφάνισαν ισχυρές και ανεξάρτητες συσχετίσεις με τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ των εφήβων. 6) Κοινωνικοί παράγοντες: α) Η υποκειμενική εκτίμηση των εφήβων για την ευεξία και λειτουργικότητά τους στην οικογένεια, το σχολείο και τον φιλικό κύκλο εμφάνισε μεμονωμένη (ανά πλαίσιο) και αθροιστική συμβολή στην ερμηνεία της διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ και β) συνυπολογίζοντας την επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, το παλινδρομικό μοντέλο εξήγησε το 24% της συνολικής διακύμανσης των αυτοαναφερόμενων ΠΥΥ.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα διατριβή προσέφερε ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τη συνέχιση της χρήσης της κλίμακας HBSC-SCL ως ένα εύχρηστο εργαλείο διαλογής ψυχικής υγείας για μελέτες μεγάλης κλίμακας. Ωστόσο, η διακριτική εγκυρότητα της κλίμακας χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Βασικό συμπέρασμα συνιστά η αναγκαιότητα διεπιστημονικής προσέγγισης της ψυχοσωματικής υγείας και προσαρμογής κατά την εφηβική περίοδο, καθώς τα αυτοαναφερόμενα ΠΥΥ εμφάνισαν σημαντικές συσχετίσεις με παράγοντες που αφορούν τόσο στον ίδιο τον έφηβο όσο και στο κοινωνικό του πλαίσιο. Η αναγνώριση και διευκρίνιση της πολυπλοκότητας της εφηβικής ψυχοσωματικής υγείας-ασθένειας θα μπορούσε να εμπλουτίσει τον σχεδιασμό ηλικιακά κατάλληλων, κοινοτικών και κλινικών παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχοσωματικής υγείας και προσαρμογής του εφήβου.

## **Abstract**

**Introduction:** Subjective health complaints (SHC) is a general term used to describe a variety of common health symptoms - i.e., headache, abdominal pain, nervousness, dizziness-, experienced by the individual without pathological signs or where the pathological findings are disproportionate to the illness experience. The main aim of the present thesis was to explore the relationships among SHC and a number of individual, family and social factors. A secondary aim was to assess the psychometric properties of the Greek version of the HBSC-SCL instrument, which was used for SHC assessment.

**Methods:** The study was conducted within the framework of the KIDSCREEN study. Self-reported questionnaires were administered to a Greek, nationwide, random, school-based sample of pupils aged 12-18 years old and their parents. A total of 1194 completed questionnaires were returned (63% response rate). Bivariate analyses and multiple linear, logistic and hierarchical regression models were performed in order to investigate the associations of SHC with adolescents' socio-demographic features, Health Related Quality of Life (HRQoL), emotional/behavioural difficulties, health-risk behaviours and a number of family and social life-related factors. The assessment of the HBSC-SCL psychometric properties involved a confirmatory factor analysis (CFA) in order to test its construct validity, while its internal consistency reliability was determined by calculation of the Cronbach  $\alpha$  coefficient. Also, gender and age effects were explored. Convergent validity was examined by investigating the correlation of HBSC-SCL with the KIDSCREEN-52 and discriminant validity was tested by exploring its associations with health-related factors (chronic diseases, excess weight).

**Results:** In assessing the psychometric properties of HBSC-SCL and in accordance with previously documented hypotheses, it was shown that a) a model of two significantly correlated factors, which can be labelled somatic and psychological, fitted the data reasonably well [root mean square error of approximation (RMSEA) = 0.079, comparative fit index (CFI) = 0.936 and goodness of fit index (GFI) = 0.962], b) internal consistency was acceptable with a Cronbach  $\alpha$  above 0.70 for the two factors, c) girls and older adolescents had higher scores on the HBSC-SCL compared to boys and young adolescents (12-15 years old) and d) correlation coefficients between HBSC-SCL and KIDSCREEN dimensions were significant (convergent validity). However, discriminant validity was not confirmed since the current



analysis revealed no differences in HBSC-SCL scores neither between overweight/obese adolescents and those with normal weight nor between adolescents with chronic diseases. In investigating the associations among SHC and a number of socio-demographic, individual, family and social life-related factors, the analyses performed showed that: 1. Socio-demographic characteristics: amongst other factors (place of residence, immigration status, parental educational level and unemployment status), gender, age, adolescent's subjective perception of the quality of his/her financial resources and the family affluence status demonstrated robust associations with self-reported SHC. 2. Health Related Quality of Life: a) The KIDSCREEN-52 dimensions *Mood and Emotions*, *Psychological Wellbeing*, *Self-Perception* and *Parents and Home Life* –in a hierarchical order– had the most significant contributions in explaining the SHC variance and b) adolescents with multiple, recurrent SHC had lower scores in all dimensions of HRQoL, revealing a significant impairment in HRQoL. 3. a) Emotional/Behavioural difficulties: Emotional Symptoms, Conduct Problems, Hyperactivity/Inattention and Peer Problems were associated with greater likelihood of having multiple, recurrent SHC, after adjustment for gender, age and sex and b) no significant interaction between SDQ scales and gender or age was found. 4. Health-risk behaviours: adolescents with smoking and binge drinking practices had an elevated risk for self-reported MR-SHC compared to abstainers. 5. Family-life related factors: parent's subjective perception of his/her mental health status, a poor parent-child relationship and parental worry about child's physical health and emotional wellbeing or behaviour were significantly associated with adolescent's SHC. 6. Social life-related factors: a) adolescents' perceived well-being in the family and school setting, as well as among peers, appeared to hold unique proportions of variance in self-reported Subjective Health Complaints, while the explained variance in SHC was accumulated from each social context studied and b) in concert with the effect of socio-demographic factors, the regression models explained a total of approximately 24% of the variance in Subjective Health Complaints.

**Conclusions:** The present thesis encourages the use of the HBSC-SCL in large scale community studies, as a useful mental health screening instrument. However, further research is needed to assess its discriminant validity. The major conclusion highlights the need of a multi- and inter-disciplinary approach to adolescent psychosomatic health and adjustment, since a variety of individual and social

factors were significantly associated with self-reported SHC. Unraveling the complexities of adolescent psychosomatic ill-health could be a useful tool in designing age-appropriate, community and clinical interventions aiming to promote adolescent psychosomatic health and adjustment.

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

### **Δημοσιεύσεις σε έγκριτα διεθνή επιστημονικά περιοδικά**

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. *Ann Gen Psychiatr.*2012;11(1):17

Petanidou D, Mihas C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Selected family characteristics are associated with adolescents' subjective health complaints. *Acta Paediatr.*2014;103(2) 201–206

Petanidou D, Daskagianni E, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. The role of perceived well-being in the family, school and peer context in adolescents' subjective health complaints: evidence from a Greek cross-sectional study. *Biopsychosoc Med.* 2013; 7(1):17.

Petanidou D, Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Adolescents' multiple, recurrent subjective health complaints: investigating associations with emotional/behavioural difficulties in a cross-sectional, school-based study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2014; 24;8(1):3.

Επίσης, στο πλαίσιο της διατριβής σύντομα αναμένεται να υποβληθούν και οι εξής εργασίες:

- ✓ Psychosomatic symptoms, smoking and binge drinking in adolescence.
- ✓ Subjective Health Complaints in Greek adolescents: Investigating the dimensional structure, psychometric properties and associations with HRQoL.

## Ανακοινώσεις σε διεθνή επιστημονικά συνέδρια

1. Petanidou D, Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Kolaitis G, Tountas Y. Complaints of psychosomatic health symptoms in adolescence: a Greek socio-demographic profile. 10th World Congress of the International Association for Adolescent Health “Bridging clinical and public health perspectives to promote adolescent health”, 11-13/06/2013, Istanbul.
2. Petanidou D, Mihas C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Parental and familial determinants of adolescents’ subjective health complaints: evidence from a Greek cross-sectional study. 10th World Congress of the International Association for Adolescent Health “Bridging clinical and public health perspectives to promote adolescent health”, 11-13/06/2013, Istanbul.
3. Petanidou D, Mihas C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Identifying family correlates of adolescents' subjective health complaints: evidence from a Greek cross-sectional study". 8th Congress of the European Federation of IASP® Chapters (EFIC®) - PAIN IN EUROPE VIII, Florence, 9 – 12/10/2013.
4. Petanidou D, Daskagianni E, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. Adolescents' Subjective Health Complaints in their social contexts. 8th Congress of the European Federation of IASP® Chapters (EFIC®) - PAIN IN EUROPE VIII, Florence, 9 – 12/10/2013.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## Psychosomatic complaints

(Currie, C. et al (1998). Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Survey (HBSC), Research Protocol for the 1997/98 Survey. Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh HBSC, Currie et al., 1998)

## Η Υγεία σου και η Φροντίδα της

Στη διάρκεια των **τελευταίων 6 μηνών**: πόσο συχνά ένιωθες κάτι από τα παρακάτω;

	Περίπου κάθε μέρα	Περισσότερες από μια φορά την εβδομάδα	Περίπου κάθε εβδομάδα	Περίπου κάθε μήνα	Σπάνια ή ποτέ
Πονοκέφαλο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πόνο στο στομάχι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πόνο στη μέση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ακεφιά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εκνευρισμό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Νευρικότητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δυσκολία να κοιμηθείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ζαλάδα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>