



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**«Η χρήση ουσιών από εφήβους στο περιβάλλον του σχολείου και
η συσχέτισή της με τις κοινές ψυχικές διαταραχές»**

Γρηγόρης Μιχάλης

Ψυχοπαιδαγωγός - Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**«Η χρήση ουσιών από εφήβους στο περιβάλλον του σχολείου και η
συσχέτισή της με τις κοινές ψυχικές διαταραχές»**

Γρηγόρης Μιχάλης

Ψυχοπαιδαγωγός - Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας

Δ Ι Δ Α Κ Τ Ο Ρ Ι Κ Η Δ Ι Α Τ Ρ Ι Β Η

Ι Ω Α Ν Ν Ι Ν Α 2 0 2 0

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία αίτησης του κ. Μιχάλη Γρηγορίου: 29-4-2004

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 534^α/8-6-2004

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Υφαντής Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 8-6-2004

«Η χρήση ουσιών στο περιβάλλον του σχολείου και η συσχέτισή της με τις κοινές ψυχικές διαταραχές»

Ημερομηνία 1^{ης} Ανασυγκρότησης Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 628^α/12-2-2008

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Σκαπινάκης Πέτρος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία 2^{ης} Ανασυγκρότησης Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 906^α/25-11-2019

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Σκαπινάκης Πέτρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Μαυρέας Βενετσάνος, ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πετρίκης Πέτρος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 929^α/29-6-2020

Μαυρέας Βενετσάνος	ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σκαπινάκη Πέτρος	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βλάχος Αντώνιος	Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοκαρδιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Παππάς Περικλής	Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Κώσης Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μαντάς Χρήστος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Πετρικής Πέτρος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 16-7-2020

Ιωάννινα 15-9-2020

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Άννα Μπατιστάτου

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας



Η Γραμματέας του Τμήματος

ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

Ευχαριστίες

Στον επιβλέποντα της διατριβής κ. Σκαπινάκη που πίστεψε σε μένα, μου έδωσε γνώση, καθοδήγηση και αμέριστη υποστήριξη όχι μόνο για την εκπόνηση της διατριβής μου αλλά και την όλη επιστημονική και επαγγελματική πορεία μου.

Στα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής Β. Μαυρέα και Π. Πετρίκη που με στήριξαν στην προσπάθειά μου.

Στον φίλο ψυχίατρο Σ. Μπέλλο που με τις πλούσιες γνώσεις του βοήθησε στην παραγοντική ανάλυση και με την εμπειρία και την συνεργατική του διάθεση συνέβαλε στην ολοκλήρωση της διατριβής.

Στους γονείς μου Γιάννη και Γλυκερία που διαμόρφωσαν την προσωπικότητά μου και έκαναν τα πάντα για να μου προσφέρουν τα εφόδια (υλικά και συναισθηματικά) ώστε να καταφέρω να υλοποιήσω τα όνειρά μου.

Στον αδερφό μου Γιώργο που μου μετέδωσε την αγάπη για τη γνώση, την εξέλιξη και την πρόοδο και μου έδειξε τον δρόμο για να τα κατακτήσω, έναν δρόμο που κυριαρχούν οι αξίες και οι αρχές.

Στα υπόλοιπα μέλη της 7μελούς, Αντώνιο Βλάχο, Περικλή Παππά, Κωνσταντίνο Κώτση, Χρήστο Μαντά

Στους γονείς και τον αδερφό μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α΄ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
1.1. Αντί προλόγου.....	3
1.2. Ορισμός – Μορφές Χρήσης.....	4
1.3. Ιστορική αναδρομή.....	9
1.3.1. Το αλκοόλ στο πέρασμα του χρόνου.....	9
1.3.2. Το αλκοόλ στην Αρχαία Ελλάδα.....	10
1.3.3. Η πρώιμη περίοδος του Χριστιανισμού.....	12
1.3.4. Αλκοόλ: ένα διαχρονικό πρόβλημα.....	12
2. ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ.....	13
2.1. Εφηβεία.....	13
2.2. Έφηβοι και αλκοόλ.....	16
2.2.1. Διαφορές εφήβων – ενηλίκων.....	17
2.3. Αιτίες χρήσης αλκοόλ.....	18
2.3.1. Οικογένεια.....	18
2.3.2. Συνομήλικοι.....	22
2.3.3. Ατομικοί παράγοντες.....	24
2.3.4. Πρόσβαση στο αλκοόλ.....	26
2.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	27
2.4.1. Βιολογικές θεωρίες.....	27
2.4.2. Θεωρία κοινωνικής μάθησης.....	27
2.4.3. Θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς.....	28
2.4.4. Θεωρία της ρύθμισης του συναισθήματος.....	29
2.4.5. Θεωρία κοινωνικής ταυτότητας.....	29
2.4.6. Κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο.....	30
2.5. Συνέπειες στους εφήβους.....	31
2.5.1. Σωματικές - εγκεφάλου.....	32
2.5.2. Συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές.....	33
2.5.3. Κοινωνικές – ψυχολογικές για τον χρήστη.....	34
2.5.4. Μακροπρόθεσμες συνέπειες.....	34
2.5.5. Επιπτώσεις στους άλλους – στη κοινωνία.....	35
2.5.6. Επιπτώσεις ανάλογα με το φύλο.....	35
2.6. Επιδημιολογία.....	36
2.7. Εργαλεία μέτρησης για Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ.....	37
2.8. Παρεμβάσεις πρόληψης.....	38
2.8.1. Προσεγγίσεις κοινωνικών συστημάτων.....	39
2.8.2. Εκπαίδευση στο αλκοόλ και πληροφορία.....	40
2.8.3. Προγράμματα πρόληψης από συνομήλικους.....	40
2.8.4. Προσεγγίσεις κοινωνικών δεξιοτήτων.....	40
2.8.5. Προσεγγίσεις κοινωνικών κανόνων.....	41

2.8.6.	Προγράμματα ενίσχυσης της οικογένειας	41
B' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΑ.....		43
3.	ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (2008).....	43
4.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	43
4.1.	Περιγραφή δείγματος – Επιλογή σχολείων	43
4.2.	Σχεδιασμός μελέτης - Δειγματοληψία	44
4.3.	Μετρήσεις.....	45
4.3.1.	Εκτίμηση της χρήσης αλκοόλ - ουσιών.....	45
4.3.2.	Εκτίμηση ψυχιατρικής νοσηρότητας.....	46
4.3.3.	Εκτίμηση κοινωνικοδημογραφικών – κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.	47
4.3.4.	Άλλες μεταβλητές	48
4.4.	Στατιστική ανάλυση δεδομένων	49
5.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
5.1.	Περιγραφή του δείγματος.....	49
5.2.	Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	51
5.3.	Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις.....	53
5.4.	Συννοσηρότητα.....	56
5.5.	Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	57
6.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	58
6.1.	Κύρια ευρήματα.....	58
6.2.	Σύγκριση με προηγούμενες μελέτες	59
6.3.	Περιορισμοί.....	63
7.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	64
8.	ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (2016).....	65
9.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	66
9.1.	Σχεδιασμός Μελέτης 2016 – Δειγματοληψία.....	66
10.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	67
10.1.	Περιγραφή του δείγματος.....	67
10.2.	Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ	68
10.3.	Συσχετίσεις.....	70
11.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	80
11.1.	Κύρια ευρήματα.....	80
11.2.	Σύγκριση με τη μελέτη του 2008	80
11.3.	Περιορισμοί	81
12.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	82
13.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85
14.	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	104
	ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΑ ΑΡΘΡΑ.....	108
15.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	110

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**1.1.Αντί προλόγου**

Το αλκοόλ είναι η παλαιότερη και πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη ουσία παγκοσμίως (Keller & Vaillant, 2011). Είναι νόμιμη και κοινωνικά αποδεκτή στις περισσότερες χώρες του κόσμου και αυτό αποτελεί μια σημαντική αιτία της εκτεταμένης κατανάλωσής της. Έχει συνδεθεί με εορτασμούς, επαγγελματικές, κοινωνικές και αθλητικές δραστηριότητες και καταναλώνεται σε θρησκευτικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις (Wilson, 2005). Η κατανάλωσή του συχνά αποτελεί έκφραση διάθεσης για συναναστροφή και συμμετοχή στην «παρέα» και χρησιμοποιείται για να διευκολύνει την κοινωνική αλληλεπίδραση και επαφή (Heath, 1995). Η εξοικείωση με τις πιθανές αρνητικές συνέπειες της χρήσης του αλκοόλ σε συνδυασμό με τις επιδράσεις του στη ανθρώπινη διάθεση και τις θετικές κοινωνικές και πολιτιστικές συσχετίσεις του, οδήγησε μάλλον στην κοινωνική αποδοχή της με μέτρο κατανάλωσης οινοπνεύματος. Αν και η πλειονότητα των ανθρώπων καταναλώνει αλκοόλ σε μέτριες ποσότητες - κάτι που μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία των ενηλίκων ενώ οι πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις είναι ήπιες - η παγκόσμια επιβάρυνση από την κατανάλωση του είναι υψηλότερη από εκείνη του καπνίσματος τσιγάρων (White, 1999; Jernigan, 2001; NHMRC, 2009; Keller & Vaillant, 2011). Αυτό συμβαίνει κυρίως επειδή η αλόγιστη κατανάλωση αλκοόλ δε συνδέεται μόνο με μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, αλλά και με άμεσες αρνητικές συνέπειες, όπως αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, πνιγμούς κ.α. (Jernigan, 2001). Το γεγονός ότι το ένα τέταρτο (24,8%) της παγκόσμιας κατανάλωσης αλκοόλ δεν καταγράφεται αλλά παρασκευάζεται στο σπίτι, παράγεται και πωλείται παράνομα εκτός του κυβερνητικού ελέγχου, αποκαλύπτει άλλη μια πλευρά του προβλήματος που σχετίζεται με το αλκοόλ (WHO, 2014).

Η χρήση οινοπνεύματος ξεκινάει συνήθως στην εφηβεία ή στη πρώιμη ενήλικη ζωή. Η κατανάλωση αλκοόλ σε νεαρή ηλικία είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα που θέτει σε κίνδυνο τους εφήβους, έχοντας σοβαρές προσωπικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες για τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους, τις κοινότητες και τη χώρα γενικότερα (SAMHSA, 2013). Η θετική επίδραση που μπορεί να έχει στη διάθεση και στη κοινωνική ζωή του ατόμου καθιστά ελκυστική την κατανάλωσή του από μικρές ηλικίες (Levenson et al, 1980). Αποτελεί την ουσία επιλογής των εφήβων σε πολλές χώρες. Παρά τους νόμους που έχουν θεσπίσει τα κράτη για κατώτερη ηλικία νόμιμης κατανάλωσης αλκοόλ, η πλειοψηφία των νεαρών ατόμων πίνουν πριν την ηλικία αυτή, ενώ δεν είναι λίγοι εκείνοι που έρχονται σε επαφή με το αλκοόλ όταν ακόμα φοιτούν στη βασική

εκπαίδευση (Plevona & Hlavkova, 2016). Αρκετοί ανήλικοι μάλιστα τείνουν να πίνουν περισσότερο από τους ενήλικες. Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για τις Συμπεριφορές Υγείας σε Παιδιά Σχολικής Ηλικίας (HBSC) κατά το έτος 2013 / 2014, στην Ευρωπαϊκή Ένωση το ένα πέμπτο των νέων ηλικίας 15 ετών και άνω καταναλώνει αλκοόλ περισσότερο από πέντε συνεχόμενες φορές την εβδομάδα (Fact Sheet, 2016).

Δεδομένα από δυτικές χώρες δείχνουν ότι η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών που μπορεί να οδηγήσει σε Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ (AUD) αρχίζει συχνά σε νεαρή ηλικία (Samet et al., 2010; Shuper et al., 2010; Zablotska et al., 2016). Η συχνότητα της κατάχρησης σ' αυτή την ηλικιακή περίοδο προκαλεί ανησυχία, καθώς οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, μεταξύ άλλων, μια πρόωρη εκδήλωση εξάρτησης από το αλκοόλ οδηγεί σε πιο σοβαρή μορφή αλκοολισμού, μειωμένη αποτελεσματικότητα της θεραπείας και υψηλότερα ποσοστά υποτροπής (Windle et al, 2004). Απαιτούνται λοιπόν έγκαιρες και αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης που να στοχεύουν σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα ώστε να αποφευχθεί η έναρξη επιβλαβούς κατανάλωσης οινοπνεύματος.

1.2. Ορισμός – Μορφές Χρήσης

Το αλκοόλ είναι ένας οργανικός διαλύτης ιδιαίτερα γνωστός για την κατανάλωσή του από τον άνθρωπο. Ο τύπος αλκοόλ που βρίσκεται στα ποτά είναι η αιθανόλη (C₂H₅OH), ένα άχρωμο και εύφλεκτο υγρό που διαλύεται εύκολα στο νερό. Τα πιο συνηθισμένα οινοπνευματώδη ποτά είναι η μπίρα, το κρασί και τα αποσταγμένα. Ωστόσο, έχει αναφερθεί και κατανάλωση αλκοόλ εκτός του ποτού, όπως κατανάλωση βαμμάτων, αρωμάτων και στοματικού διαλύματος, συνήθως από βαριά αλκοολικούς (Leon et al., 2007; Soo Hoo et al., 2003).

Το αλκοόλ είναι το προϊόν της ζύμωσης μυκήτων, σακχάρων και αμύλων. Είναι μια ουσία και χαρακτηρίζεται ως κατασταλτική, ικανή να επιβραδύνει και να αποδιοργανώσει τις ζωτικές λειτουργίες του ανθρώπου, προκαλώντας ανεπαρκή ομιλία, ασταθή κίνηση, αδυναμία του ατόμου να αντιδράσει γρήγορα καθώς και ανικανότητα να σκεφτεί λογικά και να έχει καθαρή κρίση (Bai et al., 2008). Συχνά θεωρείται, εσφαλμένα, ως διεγερτικό και αυτό ενδεχομένως οφείλεται στην άρση αναστολών που προκαλείται όταν γίνεται υπερβολική χρήση του. Στις περιπτώσεις που καταναλώνεται σε μέτρια ποσότητα προκαλεί συναισθήματα ευφορίας και χαλάρωσης (British Medical Association, 2009; Talk to Frank, 2010).

Το αλκοόλ επιδρά σε κάθε όργανο του ανθρώπινου σώματος, μπορεί γρήγορα να μπει στο κεντρικό νευρικό σύστημα και να το καταστείλει (Zakhari, 2006; Bai et al., 2008;

Messing, 2014). Ο μεταβολισμός του γίνεται με τη βοήθεια ενζύμων στο ήπαρ, το οποίο μεταβολίζει ένα μέρος του αλκοόλ κάθε φορά, ενώ το υπόλοιπο παραμένει και κυκλοφορεί σε όλο το ανθρώπινο σώμα. Η επίδραση της αλκοόλης στον οργανισμό είναι ανάλογη της ποσότητας πρόσληψής της. Οι αντιδράσεις των ανθρώπων στη λήψη αλκοόλ ποικίλουν και αυτό εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η φυσική κατάσταση (βάρος, συχνότητα άσκησης κ.λπ.) και η ποσότητα των τροφίμων που έχει καταναλώσει το άτομο πριν πει. Η παράλληλη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή φαρμάκων και η ύπαρξη ιστορικού προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ στην οικογένεια, φαίνεται να παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο (CDC, 2000).

Η συμπεριφορά που σχετίζεται με τη λήψη αλκοόλ κυμαίνεται από την αποχή μέχρι την υπερβολική κατανάλωση και τη κατάχρηση, με ενδιάμεσο στάδιο τα συνήθη και λογικά επίπεδα χρήσης. Η λήψη ουσιών μπορεί να έχει τη μορφή εφάπαξ πειραματισμού, σπάνιας χρήσης για λόγους ψυχαγωγίας, τακτικής χρήσης και εξάρτησης. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, υπάρχουν έξι στάδια: αποχή, πειραματική / ψυχαγωγική χρήση, αρχική κατάχρηση, κατάχρηση, εξάρτηση και ανάκαμψη (Felice & Drotar, 2001). Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να ορίσουμε κάποιες από τις μορφές κατανάλωσης του αλκοόλ που αναφέρονται ευρύτερα στη βιβλιογραφία.

Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (moderate) ορίζεται ως η λήψη ενός μόνο ποτού (μία τυπική μονάδα) ημερησίως για τις γυναίκες και δύο ποτών (τυπικών μονάδων) για τους άνδρες, που είναι και η συνιστώμενες ποσότητες (Baliunas et al., 2009; Gea et al., 2012). Ωστόσο, δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός της μιας τυπικής μονάδας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ένα ποτήρι περιέχει περίπου 14 - 15g αλκοόλ ανάλογα με τον τύπο ποτού, ενώ στην Ολλανδία μία τυπική μονάδα περιέχει 10g αλκοόλης ανεξάρτητα από τον τύπο ποτού (δηλαδή 250 ml μπύρας, 100 ml κρασί και 35 ml αποσταγμένα).

Ο όρος «κατάχρηση αλκοόλ» (alcohol misuse) αναφέρεται στα επίπεδα κατανάλωσης οινοπνεύματος που μπορούν να προκαλέσουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ψυχολογικά, σωματικά ή κοινωνικά προβλήματα (Foxcroft & Tsertsvadze, 2012). Ο ορισμός αυτός βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας που προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Engel (1977) και περιλαμβάνει άμεση πρόκληση βλάβης στο ίδιο το άτομο, όπως τοξίκωση ή τραυματισμός που οφείλεται στη λήψη αλκοόλ. Περιλαμβάνει επίσης τα μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας που προκαλούνται στον ίδιο αλλά και τη βλάβη που προκαλείται σε άλλους (οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, άσκηση βίας κ.α.) (Foxcroft et al., 2008).

Ένα κοινώς αναγνωρισμένο πρόβλημα στην εφηβική χρήση αλκοόλ είναι η «υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ» (binge-drinking), ή βαριά επεισοδιακή χρήση (Heavy

episodic drinking) που ορίζεται ως η κατανάλωση περισσότερων από πέντε ποτών για έναν άνδρα ή τεσσάρων ποτών για μια γυναίκα, σε μία περίπτωση, συνήθως σε ένα χρονικό διάστημα 2 ωρών και κάποιες φορές με συνειδητό στόχο τη μέθη (Wechsler et al., 2000; Stolle et al., 2009). Είναι το πρότυπο κατανάλωσης που ανεβάζει τα επίπεδα συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα στα 0,8 g/dL. Ο Π.Ο.Υ. ορίζει την «υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ» ως την λήψη 60 ή περισσότερων γραμμαρίων αλκοόλ μία φορά την εβδομάδα (WHO, 2010). Υπάρχουν βέβαια αρκετές παραλλαγές του ορισμού που σχετίζονται με τις διάφορες κουλτούρες. Στην Αυστραλία για παράδειγμα, ο ορισμός δε κάνει διάκριση ανάμεσα στα φύλα και αναφέρεται στην κατανάλωση περισσότερων των τεσσάρων ποτών σε μια περίπτωση τόσο για άνδρες όσο και για γυναίκες (NHMRC, 2012). Ουσιαστικά αφορά κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ σε διάστημα λίγων ωρών, συνήθως με ομάδες συνομηλίκων τα Σαββατόβραδα και εντοπίζεται κυρίως στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες στις δυτικές κοινωνίες. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συχνά συνδέεται με τη συμμετοχή του εφήβου και σε άλλες συμπεριφορές που είναι παράνομες ή θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του, όπως πρόκληση σωματικών βλαβών, υλικών ζημιών, μη προγραμματισμένη σεξουαλική δραστηριότητα, σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία και μη ασφαλή οδική συμπεριφορά (Baer, 1993; Wechsler et al., 1995). Η χρόνια υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με αυξημένη δυσκολία για ομαλή μετάβαση στη νεαρή ενήλικη ζωή (Schulenberg et al., 1996).

Η βαριά κατανάλωση (heavy drinking) είναι η λήψη πέντε ή περισσότερων ποτών σε μια περίπτωση, για πέντε ή περισσότερες ημέρες το μήνα (National Survey on Drug Use and Health, 2002). Δηλαδή, κάποιος θεωρείται ότι κάνει βαριά κατανάλωση όταν εμπλέκεται σε επεισόδια υπερβολικής χρήσης (binge drinking) τουλάχιστον 5 φορές στη διάρκεια ενός μήνα. Συνήθως ορίζεται ως κατανάλωση δεκαπέντε ή περισσότερων ποτών την εβδομάδα για τους άνδρες και οχτώ ή περισσότερων ποτών την εβδομάδα για τις γυναίκες.

Μέθη είναι το αποτέλεσμα του να πίνει κανείς περισσότερο αλκοόλ απ' όσο μπορεί να μεταβολίσει το σώμα του. Όταν κάποιος πίνει, περίπου το 20% του αλκοόλ που περιέχεται στο ποτό του απορροφάται κατευθείαν μέσω του στόματος, του λαιμού και των τοιχωμάτων του στομάχου και περνά στη κυκλοφορία του αίματος. Μόλις διαλυθεί στο αίμα, το μεγαλύτερο μέρος του αλκοόλ μπορεί να βρεθεί σε όργανα που απαιτούν μεγάλη παροχή αίματος όπως ο εγκέφαλος. Όταν το αλκοόλ φτάσει στα κύτταρα του φλοιού ή του εξωτερικού στρώματος του εγκεφάλου, ο τρόπος που ένας άνθρωπος σκέφτεται και κινείται αλλάζει. Ο μεθυσμένος μπορεί να αρχίσει να αισθάνεται ζοφερός και ασυντόνιστος. Αν και το οινόπνευμα μπορεί να κάνει τους ανθρώπους να νιώθουν ζαλισμένοι και να δίνουν την εντύπωση ότι αισθάνονται γεμάτοι ενέργεια, στη

πραγματικότητα είναι μια ουσία κατασταλτική. Για παράδειγμα, η ομιλία μετά την κατανάλωση ποτού γίνεται διακοπτόμενη ή λανθάνουσα, επειδή το αλκοόλ επιβραδύνει τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, το οποίο περιλαμβάνει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Η εξάρτηση από το αλκοόλ χαρακτηρίζεται από αυξημένη ανοχή στις επιδράσεις του οινοπνεύματος, συμπτώματα στέρησης όταν το άτομο έχει πολύ ώρα να πει αλλά ταυτόχρονα και επίμονη επιθυμία του να μειωθεί η λήψη του αλκοόλ, παρά τη συνέχιση της χρήσης. Όσοι πληρούν τα κριτήρια για εξάρτηση από αλκοόλ αδυνατούν να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους, αντιμετωπίζουν διαρκή προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις καθώς και προβλήματα με το νόμο και κάνουν χρήση αλκοόλ σε καταστάσεις που είναι επικίνδυνες για τη ζωή και τη σωματική τους ακεραιότητα (American Psychological Association, 2000; Cawley & Ruhm, 2011).

Η περιεκτικότητα του αίματος σε αλκοόλ (BAC) είναι το ποσοστό αλκοόλ που βρίσκεται στο αίμα μετά την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Η μέτρηση της συγκέντρωσης αλκοόλ στο αίμα είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται για να καταγραφεί ο αριθμός των ποτών που έχει καταναλώσει ένα άτομο και να υπολογιστεί αν και σε ποιο βαθμό μέθης βρίσκεται. Αν σε 1000 μονάδες αίματος περιλαμβάνεται 1 μονάδα αλκοόλ, το BAC είναι 0.10%. Ο μέσος όρος BAC πρέπει να είναι μικρότερος από 80 mg / dL για έναν έφηβο για να είναι σε θέση να κάνει σωστές κρίσεις. Ο ρυθμός με τον οποίο το αλκοόλ μπαίνει στη κυκλοφορία του αίματος και η ταχύτητα με την οποία φτάνει στον εγκέφαλο εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, ένας ενήλικος άντρας θα είχε πιθανώς χαμηλότερη συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα (BAC) μετά την κατανάλωση ενός ποτού σε σχέση με ένα έφηβο κορίτσι που κατανάλωσε την ίδια ποσότητα αλκοόλ. Εκτός από το φύλο και το βάρος, η συγκέντρωση αλκοόλ στο αίμα ποικίλλει ανάλογα με την ποσότητα αλκοόλ, την ταχύτητα με την οποία καταναλώνεται και αν υπάρχει ήδη τροφή στο στομάχι. Η μεγαλύτερη ανησυχία που προκαλείται όταν οι έφηβοι λαμβάνουν περισσότερα από 80 mg/dL αλκοόλ με κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών σε μια περίπτωση, αφορά στη μείωση της ικανότητά τους για λήψη λογικών αποφάσεων (SAMHSA, 2013).

Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ (AUD). Οι κίνδυνοι από το αλκοόλ είναι γνωστοί από παλιά, αλλά ο πρώτος που καθιέρωσε την έκφραση "αλκοολισμός" ήταν ο Σουηδός γιατρός Magnus Huss. Περιέγραψε τις παθολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα λόγω τοξίκωσης από το οινόπνευμα και είχε προτείνει ήδη από το 1849 στο επιστημονικό του άρθρο «Alcoholismus chronicus» τα συμπτώματα που προκαλούνται από την κακή χρήση του να αποτελέσουν μια ξεχωριστή ομάδα παθολογίας. Στο

Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM) -III, από το 1980, ο όρος "αλκοολισμός" αντικαταστάθηκε από δύο διαταραχές, την "κατάχρηση αλκοόλ" και την "εξάρτηση από το αλκοόλ" και αυτό διατηρήθηκε στην τέταρτη έκδοση, το DSM-IV. Στην τελευταία έκδοση του 2013, το DSM-5, οι δύο διαταραχές έχουν αντικατασταθεί από την «διαταραχή χρήσης οινοπνεύματος (AUD)» και μετρείται σε μια συνέχεια από ήπια έως σοβαρή, ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται (Πίνακας 1). Αν και οι δύο προηγούμενες κατηγορίες δεν μπορούν να αντιστοιχηθούν άμεσα με τα νέα κριτήρια, μια πρόχειρη σύγκριση θα χαρακτήριζε την "κατάχρηση" ως "ήπια διαταραχή χρήσης οινοπνεύματος" και την εξάρτηση ως "μέτρια ή σοβαρή διαταραχή χρήσης οινοπνεύματος".

Table 1. The criteria for alcohol use disorder (AUD) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5).

No.	Criterion	Severity
1	Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.	The presence of at least 2 of these symptoms indicates an Alcohol Use Disorder (AUD).
2	There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use.	
3	A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects.	
4	Craving, or a strong desire or urge to use alcohol.	
5	Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home.	
6	Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of alcohol.	The severity of the AUD is defined as:
7	Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use.	Mild: The presence of 2 to 3 symptoms
8	Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous.	Moderate: The presence of 4 to 5 symptoms
9	Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by alcohol.	Severe: The presence of 6 or more symptoms
10	Tolerance, as defined by either of the following: a) A need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desired effect b) A markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol	
11	Withdrawal, as manifested by either of the following: a) The characteristic withdrawal syndrome for alcohol b) Alcohol (or a closely related substance, such as a benzodiazepine) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms.	

1.3. Ιστορική αναδρομή

1.3.1. Το αλκοόλ στο πέρασμα του χρόνου

Το αλκοόλ αποτελεί μια κοινωνικά αποδεκτή ουσία στη σύγχρονη κουλτούρα πολλών κρατών. Στις μέρες μας είναι μια ευρέως διαδεδομένη και στις περισσότερες χώρες νόμιμη ναρκωτική ουσία που συνδέεται στενά με την ανθρώπινη κοινωνία. Η χρήση του συναντάται καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας χωρίς να έχει εντοπιστεί ακριβώς πότε ξεκίνησε να καταναλώνεται από τους ανθρώπους. Θεωρείται όμως ότι οι άνθρωποι έπιναν κάποιας μορφής αλκοολούχο ποτό ήδη από το 10.000 π.χ. Όσον αφορά την προέλευση του όρου «αλκοόλ» θεωρείται ότι έχει τις ρίζες της στην αραβική λέξη "al Kohl" (Marshall & Murray, 1992).

Σε κάθε αρχαίο πολιτισμό υπάρχουν ενδείξεις κατανάλωσης αλκοόλ. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μορφές, υπό διάφορες συνθήκες και για πολλούς λόγους. Οι ευεργετικές συνέπειες της ήπιας κατανάλωσης αλκοόλ σπάνια αμφισβητήθηκαν στην πορεία των χρόνων. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε ευρέως για θετικούς σκοπούς όπως κατά τη μεσαιωνική εποχή που καταναλώθηκε αντί για νερό, καθώς θεωρήθηκε ασφαλέστερο για την υγεία των ανθρώπων, αλλά και τον 19ο αιώνα όταν, εξ' αιτίας επιδημιών χολέρας, καταναλώθηκε αλκοόλ ή βρασμένο τσάι για λόγους υγείας (Pool, 1993; Alchin, 2012). Οι Σουμέριοι και οι Αιγύπτιοι ιατροί επίσης, χρησιμοποιούσαν την μύρα σαν συστατικό στοιχείο των ιατρικών συνταγών. Ενδεικτικό της αξίας του είναι επίσης το γεγονός ότι οι άνθρωποι το χρησιμοποίησαν σε κάποιες περιπτώσεις ως μέσο συναλλαγής, όπως για παράδειγμα, στη Μεσαιωνική Αγγλία, που οι πολίτες χρησιμοποίησαν ένα είδος μύρας για την πληρωμή διοδίων, ενοικίων ή χρεών (Watney, 1974).

Από τα πρώτα χρόνια, το αλκοόλ είχε σημαντική θέση και στη θρησκεία. Η χρήση των οινοπνευματωδών ποτών στο τυπικό πολλών θρησκειών συνδέεται με την ιδιότητα τους να φέρνουν τους ιερείς σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης. Η ιδιότητα αυτή θεωρούνταν αποτέλεσμα της παρουσίας υπερφυσικών πνευμάτων και θεών. Σε σπάνιες μόνο περιπτώσεις υπήρξε απόρριψη του από εκπροσώπους κάποιων θρησκειών. Ακόμα και σ' αυτές όμως, η απόρριψη μπορεί να μη σχετιζόταν με το αλκοόλ αυτό καθ' εαυτό αλλά να οφειλόταν σε άλλους παράγοντες (Standage, 2006).

Τα αλκοολούχα ποτά που χρησιμοποιήθηκαν κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ανθρώπινης ιστορίας περιείχαν λιγότερο από 14% αλκοόλ καθώς η φύση δεν μπορεί να παράγει προϊόν με μεγαλύτερη περιεκτικότητα αλκοόλης. Ποτά όπως το ουίσκι, το τζιν, η βότκα κ.α. των οποίων η περιεκτικότητα σε αλκοόλ ξεπερνάει το 14%, προκύπτουν μετά από απόσταξη, τεχνική που ξεκίνησε από την Ισπανία περίπου μία χιλιετία πριν και έγιναν

δημοφιλή στην Ευρώπη μετά τον 16ο αιώνα (Τσαρούχας, 2000).

Από νωρίς όμως είχαν εντοπιστεί και οι αρνητικές επιπτώσεις του και είχε αναγνωριστεί ότι η χρήση του αλκοόλ επιφέρει ένα δαπανηρό και ανεπιθύμητο βάρος στην κοινωνία. Ήδη στην Ελλάδα του 6ου αιώνα π.Χ., οι κυβερνώντες είχαν λάβει κάποια μέτρα για να περιορίσουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και να αποτρέψουν τις



Προειδοποιήσεις για τους κινδύνους του αλκοόλ
(Έργο χαρακτηριστικό του 1820)

συνέπειες της. Οι Έλληνες ηγέτες εισήγαγαν εορταστικές εκδηλώσεις για να δώσουν μια εναλλακτική πρόταση στις «Διονυσιακές» γιορτές που, όπως είναι γνωστό, προωθούσαν τη μέθη (Ghalioungui, 1979). Στην εποχή του Ντίκενς (18ος αιώνας), περίοδο κατά την οποία η χρήση του τζιν στη Βρετανία είχε δημιουργήσει πολλά κοινωνικά προβλήματα, θεωρήθηκε ήδη ως μια επιβλαβής ουσία που προκαλεί εξάρτηση και γίνονται πλέον οι πρώτες αναφορές για νόσο του «εθισμού στο αλκοόλ». Αυτό

αποτελέσει το κλειδί για την εμφάνιση του αμερικανικού κινήματος Temperance και την ποτοαπαγόρευση. Η πλήρης αποχή θεωρήθηκε τότε ως το μόνο αντίδοτο για την αντιμετώπιση του φαινομένου της κατάχρησης αλκοόλ (Levine, 1978). Κατά τη περίοδο της απαγόρευσης (1914-1921), αρκετές χώρες σε όλο τον κόσμο, ποινικοποίησαν την παραγωγή και την πώληση όλων ή των περισσότερων μορφών οινοπνευματωδών ποτών. Πολλοί από αυτούς τους νόμους καταργήθηκαν τη δεκαετία του 1920 και του 1930 και αντικαταστάθηκαν σταδιακά από λιγότερο ακραία μέτρα και πολιτικές που βασίστηκαν στο σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ (Babor et al., 2003).

1.3.2. Το αλκοόλ στην Αρχαία Ελλάδα

Η τέχνη της οινοποιίας έφθασε στην Ελληνική χερσόνησο περίπου το 2.000 π.Χ. Το

πρώτο αλκοολούχο ποτό ήταν ο μύλος, ένα ποτό ζυμωμένο από μέλι και νερό. Κατά το 1.700 π.Χ., η οινοποιία ήταν πλέον διαδεδομένη και στην πορεία των χρόνων ενσωματώθηκε σε θρησκευτικές τελετουργίες, έγινε μέρος της φιλοξενίας, χρησιμοποιήθηκε για ιατρικούς λόγους και αποτέλεσε μέρος των καθημερινών γευμάτων. Το αλκοόλ ως ποτό, καταναλώνονταν με πολλούς τρόπους: ζεστό ή διατηρημένο σε απλή ψύξη, καθαρό ή αναμειγμένο με νερό, απλό ή με καρκεύματα. Οι αρχαίοι Έλληνες επιζητώντας πάντα το τέλειο στις απολαύσεις τους, περιφρονούσαν τον ζύθο ενώ το κρασί ήταν το κύριο ποτό τους το οποίο συχνά υμνούσαν μέσω τη τέχνης (ποίηση, μουσική, ζωγραφική). Σύγχρονοι συγγραφείς ανέφεραν ότι οι Έλληνες ήταν από τους πιο εύκρατους αρχαίους λαούς. Οι κοινωνικοί κανόνες στην Ελλάδα της αρχαιότητας υποστήριζαν διαχρονικά τη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, επαίνεσαν την εγκράτεια ενώ γενικά ήταν αντίθετοι με την υπερβολική χρήση (Austin, 1985).

Μια εξαίρεση της μετριοπαθούς χρήσης αποτέλεσαν οι εκδηλώσεις που αφορούσαν τη λατρεία του θεού Διόνυσου. Οι πιστοί του πίστευαν ότι η μέθη τους έφερνε πιο κοντά στη θεότητα τους (Sournia, 1990). Ενώ στην Αρχαία Ελλάδα το συχνό μεθύσι ήταν σπάνιο στην καθημερινότητα, η μέθη στις δεξιώσεις και τις γιορτές δεν ήταν ασυνήθιστη. Το συμπόσιο ήταν μια συγκέντρωση αντρών για μια βραδιά συνομιλίας, ψυχαγωγίας και ποτού που συχνά κατέληγε σε μέθη. Μέχρι το 425 π.Χ., οι προειδοποιήσεις κατά της κατάχρησης, ιδιαίτερα στα συμπόσια, φαίνεται να γίνονται συχνότερες (Austin, 1985). Δεν υπάρχουν αναφορές στην αρχαία Ελληνική λογοτεχνία για μαζική μέθη μεταξύ των Ελλήνων ενώ υπάρχουν αναφορές για συμπεριφορές μέθης άλλων λαών.



Η Θεά Αθηνά προσφέρει κρασί στον Ηρακλή

Ο Ξενοφώντας (431-351 π.Χ.) και ο Πλάτωνας (429-347 π.Χ.) επαίνεσαν τη μέτρια χρήση του κρασιού ως ευεργετική για την υγεία και την ευχάριστη διάθεση. Αλλά και οι δύο ήταν επικριτικοί για τη μέθη, η οποία φαίνεται να αποτελούσε ήδη πρόβλημα εκείνη την εποχή. Ο Ιπποκράτης (περ. 460-370 π.Χ.) αναγνώρισε πολλές φαρμακευτικές ιδιότητες του οίνου, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπευτική του δράση (Lucia, 1963a). Αργότερα, τόσο ο Αριστείδης (384-322 π.Χ.) όσο και ο Ζήνωνας (336-264 π.Χ.) υπήρξαν επίσης ιδιαίτερα επικριτικοί για τη μέθη (Austin, 1985). Μεταξύ των Ελλήνων, οι Μακεδόνες θεώρησαν την υπερβολική κατανάλωση ως ένδειξη αρρενωπότητας και ήταν γνωστοί για την συχνή κατάσταση μέθης στην οποία περιέρχονταν. Ο βασιλιάς τους, ο Μέγας Αλέξανδρος (336-323 π.Χ.), του οποίου η μητέρα τηρούσε τη Διονυσιακή λατρεία,

είχε τη φήμη ότι μεθούσε συχνά (Babor, 1986; Sournia, 1990).

1.3.3. Η πρώιμη περίοδος του Χριστιανισμού

Η εμφάνιση του Χριστιανισμού άρχισε βαθμιαία να εκτοπίζει τις προϋπάρχουσες κυρίαρχες μέχρι τότε θρησκείες. Ταυτόχρονα μ' αυτό, οι στάσεις και συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ στην Ευρώπη άρχισαν να αλλάζουν καθώς η Καινή Διαθήκη επηρέαζε τις αντιλήψεις των ανθρώπων (Austin, 1985).

Τα πρώτα βιβλικά κείμενα μετά το θάνατο του Ιησού περιέχουν λίγες αναφορές στο αλκοόλ. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η μέθη ήταν κυρίως μία συνήθεια ανθρώπων που ανήκαν στις ανώτερες τάξεις με τις οποίες ο Ιησούς είχε ελάχιστη επαφή (Raymond, 1927). Ο Ιησούς χρησιμοποίησε κρασί (Ματθαίος 15:11 · Λουκάς 7: 33-35) και ενέκρινε τη μέτρια κατανάλωσή του (Ματθαίος 15:11) αλλά από την άλλη πλευρά αντιτέθηκε έντονα στη μέθη (Λουκάς 21: 34,12: 42 · Ματθαίος 24: 45-51).



Γάμος της Κανά. Ο Ιησούς μετατρέπει το νερό σε κρασί

Τα μεταγενέστερα γραπτά του Αποστόλου Παύλου αναφέρονται στο αλκοόλ λεπτομερώς. Παρουσιάζουν το κρασί ως δημιουργία του Θεού και ως εκ τούτου θεωρείται εγγενώς καλό (1 Τιμόθεο 4: 4). Ο Απόστολος Παύλος συνέστησε επίσης τη χρήση του για ιατρικούς και διαιτητικούς σκοπούς (1 Τιμόθεο 5:23) αλλά καταδίκασε την μέθη (1 Κορινθίους 3: 16-17,5: 11,6: 10 · Γαλάτες 5: 19-21 · Ρωμαίους 13: 3) και πρότεινε την αποχή για όσους δεν μπορούσαν να ελέγξουν τη χρήση του ποτού.

Το κόκκινο κρασί, στα πλαίσια των θρησκευτικών του χρήσεων, ταυτίστηκε με το αίμα και τη ζωή και μ' αυτό τον πνευματικό συμβολισμό πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο χριστιανικό μυστήριο της Θείας Ευχαριστίας. Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά τον μεσαίωνα τα μοναστήρια είχαν μετατραπεί σε ένα είδος πανσιόν της εποχής όπου οι ταξιδιώτες απολάμβαναν τη φιλοξενία και το καλό κρασί (Τσαρούχας, 2000).

1.3.4. Αλκοόλ: ένα διαχρονικό πρόβλημα

Ήδη από το 1770 στη Βρετανία αναπτύχθηκαν θεωρίες για το πώς να βοηθήσουν τους συχνούς χρήστες οινοπνευματωδών ποτών. Με την πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής

και την άνοδο του κινήματος Temperance World τον 19ο αιώνα, η εφαρμογή οργανωμένων πολιτικών για τον έλεγχο της κατανάλωσης αλκοόλ θεωρήθηκε για πρώτη φορά ως μέσο διασφάλισης της δημόσιας υγείας (Babor et al., 2003). Το αλκοόλ παραμένει μια δημοφιλής ουσία στην σύγχρονη κοινωνία και η δημοτικότητά του μπορεί να αποδοθεί στην αυξημένη κοινωνικότητα που προκαλεί όταν το άτομο βρίσκεται σε κοινωνικές καταστάσεις. Η παραγωγή, η πώληση και η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι μια μεγάλη επιχείρηση παγκοσμίως, με πρόσφατες εκθέσεις να δείχνουν ότι ο κλάδος αυτός παρέμεινε σχετικά ανεπηρέαστος κατά τη διάρκεια των πιο δύσκολων οικονομικών περιόδων (IAS, 2014).

Η διαχρονικότητα της παρουσίας του ποτού στη διαδρομή της ανθρώπινης ιστορίας και η σημασία της στην αδιάλειπτη συνέχιση της χρήσης του στο μέλλον περιγράφονται με χαρακτηριστικό τρόπο στα λόγια του Andrew Varley, διευθυντή του Ιδρύματος Μελετών για το Αλκοόλ: «το αλκοόλ είναι νόμιμο γιατί υπάρχει στην κοινωνία από την αρχή της. Δεν ξέρω, αν είχε ανακαλυφθεί την προηγούμενη εβδομάδα, μπορεί να είχαμε διαφορετική γνώμη γι' αυτό. Αν έλεγαν *“είναι μια καταπληκτική ουσία, σε κάνει ν' ανεβαίνεις στην πίστα για να χορέψεις, να συμμετέχεις στα πάρτι και να πιάνεις κουβέντα σε μια όμορφη κοπέλα, αλλά από την άλλη αν πιεις πολύ απ' αυτό μπορεί να σου προκαλέσει εμετό, να σου καταστρέψει το συκώτι, να σε κάνει να τρακάρεις με το αυτοκίνητο, μπορεί να γίνεις βίαιος με τη γυναίκα σου και τα παιδιά σου”* τότε οι άνθρωποι θα το σκέφτονταν αλλιώς, θα αναρωτιόνταν *“θέλουμε πραγματικά αυτή την ουσία στην αγορά;”*. Τώρα δεν έχουμε επιλογή. Υπάρχει στην κοινωνία σ' όλη την ιστορία της, έγινε μια μορφή τέχνης, είναι μεγάλο επίτευγμα για κάποιον να φτιάξει ένα καλό κρασί. Γι' αυτό και δεν θα φύγει από τη ζωή μας» (Τσαρούχας, 2000).

2. ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛ

2.1.Εφηβεία

Η εφηβεία είναι η περίοδος μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η δεύτερη δεκαετία της ζωής, με σχεδόν ένα στα πέντε άτομα στον κόσμο να είναι έφηβοι (Spear, 2000; WHO, 2014). Παρόλο που είναι ευρέως αποδεκτό ότι η αρχή της εφηβείας σηματοδοτείται από την έναρξη της ήβης, η οποία κυμαίνεται από 8 έως 15 έτη για τις γυναίκες και 10 έως 14 για τους άνδρες, το τέλος της εφηβείας δεν είναι σαφώς καθορισμένο (Lee, 1980). Η ωρίμανση που συντελείται κατά την περίοδο αυτή συνεπάγεται την επίτευξη διάφορων σημαντικών σωματικών, γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών αλλαγών, που μαζί με μεταβλητούς κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες σηματοδοτούν τη μετάβαση στην

ανεξαρτησία (Arnett & Taber, 1994). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας πρέπει να βρεθεί μια νέα ισορροπία που να ικανοποιεί τόσο τις αλλαγές στις γνωστικές και φυσικές τους ικανότητες όσο και την ανάγκη των νέων να αυξήσουν την αυτονομία τους. Για τα περισσότερα παιδιά, η αναπτυξιακή περίοδος της εφηβείας περιλαμβάνει μεταβολές σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου της ατομικής σκέψης και της κοινωνικής μετάβασης (Coleman & Coleman, 2002).

Η κάθε κοινωνία και ο κάθε πολιτισμός έχει τις δικές του αντιλήψεις σχετικά με αυτή την αναπτυξιακή περίοδο του ατόμου. Σε μερικούς πρωτόγονους πολιτισμούς η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση σηματοδοτείται απλώς από κάποιο τελετουργικό χωρίς ουσιαστικά να υπάρχει περίοδος εφηβείας. Αντίθετα, στις σύγχρονες δυτικές κουλτούρες, η εφηβεία έχει μεγάλη διάρκεια, κι αυτό συμβαίνει για δύο λόγους. Η ηλικιακή αυτή φάση συνήθως θεωρείται ότι ξεκινά από την ήβη και, στις δυτικές κοινωνίες, η ηλικία έναρξης της ήβης αρχίζει να μειώνεται (Coleman & Hendry, 1990). Επιπλέον, το όριο της ενηλικίωσης είναι πιο ασαφές από ποτέ και φαίνεται να αυξάνεται χρονικά. Με δεδομένο ότι η ενηλικίωση ήταν ανέκαθεν συνώνυμη με την εργασία, στη σημερινή εποχή της μαζικής ανεργίας και της όλο και πιο εκτεταμένης περιόδου εκπαίδευσης, η εφηβεία επεκτείνεται για κάποια άτομα ακόμα και στις αρχές της 2ης δεκαετίας της ζωής τους.

Ο Coleman (1980) όρισε την εφηβεία ως «το στάδιο στον κύκλο ζωής που ξεκινά από την ήβη και τελειώνει όταν το άτομο φτάσει στην ωριμότητα». Η ωριμότητα δηλαδή είναι αυτή που σηματοδοτεί το όριο μεταξύ εφηβείας και ενηλικίωσης. Αλλά τι είναι η ωριμότητα; Υπάρχουν διάφοροι τρόποι καθορισμού ή μέτρησής της - νομικός, ηλικιακός, κοινωνιολογικός, βιολογικός, ψυχολογικός κ.α. Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, ωριμότητα θεωρείται η ηλικία κατά την οποία ένα άτομο αναλαμβάνει την ευθύνη για τις δικές του ενέργειες έχοντας επιτύχει την ανεξαρτησία και την αυτονομία από τους γονείς ή τους κηδεμόνες του.

Οι εσωτερικές εντάσεις που βιώνουν οι έφηβοι προκύπτουν από τη σύγκρουση ανάμεσα στις παιδικές απολαύσεις και τις επερχόμενες ευθύνες της ενηλικίωσης. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ανάπτυξης, οι έφηβοι πρέπει να αφομοιώσουν τις ταυτόχρονες επιδράσεις των βιολογικών μεταβολών και των κοινωνικών πιέσεων και να αναπτύξουν μια ανεξάρτητη ταυτότητα. Σύμφωνα με τους Sartor & Youniss (2002), αυτή η περίοδος εξερεύνησης για τους εφήβους δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την ασφαλή βάση στην οποία μπορεί να επιστρέψει το άτομο, δηλαδή την οικογένειά του.

Ιστορικά, η εφηβεία έχει θεωρηθεί ως περίοδος ψυχολογικής έντασης. Ο Erikson (1968) μίλησε για «κρίση ταυτότητας» στην προσπάθειά του να περιγράψει αυτή τη

περίοδο ανάπτυξης. Αυτό το παραδοσιακό μοντέλο ερμηνείας της εφηβείας υποστήριξε και ο Hall (1904) λέγοντας ότι πρόκειται για μια περίοδο «καταιγίδας και άγχους» που περιλαμβάνει την απόρριψη των γονικών αξιών και την ταύτιση με τους «αποκλίνοντες». Η ερμηνεία αυτή θεωρεί τη ένταση και τη διαφωνία που εκδηλώνεται κατά την εφηβεία ως μια απόλυτα φυσιολογική αναπτυξιακή διαδικασία που αφορά το σύνολο των εφήβων. Ωστόσο, λίγα είναι τα σύγχρονα δεδομένα που υποστηρίζουν αυτή την άποψη. Σύμφωνα με την τρέχουσα έρευνα, η πλειοψηφία των νέων περνά την εφηβεία χωρίς σοβαρές αποκλίσεις και διαταραχές. Ο Arnett (1999), αναγνωρίζει ότι η ηλικιακή αυτή φάση χαρακτηρίζεται από αναταραχές και εντοπίζει τρεις συνήθεις δυσκολίες στη φάση αυτή: τις συγκρούσεις με τους γονείς, τις συχνές μεταβολές της διάθεσης και την αυξημένη συμπεριφορά κινδύνου. Ωστόσο, υπογραμμίζει ότι μια ταραχώδης εφηβεία δεν είναι ούτε καθολική ούτε αναπόφευκτη και ότι ο βαθμός στον οποίο κάθε έφηβος υφίσταται ψυχολογικές «αναταράξεις» είναι πιθανό να επηρεαστεί από πολλούς ατομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Οι νέοι, στο σύνολό τους, διαχειρίζονται με επιτυχία τις αλλαγές που συμβαίνουν κατά τα εφηβικά τους χρόνια και αναπτύσσουν σχέσεις μεταξύ τους, διατηρώντας παράλληλα στενούς οικογενειακούς δεσμούς. Αν και οι σχέσεις μεταξύ των συνομηλίκων μπορεί να γίνουν πιο σημαντικές, η γονική επιρροή παραμένει κεντρικός παράγοντας για σημαντικά ζητήματα κοινωνικοποίησης (Coleman & Hendry, 1990). Ο Bloom (1990) επίσης υποστηρίζει ότι ο έφηβος δεν χάνει τόσο πολύ ένα σύστημα καθώς κερδίζει το άλλο και ότι ενώ πολλοί θεωρούν πως η αύξηση της σπουδαιότητας των ομάδων συνομηλίκων συνεπάγεται μείωση της γονικής επιρροής, τα στοιχεία δείχνουν ότι η μακροχρόνια επιρροή των γονέων πάνω σε σημαντικά θέματα διατηρείται.

Σε κάθε περίπτωση, οι έφηβοι βρίσκονται συνεχώς σε μια διαπραγμάτευση με τις οικογένειες, τους φίλους, το σχολείο και την κοινωνία. Οι φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες τους αλλάζουν μεγαλώνοντας, αλλά καθώς πλησιάζουν προς το κρίσιμο σημείο της διαμόρφωσης της προσωπικής ταυτότητας και της βαθμιαίας αυτονομίας τους, υπάρχει ο κίνδυνος να αναπτύξουν επικίνδυνη συμπεριφορά (DeVore & Ginsburg, 2005). Το δυναμικό ανάπτυξης που υπάρχει κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου αντισταθμίζεται από κινδύνους, όπως συμπεριφορές που σχετίζονται με το σεξ, την παραβατικότητα και τη χρήση ουσιών. Με δεδομένο ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος κατά την οποία μπορούν να αναπτυχθούν δια βίου συνήθειες, η υιοθέτηση στην ηλικία αυτή θετικών συμπεριφορών που αφορούν την υγεία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση προβλημάτων υγείας στην ενήλικη ζωή.

2.2. Έφηβοι και αλκοόλ

Η εφηβεία είναι μια περίοδος κατά την οποία οι διαδικασίες που οδηγούν στην ωρίμανση του εγκεφάλου συνοδεύονται, μεταξύ άλλων, από την έντονη ανάγκη για αυτονομία, την αυξημένη αλληλεπίδραση με συνομήλικους, την επιδίωξη επιβράβευσης και ανταμοιβής αλλά και πολλές συναισθηματικές ρυθμίσεις (Casey, 2010; Bava, 2010; Steinberg, 2005). Κατά τη διάρκεια της μεταβατικής αυτής φάσης, οι έφηβοι μαθαίνουν να πειραματίζονται με νέες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα και τη κατανάλωση αλκοόλ. Θεωρείται μια περίοδος όπου πολλοί νέοι άνθρωποι ξεκινούν τη χρήση αλκοόλ και τίθενται τα θεμέλια των μετέπειτα συνηθειών κατανάλωσής του.

Η χρήση αλκοόλ εκλαμβάνεται ως μια θετική προ-κοινωνική δραστηριότητα από τα νεαρά άτομα και αποτελεί μέρος της κοινωνικής ζωής για πολλούς εφήβους. Θεωρείται το «πιστοποιητικό» της ανάπτυξής τους και το «διαβατήριο» για την ενήλικη ζωή. Η βιβλιογραφία περιγράφει τη συμπεριφορά αυτή ως μέρος της διαδικασίας μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή (Sharp & Lowe 1989a, Barnes 1977, Stacey & Davies, 1970). Είναι ιδιαίτερα έντονη στα εφηβικά χρόνια, όπου η σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη δημιουργεί την επιθυμία στους εφήβους να συμπεριφέρονται περισσότερο ως ενήλικες. Αλλά και οι ίδιοι οι γονείς όπως και ο ευρύτερος περίγυρος αντιμετωπίζουν πλέον τον έφηβο περισσότερο ως ενήλικα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι μια διαδεδομένη και φυσιολογική συνήθεια των ενηλίκων, έχει ως επακόλουθο η συμπεριφορά των εφήβων σε σχέση με το αλκοόλ να αλλάζει και από την πλήρη αποχή να φτάνει στα επίπεδα κατανάλωσης των ενηλίκων. Το ποτό είναι γενικά διαθέσιμο για τους εφήβους σε αρκετές περιστάσεις με την έγκριση της οικογένειας.

Το να πίνει ένας έφηβος μέχρι σημείου μέθης μπορεί να συμβολίζει ελευθερία και αυτονομία και να συμβάλλει στην ευχαρίστηση, στη διασκέδαση, στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και στη δημιουργία ή στη διατήρηση της φιλίας. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι μια φυσιολογική συμπεριφορά για τους εφήβους στις δυτικές κοινωνίες, όπου πολλοί απ' αυτούς ξεκινούν να πίνουν σε πολύ πρώιμη ηλικία. Για παράδειγμα, το 35% των Αυστραλών εφήβων ηλικίας 14-17 ανέφεραν ότι πίνουν σε επικίνδυνο βαθμό. Στις ΗΠΑ περίπου το 25% του εφηβικού πληθυσμού κάνει υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (binge drinkers), ενώ σχεδόν το 10% κάνουν βαριά χρήση (heavy drinkers) (National Institute of Alcohol Use and Alcoholism, 2012). Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την άποψη των Velleman και συν. (2005), οι οποίοι αναφέρουν ότι η κατάχρηση αλκοόλ μεταξύ των εφήβων είναι συνηθισμένη σε πολλές χώρες. Οι μαθητές πίνουν περισσότερο συγκεκριμένες ημέρες της εβδομάδας, κατά τις οποίες τείνουν να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ σε μια μόνο περίπτωση, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγήσει γιατί οι

όροι «υπερβολική κατανάλωση», «βαριά επεισοδιακή κατανάλωση» «περιστασιακή επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ» χρησιμοποιούνται συνήθως για να περιγράψουν την χρήση αλκοόλ από τους εφήβους (Black & Mullan, 2015, Goodhart et al., 2003).

Οι έφηβοι δεν έχουν να διαχειριστούν μόνο τις πολλές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό τους (ορμονικές μεταβολές, ανάπτυξη του εγκεφάλου) αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον τους. Η διαδικασία κοινωνικοποίησης διαδραματίζει καίριο ρόλο στον καθορισμό του αν και σε ποιο βαθμό οι νέοι θα καταναλώσουν οινοπνευματώδη ποτά. Η κοινωνικοποίηση γίνεται μέσα από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινωνία, τη διαφήμιση και τους συνομηλικούς και ανάλογα δημιουργεί αρνητικές ή θετικές αντιλήψεις για τις ουσίες. Οι νέοι άνθρωποι φαίνεται ότι είναι πιθανότερο να καταναλώνουν αλκοόλ αν οι γονείς τους είναι λιγότερο αυστηροί, εάν έχουν ένα στενό συγγενή ή ένα φίλο που πίνει, εάν το αλκοόλ είναι εύκολα διαθέσιμο στο σπίτι και αν αναμένουν θετικά αποτελέσματα από τη κατανάλωσή του. Οι λόγοι χρήσης αλκοόλ ποικίλλουν ανάλογα με την κοινωνική και προσωπική τους κατάσταση. Η πλήξη, η ανάγκη για διαφορετικότητα, η απόλαυση της γεύσης του ποτού και η πεποίθηση ότι το αλκοόλ κάνει κάποιον να αισθάνεται πιο σίγουρος, να είναι πιο κοινωνικός και καλύτερος, αποτελούν κάποιους από τους συνηθισμένους λόγους για χρήση αλκοόλ παγκοσμίως. Λεπτομέρειες για τις αιτίες κατανάλωσης αλκοόλ παρατίθενται στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

2.2.1. Διαφορές εφήβων – ενηλίκων

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από τους εφήβους έχει κάποιους ειδικούς επιδημιολογικούς προσδιοριστές που διαφέρουν απ' αυτούς των ενηλίκων διαπολιτισμικά (Skogen et al., 2014). Η επίδραση της ουσίας είναι διαφορετική στα παιδιά και τους εφήβους καθώς το σώμα τους δεν μπορεί να μεταβολίσει το αλκοόλ με τον ίδιο τρόπο όπως ενός ενήλικα και κινδυνεύουν περισσότερο από βιολογικές βλάβες (όπως εξασθένηση της ανάπτυξης του εγκεφάλου, κακή γνωστική λειτουργία και ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού) σε σύγκριση με τους ενήλικες που καταναλώνουν την ίδια ποσότητα αλκοόλ (McGue, 1994). Όσον αφορά τον εθισμό στο αλκοόλ, οι έφηβοι θεωρούνται περισσότερο επιρρεπείς σ' αυτόν, διότι η μετάβαση από την χρήση στην κατάχρηση και την εξάρτηση, επιτυγχάνεται με γρηγορότερο ρυθμό συγκριτικά με τους ενήλικες (Czechowicz, 1988). Η ίδια η φύση της εφηβείας ως περίοδος πειραματισμού, αναζήτησης και ανάληψης ρίσκου, θέτει το νεαρό άτομο σε αυξημένο κίνδυνο σε σύγκριση με τους ενήλικες για εκδήλωση επιζήμιων συμπεριφορών σχετιζόμενων με το αλκοόλ όπως για παράδειγμα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, πρόκληση ακούσιων βλαβών και επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (Hingson et al., 2009; Hingson et al., 2003; Cherpitel, 2013; Fergusson & Lynskey, 1996; Quigley & Marlatt, 1996; Smart, 1996; Thakker, 1998).

Επίσης, το γεγονός ότι ο προμετωπιαίος λοβός του εγκεφάλου τους βρίσκεται ακόμα σε ανάπτυξη, τους καθιστά περισσότερο παρορμητικούς, και αυτό σε συνδυασμό με τη μικρότερη γνώση των πιθανών συνεπειών της κατανάλωσης αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα συχνά να λαμβάνουν μεγαλύτερες ποσότητες της ουσίας αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα να εμπλακούν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Για τους λόγους αυτούς, τα παιδιά και οι έφηβοι θεωρούνται περισσότερο ευάλωτοι στη χρήση της συγκεκριμένης ουσίας.

2.3. Αιτίες χρήσης αλκοόλ

Το αν οι έφηβοι πίνουν και σε ποιο βαθμό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά, την οικογένεια και τις αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται σ' αυτήν, την επιρροή των συνομηλίκων, το σχολικό περιβάλλον, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις για τα οφέλη και τους κινδύνους από την κατανάλωση αλκοόλ. Η πλήξη, η αναζήτηση ευχαρίστησης, η προηγούμενη εμπειρία κατανάλωσης αλκοόλ και η προσωπική προτίμηση εντοπίζονται επίσης μεταξύ των παραγόντων που μπορούν να καθορίσουν την εφηβική χρήση αλκοόλ (Kellie, 1995). Είναι σημαντικό λοιπόν να εξεταστούν αυτοί οι παράγοντες προκειμένου να κατανοηθούν τα πρότυπα χρήσης που συμβάλλουν στην προβληματική κατανάλωση οινοπνεύματος στη κρίσιμη αυτή ηλικία. Οι περισσότεροι νέοι δεν μπορούν να επιστημάνουν μόνο έναν λόγο που προτιμούν να πίνουν, γεγονός που σημαίνει ότι επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες ταυτόχρονα. Στη συνέχεια περιγράφονται συνοπτικά οι πιο σημαντικοί απ' αυτούς.

2.3.1. Οικογένεια

Ο ρόλος της οικογένειας στην χρήση αλκοόλ από τους εφήβους είναι πολυποίκιλος και καθοριστικής σημασίας. Η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων, τα πρότυπα που προβάλλονται εκεί και το επίπεδο γονεϊκού ελέγχου είναι από τους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τις συνήθειες των παιδιών σχετικά με το αλκοόλ.

Σχέσεις

Έρευνες έδειξαν ότι οι έφηβοι που δεν έχουν στενούς δεσμούς με τους γονείς τους και η σχέση μαζί τους δε δημιουργεί αίσθημα ικανοποίησης και ασφάλειας, παρουσιάζουν δυσκολίες στην ανάπτυξή τους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος και είναι πιο επιρρεπείς στη χρήση ουσιών (Kochanska & Kim, 2013; Kuntsche et al., 2008). Κάποιοι δείκτες που αφορούν την ποιότητα των σχέσεων γονέα-παιδιού, όπως ο βαθμός επικοινωνίας, υποστήριξης, αποδοχής και εμπιστοσύνης σχετίζονται με χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους (Frias et al., 2000; Frias et al., 2000b). Η μη συχνή επικοινωνία μεταξύ γονέα και παιδιού και οι λιγότερες ώρες που περνούν από κοινού, έχουν συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος και κατανάλωσης οινοπνεύματος σε μαθητές μέσης εκπαίδευσης (Macaulay et al., 2005). Αντίθετα, όταν οι γονείς έχουν καλή επαφή με τον

γιο ή την κόρη τους και ασκούν επάνω τους επιρροή μέσα από μια ζεστή και ουσιαστική σχέση, η πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί να μειωθεί (Cleveland et al., 2014). Σύμφωνα με τους Adalbjarnardottir & Hafsteinsson (2001) οι έφηβοι με υποστηρικτικούς γονείς παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο να εμπλακούν σε επικίνδυνη χρήση αλκοόλ σε σχέση με εκείνους που οι γονείς τους υπήρξαν αυστηροί. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Shin και συν. (2013), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η βαριά κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να συνεχιστεί στη νεαρή ενήλικη ζωή εάν οι έφηβοι βίωναν συνεχώς αρνητικές αλληλεπιδράσεις με τους γονείς τους. Συγκεκριμένα, συμπεριφορές γονέων όπως η έλλειψη συναισθηματικής έκφρασης, η συχνή απόρριψη και η άσκηση ενδοοικογενειακής βίας αυξάνουν το άγχος του εφήβου και μειώνουν την ικανότητά του να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις με αποτελεσματικό τρόπο (Jaeger et al., 2000). Αυτό έχει σαν συνέπεια σε κάποιες περιπτώσεις να χρησιμοποιούν το ποτό ως ένα μέσο αντιμετώπισης των δυσάρεστων συναισθημάτων που βιώνουν, λόγω αδυναμίας να εφαρμόσουν άλλους πιο υγιείς τρόπους διαχείρισής τους. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Steinberg & Morris (2001) σχετικά με τις σχέσεις γονέων-εφήβων έδειξε ότι η γονική εμπλοκή μπορεί να αυξήσει την ικανότητα και την ψυχολογική ευημερία του εφήβου. Καθιστά το παιδί πιο δεκτικό στη γονική επιρροή, δημιουργώντας κατάλληλες προϋποθέσεις για αποτελεσματικότερη κοινωνικοποίηση του, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα να κάνει επιζήμια χρήση αλκοόλ (Steinberg, 2005). Ο Velleman (2009) υποστηρίζει ότι το καλύτερο μοντέλο γονικής φροντίδας για τη μείωση της πιθανότητας κατανάλωσης αλκοόλ από ανήλικους περιλαμβάνει την ενδυνάμωση της αυτο-αποτελεσματικότητας, μέσω της εφαρμογής καθορισμένων και σταθερών κανόνων και της ισχυρής δέσμευσης. Η δομή της οικογένειας φαίνεται επίσης ότι παίζει ρόλο, με τα παιδιά που ζουν με τους δύο φυσικούς γονείς να είναι λιγότερο πιθανό να πίνουν αλκοόλ.

Έλεγχος

Όταν οι γονείς δεν περνούν χρόνο με το παιδί τους και δεν έχουν καλή επικοινωνία μαζί του, μειώνεται επίσης σημαντικά η ικανότητά τους να το επιβλέπουν και να είναι ενήμεροι για πιθανές συμπεριφορές κινδύνου στις οποίες μπορεί να εμπλέκεται. Η πλήρης απουσία ή η ανεπάρκεια του γονικού έλεγχου έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά χρήσης ουσιών και ιδιαίτερα με την πρόιμη ηλικία έναρξης χρήσης. Οι γονείς αποτελούν ισχυρούς παράγοντες κοινωνικοποίησης καθώς είναι σε θέση να διαχειριστούν το περιβάλλον των παιδιών τους ώστε να διασφαλίσουν ότι εκτίθενται σε θετικές κοινωνικές επιρροές. Η χαμηλή επίβλεψη από τους ενήλικες, κυρίως στις ώρες μετά το σχολείο κατά τις οποίες λαμβάνουν χώρα οι πιο αποκλίνουσες συμπεριφορές, συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο χρήσης ουσιών (Gage et al., 2005; Pettit et al, 1999). Αντίθετα, ο καλός γονικός έλεγχος μπορεί να είναι αποτελεσματικός, περιορίζοντας τις πιθανότητες για εμπλοκή των

εφήβων σε συμπεριφορές κατανάλωσης οινοπνεύματος και δημιουργώντας τους πίεση για συμμόρφωση με τις προσδοκίες των γονιών (Wang et al., 2014, Alati et al., 2014). Το γεγονός ότι όσο περισσότερο γνωρίζουν οι γονείς την καθημερινότητα των παιδιών τους τόσο μειώνεται η πιθανότητα αυτά να κάνουν επιβλαβή χρήση ουσιών, μπορεί να οφείλεται και στο ότι οι έφηβοι ενδεχομένως αντιλαμβάνονται τη γονική μέριμνα ως ένδειξη ενδιαφέροντος και θετικής σχέσης γονέα-παιδιού. Οι γονείς μπορούν να τροποποιήσουν μέσα από κατάλληλες στρατηγικές εποπτείας και παρακολούθησης αυτό που οι έφηβοι μαθαίνουν από το κοινωνικό και φυσικό τους περιβάλλον (Dickinson et al., 2014; Cleveland et al., 2014). Κάποιες έρευνες επισημαίνουν ότι η θετική επίδραση του υψηλού γονικού ελέγχου φαίνεται να ισχύει κυρίως για τις περιπτώσεις εφήβων που κάνουν έντονη χρήση και όχι για τους ήπιους χρήστες. Οι Alati και συν. (2014) έχουν διαπιστώσει ότι για τους εφήβους που καταναλώνουν αλκοόλ σε ήπιο βαθμό, η εμπλοκή των γονέων κατά τη μέση και ώριμη εφηβική ηλικία μπορεί να οδηγήσει στα αντίθετα αποτελέσματα και να προκαλέσει υπερβολική κατανάλωση. Ο έφηβος σ' αυτή τη περίπτωση μπορεί να αισθάνεται καταπίεση και στρες από την υπερβολική επιβολή πειθαρχίας, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο επιζήμιας χρήσης αλκοόλ.

Συχνά, γονείς που δεν συμφωνούν με τη χρήση αλκοόλ από ανήλικους, δυσκολεύονται να δεχτούν ότι το δικό τους παιδί πίνει, θεωρώντας ότι αυτή είναι μια συνήθεια που έχουν μόνο κάποιοι συνομήλικοί του (Beck et al., 1995; Beck & Treiman, 1996). Ενώ το 68% των γονέων πιστεύει ότι οι περισσότεροι έφηβοι δοκιμάζουν περιστασιακά μπίρα, το 63% δε θεωρεί ότι ο γιος ή η κόρη τους είχε καταναλώσει αλκοόλ (U.S. Department of Health and Human Services, 2007). Η στάση τους αυτή όμως δημιουργεί τις προϋποθέσεις διατήρησης και αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ από το παιδί καθώς υπάρχει παντελής έλλειψη ελέγχου και περιορισμού.

Πρότυπα

Όταν οι γονείς πίνουν ή επιτρέπουν στα παιδιά τους την κατανάλωση αλκοόλ, αυξάνεται η πιθανότητα επιζήμιας χρήσης του από τους εφήβους (WHO, 2014). Αυτή η στάση των γονέων συνδέεται επίσης με τη δυνατότητα των παιδιών να έχουν ευκολότερη πρόσβαση στα οινοπνευματώδη ποτά, γεγονός που αποτελεί έναν άλλον παράγοντα που συμβάλει στην αύξηση του ποσοστού κατανάλωσης αλκοόλ (Ryan et al., 2010). Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, οι έφηβοι μαθαίνουν με έμμεσο τρόπο τους κανόνες σχετικά με την χρήση αλκοόλ και αναπτύσσουν έτσι αντιλήψεις για τις θετικές και αρνητικές επιπτώσεις της (Cleveland et al., 2014, Donovan & Molina, 2014, Dickinson et al., 2014). Βλέπουν τους γονείς ως πρότυπα και παρατηρούν τις πρακτικές κατανάλωσης οινοπνεύματος που αυτοί εφαρμόζουν, διαμορφώνοντας έτσι μια μαθημένη συμπεριφορά αντίστοιχη με αυτή που παρατηρούν (Wiers et al., 2012). Φαίνεται λοιπόν πως όσο

περισσότερο πίνουν οι γονείς τόσο περισσότερο καταναλώνουν και τα παιδιά τους ως αποτέλεσμα γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (WHO, 2014). Οι Alati και συν. (2014) διαπίστωσαν ότι όταν οι γονείς πίνουν λιγότερο, οι έφηβοι ξεκινούν την κατανάλωση αλκοόλ σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ το υψηλό επίπεδο κατανάλωσης από τους γονείς ήταν ένας βασικός δείκτης για την πρόωμη έναρξη χρήσης από τους εφήβους. Η κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς μπορεί να οδηγήσει επίσης σε μειωμένη γονική μέριμνα με τις αρνητικές συνέπειες που αυτό μπορεί να έχει όπως προαναφέραμε (Sher et al., 1991; Van der Vorst et al., 2010; Van Zundert et al., 2006). Το κάπνισμα και η κατανάλωση ναρκωτικών ουσιών από τους γονείς συνδέεται επίσης με κατανάλωση αλκοόλ από τα ανήλικα παιδιά τους.

Όταν οι γονείς, εκτός από το να καταναλώνουν συχνά οι ίδιοι αλκοόλ αποδέχονται και τη χρήση αλκοόλ από τα παιδιά τους, οι πιθανότητες αυτά να πίνουν αυξάνεται καθώς υιοθετούν ουσιαστικά τη πεποίθηση ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι κάτι θετικό (Donovan & Molina, 2014; Dickinson et al., 2014). Οι Messler και συν. (2014) υποστήριξαν ότι οι γονείς δείχνουν και έμμεσα αυτή την αποδοχή τους όταν επιτρέπουν ή και ενθάρρυναν τα παιδιά τους να συναναστρέφονται με συνομηλίκους που πίνουν. Αυτή η στάση τους αυξάνει την πιθανότητα να πίνουν και τα δικά τους παιδιά, σε αντίθεση με τη στάση των γονέων που αποτρέπουν τον ανήλικο γιο ή την ανήλικη κόρη τους να έχουν φίλους που κάνουν χρήση αλκοόλ.

Αδέρφια

Εκτός από τους γονείς, και τα αδέρφια μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις συμπεριφορές κατανάλωσης οινοπνεύματος ενός εφήβου όπως πιστοποιούν αρκετές μελέτες (Brody, 1996; Stocker, Lanthier & Furman, 1997; Conger & Little, 2010). Αυτό αφορά κυρίως εφήβους που έχουν την τάση να μιμούνται τις συμπεριφορές των αδερφών τους (Conger et al., 2009). Οι Fagan & Najman, (2005) αναφέρουν ότι ένας έφηβος είναι τρεις φορές πιο πιθανό να αρχίσει να πίνει συστηματικά εάν ήδη πίνουν τα αδέρφια του, ενώ σύμφωνα με τον Windle (2008), πάνω από το 25% των εφήβων που κατανάλωσαν αλκοόλ είχαν αδερφό που έπινε κατά το προηγούμενο έτος. Αντίστοιχα, όταν τα αδέρφια δεν έχουν έντονη επιθυμία να κάνουν χρήση αλκοόλ ο κίνδυνος συχνής κατανάλωσης από τον έφηβο είναι μικρότερος (Velleman, 2009). Η έρευνα έχει δείξει ότι τα μεγαλύτερα αδέρφια μπορούν να χρησιμεύσουν ως πρότυπα και να επηρεάσουν τη συμπεριφορά κατανάλωσης των νεότερων αδερφών τους. Αρκετές έρευνες αναφέρουν ισχυρότερες σχέσεις για τα αδέρφια που είναι κοντά στην ηλικία και του ίδιου φύλου, κάτι που υποστηρίζει και η θεωρία της κοινωνικής μάθησης, (Fagan & Najman, 2005). Επίσης έχει φανεί ότι στις περιπτώσεις που υπάρχουν συγκρούσεις μεταξύ των γονιών ή/και προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ στο σπίτι, καταστάσεις δηλαδή που μπορεί να

οδηγήσουν τον έφηβο στην χρήση αλκοόλ ως μέσο αντιμετώπισης του άγχους, η χρήση αυτή επιδεινώνεται αν υπάρχει και κάποιος αδερφός που επίσης πίνει (Hall et al., 1992; Windle, 2000). Η αδερφική σχέση συνήθως αντιπροσωπεύει την πιο μακροχρόνια σχέση που θα έχει ένα άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Γι' αυτό, είναι σημαντικό να εξεταστεί εκτενέστερα η επίδρασή της στη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς μπορεί να έχει ισχυρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εφηβικής αλλά και της ενήλικης ζωή του ατόμου.

2.3.2. Συνομηλικοί

Η επιρροή των συνομηλίκων είναι μια άλλη σημαντική παράμετρος που μπορεί να καθορίσει τη πιθανότητα, τη συχνότητα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες μπορεί να πίνει ένας έφηβος. Όπως και η γονική επιρροή, έτσι κι αυτή που προέρχεται από την παρέα των συνομηλίκων μπορεί να λειτουργήσει είτε ως προστατευτικός παράγοντας είτε ως παράγοντας κινδύνου (Atkins et al., 2002; The National Center on Addiction and Substance Abuse, 2011). Σύμφωνα με τους Curran και συν. (1997) η χρήση ουσιών από συνομηλίκους είναι ένας από τους πιο αξιόπιστους και ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες για εφηβική χρήση. Από την ηλικία των 14-15 ετών η επίδραση των γονέων στη συμπεριφορά των παιδιών μειώνεται καθώς οι νέοι αρχίζουν να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο με τους φίλους τους, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται σταδιακά πιο πολύ απ' αυτούς.

Μεταξύ των συνομηλίκων η κατανάλωση οινοπνεύματος αποτελεί σύμβολο της ενηλικίωσης και απόκτησης ταυτότητας, κυρίως για όσους επιλέγουν να διασκεδάζουν και να κοινωνικοποιούνται με την ελπίδα δημιουργίας φιλικών σχέσεων (Tinsley & Hendrickx, 2008). Αντιμετωπίζουν ένα περιστατικό μέθης που τους προκάλεσε εμετό, τους έκανε να χάσουν τη μνήμη τους ή να νοσηλευτούν ως κάτι διασκεδαστικό και αστείο. Η άποψη ότι «αν δε μεθύσεις έστω και λίγο, δεν διασκεδάζεις» είναι αρκετά συχνή μεταξύ των εφήβων. Η έρευνα έδειξε ότι οι έφηβοι καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ όταν πίνουν παρέα με άλλους, λόγω κυρίως της επιθυμίας τους να κάνουν εντύπωση και να ικανοποιήσουν τις προσδοκίες των φίλων τους (Wiers et al., 2012, Fairbairn & Sayette, 2014). Οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες συχνά διαπιστώνουν ότι η κατανάλωση ποτών με τους συνομηλίκους μπορεί να αποτελέσει μέσο για κοινωνική αποδοχή (Maggs, 1997; Maggs & Schulenberg, 2005). Πρόκειται ουσιαστικά για έμμεση επιρροή από την ομάδα, καθώς ο έφηβος έχοντας ως πρότυπο συμμαθητές του που πίνουν και θέλοντας να γίνει αποδεκτός και αρεστός απ' αυτούς, υιοθετεί ανάλογη συμπεριφορά. Όταν λοιπόν το αλκοόλ είναι βασικό στοιχείο της ζωής του άμεσου φιλικού περιβάλλοντος του εφήβου και θεωρείται ευρέως αποδεκτό, υπάρχει έμμεση πίεση από τους συνομηλίκους ώστε να πει και μάλιστα περισσότερο και

πιο γρήγορα (Wiers et al., 2012). Σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχει και άμεση επιρροή από συνομήλικους, η οποία περιλαμβάνει την χορήγηση αλκοόλ και την ευθεία προτροπή για κατανάλωση. Ανεξάρτητα από το είδος της επιρροής που δέχεται ο έφηβος, άμεση ή έμμεση, πιέζεται συχνά να συμμετάσχει σ' αυτό που φαίνεται να είναι ο κανόνας, σε παράνομη δηλαδή κατανάλωση αλκοόλ. Η επίδραση των συνομηλίκων στη χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας είναι πιο έντονη στο γυμνάσιο και μετριάζεται καθώς ο έφηβος μεγαλώνει (Duan, 2009).

Τη σημαντική επίδραση των συνομηλίκων επιβεβαιώνουν και οι Perkins και συν. (1999), τονίζοντας ότι οι κοινωνικοί κανόνες επηρεάζουν τις αποφάσεις των εφήβων, ιδίως αυτοί που προέρχονται από την ομάδα των συνομηλίκων. Για παράδειγμα, εάν ο έφηβος πιστεύει ότι οι συνομήλικοί που θεωρούνται δημοφιλείς κάνουν χρήση ουσιών, θα σχηματίσει την άποψη ότι γενικά οι δημοφιλείς πίνουν. Αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να υιοθετήσει και ο ίδιος αντίστοιχη συμπεριφορά ώστε να τους μοιάσει, καθώς οι συνομήλικοί τείνουν να είναι τα πιο σημαντικά πρόσωπα στη συγκεκριμένη φάση της ζωής του (Perkins, 2003).

Οι περισσότερες αντιλήψεις που έχουν οι έφηβοι για τη συμμετοχή των συμμαθητών τους σε συμπεριφορές κινδύνου δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Perkins, 2003). Για παράδειγμα, όταν οι μαθητές βλέπουν ένα άτομο να έχει μεθύσει, τείνουν να πιστεύουν ότι αυτή η συμπεριφορά αποτελεί μέρος του φυσιολογικού τρόπου ζωής του, κάτι που βέβαια δεν ισχύει στις περισσότερες περιπτώσεις. Παράλληλα, όταν ένα άτομο πει πάνω από το όριο που αντέχει, αυτό μπορεί να του προκαλέσει εμετό και να το οδηγήσει σε βίαια ξεσπάσματα ή γενικότερη απώλεια του ελέγχου του. Οι συμπεριφορές αυτές θα παραμείνουν στη μνήμη και θα συζητηθούν περισσότερο απ' ό,τι οι φυσιολογικές, κάνοντάς τες να φαίνονται ως ο κανόνας (Perkins et al., 1999). Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι έφηβοι συχνά ενεργούν σύμφωνα με αυτό που θεωρούν ότι είναι ο κανόνας, το να παρατηρούν στο περιβάλλον τους τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης ουσιών (Perkins, 2003).

Το μέρος που ο έφηβος θα πει το πρώτο ποτό μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο για μελλοντική κατάχρηση οινοπνεύματος. Τα παιδιά που καταναλώνουν για πρώτη φορά αλκοόλ στο σπίτι και μαθαίνουν για τα αποτελέσματά του από τους γονείς είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ σε σχέση με εκείνους που αρχίζουν να πίνουν εκτός του σπιτιού και πειραματίζονται με τους συμμαθητές τους.

2.3.3. Ατομικοί παράγοντες

Εκτός από την οικογένεια και τους συνομήλικους, ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης τη συμπεριφορά των εφήβων σχετικά με το αλκοόλ. Γενετικά - νευροβιολογικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και πτυχές της ψυχολογικής λειτουργίας φαίνεται να σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ στους ανήλικους.

Οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία εμφάνισης των διαταραχών της χρήσης ουσιών, με εκτιμήσεις κληρονομικότητας να κυμαίνονται από 0,5 έως 0,6 για το αλκοόλ και από 0,3 έως 0,8 για άλλες ουσίες (Urbanoski & Kelly, 2012). Τα παιδιά των οποίων οι βιολογικοί γονείς έχουν αναπτύξει διαταραχές χρήσης ουσιών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμπλακούν σε προβληματική χρήση, ακόμη και όταν μεγαλώνουν με θετούς γονείς (Vanyukov et al., 2003). Μελέτες σε διδύμους επιβεβαιώνουν τον ρόλο των γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη συμπεριφορών κατάχρησης και την εξάρτησης (Fu et al., 2002; Kendler et al., 2003; Wang et al., 2004; Liu et al., 2004; Luo et al., 2005; Lee et al., 2009). Σύμφωνα με τους Goldman και συν. (2005) οι διαταραχές της χρήσης οινοπνεύματος φαίνεται να «κληροδοτούνται» από τη μια γενιά στην άλλη μέσα σε μια οικογένεια, με το 40% -60% της διακύμανσης ή του κινδύνου να εξηγείται από γενετικές επιδράσεις. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις γενετικής και διαγενεακής μετάδοσης διαταραχών χρήσης οινοπνεύματος (Hill & Muka, 1996, Barnow et al., 2002). Οι μηχανισμοί γενετικού κινδύνου για διαταραχές χρήσης ουσιών δεν έχουν ακόμη κατανοηθεί πλήρως. Οι γενετικοί παράγοντες είναι πιθανό να αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικές επιρροές, γεγονός που σημαίνει πως όσοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα που σχετίζονται με το οινόπνευμα είναι και γενετικά ευαίσθητοι σ' αυτά τα προβλήματα αλλά και εκτίθενται σε κοινωνικά περιβάλλοντα που ενθαρρύνουν την κατάχρηση αλκοόλ (Laucht et al., 2009).

Μελέτες σχετικά με την προσωπικότητα υποστηρίζουν ότι η παρορμητικότητα είναι ένας ενδοφαινότυπος κινδύνου για προβληματική χρήση ουσιών. Είναι το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου που συνδέεται σε μεγαλύτερο ποσοστό με τη χρήση οινοπνεύματος και ουσιών, περισσότερο και από τα αρνητικά συναισθήματα ή τον νευρωτισμό που επίσης έχουν δείξει θετικές συσχετίσεις με τη χρήση ουσιών σε πολλές μελέτες (Sher et al., 1999; Tarter et al., 2003). Ο αυτοέλεγχος είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό προσωπικότητας που συχνά συνδέεται με τη χρήση οινοπνεύματος, καθώς άτομα με χαμηλά επίπεδα αυτοελέγχου φαίνεται ότι έχουν την τάση να πίνουν περισσότερο σε σχέση με τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα του χαρακτηριστικού αυτού (Wills & Dishion, 2004; King et al., 2011; Griffin et al., 2012).

Όσον αφορά τη σχέση χαρακτηριστικών συμπεριφοράς και κατανάλωσης αλκοόλ

φάνηκε ότι τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από τους δασκάλους τους ως επιθετικά είναι πιο πιθανό να πίνουν. Ο Miller (1997) εντοπίζει συσχέτιση βαριάς χρήσης αλκοόλ με κοινωνική παραβατικότητα και συμπεριφορές όπως συχνές εξόδους με φίλους, οδήγηση μηχανών, ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια, εκδήλωση επιθετικότητας και μικρότερο γονικό έλεγχο. Αντίθετα, η συμμετοχή σε δραστηριότητες όπως η ανάγνωση, το τραγούδι, η ζωγραφική και η δημιουργική γραφή μειώνουν τη πιθανότητα της κατανάλωσης ποτών από ανηλίκους (Dukarm et al., 1996). Όσοι είναι λιγότερο επιτυχημένοι, έχουν μικρότερες προσδοκίες από τον εαυτό τους ή δεν έχουν κίνητρα στο σχολείο, είναι πιο πιθανό να πίνουν. Η τάση για επαναστατικότητα, αμφισβήτηση της εξουσίας και των γονέων, συνδέονται επίσης με υψηλότερη πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

Η πρώιμη εκδήλωση ψυχοπαθολογίας έχει επίσης συνδεθεί με τη χρήση ουσιών. Διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η διαταραχή της διαγωγής και η εναντιωματική-προκλητική διαταραχή, συνδέονται με μικρότερη ηλικία έναρξης χρήσης αλκοόλ και παρουσιάζουν υψηλή συννοσηρότητα με χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες στον εφηβικό πληθυσμό (McGue et al., 2001; Armstrong & Costello, 2002, Roberts et al., 2007). Σύμφωνα με τον Ada (2012), οι νέοι που υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας βρίσκουν τη χρήση ουσιών ως ένα ελκυστικό μέσο αντιμετώπισής τους που όμως στην πραγματικότητα επιδεινώνει την κατάσταση και αυξάνει την επιθετικότητα.

Η συμπεριφορά κινδύνου που εκδηλώνουν συχνά οι έφηβοι συνδέεται σε αρκετές περιπτώσεις με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, εθνικότητα, διαζύγιο γονέων, κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο. Για παράδειγμα, όσο οι έφηβοι μεγαλώνουν, η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνεται και κορυφώνεται κατά τη διάρκεια της πρώιμης ενηλικίωσης, ενώ στη συνέχεια η ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνουν μειώνεται (Deas & Brown, 2008; Fergusso et al., 2009). Όσον αφορά το φύλο, οι άντρες είναι πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ από τις γυναίκες, αν και νεότερα στοιχεία δείχνουν ότι το χάσμα μεταξύ των φύλων στον τομέα αυτό μειώνεται στις νεαρές ηλικίες (Holdcraft & Iacono, 2002; McPherson et al., 2004; Grucza et al., 2008; Huckle et al., 2008; Keyes et al., 2008). Έρευνα σε δείγμα εφήβων Ολλανδών έδειξε ότι το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ είναι υψηλότερο μεταξύ των αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια μόνο κατά τα τελευταία δύο χρόνια του δημοτικού σχολείου και στην Α' τάξη του γυμνασίου. Οι περισσότερες μελέτες που λαμβάνουν υπόψη την εθνικότητα των εφήβων σημειώνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνοτικών ομάδων. Για παράδειγμα, οι λευκοί έφηβοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αλκοόλ από τους μη λευκούς (Blum et al., 2000; Flewelling & Bauman, 1990). Μελέτη που διενεργήθηκε στη Νέα Ζηλανδία έδειξε ότι οι νεαροί Māori (γηγενής Πολυνησιακός λαός της Ν. Ζηλανδίας) έχουν ποσοστά αλκοολισμού και εξάρτησης που είναι υψηλότερα από εκείνα των μη

Māori (Dacey & Moewaka, 2000; New Zealand Law Commission, 2010). Επίσης, παράγοντες που αφορούν την οικογένεια του εφήβου όπως το διαζύγιο γονέων και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο (δηλαδή χαμηλό εισόδημα, επαγγελματικό στάτους ή επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων) φάνηκε ότι σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ (Blum et al., 2000; Flewelling & Bauman, 1990; Tomcikova et al., 2009).

2.3.4. Πρόσβαση στο αλκοόλ

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παράγοντες που καθορίζουν τη διαθεσιμότητα του αλκοόλ και την ευκολία πρόσβασης των εφήβων σ' αυτό, παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρήση και κατάχρηση της ουσίας από την ηλικιακή αυτή ομάδα. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί αφορούν την τιμή πώλησης, τη νόμιμη ηλικία κατανάλωσης αλκοόλ, τη διαθεσιμότητα των καταστημάτων λιανικής πώλησης ποτών, την επιβολή των νόμων περί χρήσης οινοπνεύματος και τη διαφήμιση. Μελέτες δείχνουν με σαφήνεια ότι ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζεται σε μια συγκεκριμένη κοινωνία η πρόσβαση των νέων στο αλκοόλ, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συνηθειών κατανάλωσής του (Farke & Anderson, 2009; Chisholm, 2004; Babor, 2010). Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες το αλκοόλ στα σούπερ μάρκετ είναι φθηνότερο από ό,τι στους χώρους διασκέδασης, γεγονός που δημιουργεί τις προϋποθέσεις και δίνει τη δυνατότητα στους εφήβους να πίνουν πριν την έξοδό τους, στα πάρτι ή στο σπίτι.

Ένας άλλος παράγοντας που αναφέρεται από αρκετούς ερευνητές ως αιτία της χρήσης αλκοόλ στην παιδική-εφηβική ηλικία είναι η διαφήμιση. Τα παιδιά που εκτίθενται τακτικά σε διαφημίσεις που αφορούν το αλκοόλ φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να πίνουν. Οι διαφημιστές στη προσπάθειά τους να αυξήσουν τις πωλήσεις του προϊόντος με στόχο το κέρδος, απευθυνόμενοι κατά βάση στον εφηβικό πληθυσμό, παρουσιάζουν το αλκοόλ ως ένα μέσο για ενδιαφέρουσες περιπέτειες και διασκέδαση. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι το αλκοόλ είναι ένα από τα πιο διαφημισμένα προϊόντα. Έξι εταιρείες αλκοολούχων ποτών συγκαταλέγονται μεταξύ των εκατό πιο συχνά διαφημιζόμενων προϊόντων παγκοσμίως, χρησιμοποιώντας ως μέσο προώθησης όχι μόνο τη διαφήμιση στο διαδίκτυο και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης αλλά και χορηγίες σε εκδηλώσεις που σχετίζονται με τη μουσική, τη μόδα και τον αθλητισμό, με σκοπό να το κάνουν ελκυστικό για τους νέους οι οποίοι αποτελούν την πιο σημαντική ομάδα δυνητικών πελατών.

Γίνεται αρκετή συζήτηση για το πώς το μάρκετινγκ επηρεάζει τις συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ των ανηλίκων. Μια ερμηνεία που έχει δοθεί είναι ότι η επιδραση της διαφήμισης στα παιδιά και στους εφήβους προκαλείται από τις προϋπάρχουσες προσδοκίες και τις στάσεις τους για το αλκοόλ, όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μέσα από την επιρροή

που ασκεί η οικογένεια και η ομάδα συνομηλίκων (Gmel & Rehm, 2003). Έτσι, όπως υποστηρίζει ο Velleman (2009), ο κίνδυνος να επηρεαστούν τα παιδιά από τις διαφημίσεις και να αρχίσουν να πίνουν μπορεί να μειωθεί όταν οι γονείς αντιτίθενται σ' αυτά τα μηνύματα προωθώντας εναλλακτικές προτάσεις για το αλκοόλ. Από την εξέταση όλων των παραγόντων που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ, αρκετοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι οι προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στη καλύτερη ρύθμιση της πρόσβασης των νέων σε αλκοόλ προσφέρουν τις μεγαλύτερες δυνατότητες για ελαχιστοποίηση της κατάχρησης οινοπνεύματος απ' αυτή την πληθυσμιακή ομάδα.

2.4. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για να ερμηνεύσουν την συμπεριφορά των εφήβων γενικότερα αλλά και πιο συγκεκριμένα αυτή που αφορά το αλκοόλ. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν εν συντομία οι βασικότερες απ' αυτές. Αν και η καθεμία την ερμηνεύει με διαφορετικό τρόπο, εντοπίζονται μεταξύ τους αλληλεξαρτήσεις και κοινά σημεία.

2.4.1. Βιολογικές θεωρίες

Από βιολογική άποψη, η εφηβεία και οι συμπεριφορές που σχετίζονται μ' αυτήν μπορούν να ερμηνευθούν με βάση τις αλλαγές που προκύπτουν από την ωρίμανση του εγκεφάλου (Spear, 2000; Stewart, et al., 2005). Είναι δύσκολο να οριστεί η έναρξη της και συχνά συγχέεται με την έναρξη της ήβης και της σεξουαλικής ωρίμανσης, αλλά η εφηβεία θεωρείται περισσότερο ως η μεταβατική φάση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση. Πρόκειται για μια περίοδο όπου παρατηρούνται αλληλεπιδράσεις με συνομηλίκους και αύξηση των συμπεριφορών καινοτομίας και ανάληψης κινδύνων (Spear, 2000). Κατά την περίοδο αυτή συμβαίνουν πολλές αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον, στις βιολογικές, γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες και λειτουργίες του ατόμου. Μεταξύ αυτών είναι και οι αλλαγές στη δομή του νευρικού συστήματος λόγω της εξάλειψης των δενδριτών, των ορμονικών μεταβολών και των νευροφυσιολογικών αλλαγών (Spear, 2000; Windle et al., 2011). Αυτές οι νευρωνικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ανάπτυξης και θεωρείται ότι προδιαθέτουν το νεαρό άτομο να συμπεριφέρεται μ' ένα συγκεκριμένο τρόπο (όπως το να αρχίσει τη χρήση αλκοόλ), μπορούν να δώσουν μια βιολογική εξήγηση της συμπεριφοράς του εφήβου (Spear, 2000).

2.4.2. Θεωρία κοινωνικής μάθησης

Πολλοί ερευνητές είναι υπέρμαχοι της Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, σύμφωνα με την οποία σε περιβάλλοντα όπου η χρήση ουσιών είναι γενικά αποδεκτή, το άτομο αναμένεται να μιμηθεί και να υιοθετήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η προσέγγιση αυτή ουσιαστικά υποστηρίζει ότι τα παιδιά διαμορφώνουν τα κοινωνικά τους πρότυπα

παρατηρώντας τους άλλους και μαθαίνουν νέες συμπεριφορές επηρεασμένοι άμεσα ή έμμεσα κυρίως από τους γονείς. Οι μαθημένες αυτές συμπεριφορές ενισχύονται ή μεταβάλλονται από ανταμοιβές ή τιμωρίες που λαμβάνουν από την κοινωνία ή τα πρότυπά τους. Μπορούν επίσης να τροποποιηθούν όταν βλέπουν τα πρότυπά τους να ανταμείβονται ή να τιμωρούνται γι' αυτές (Andrews et al., 1993). Η κατανάλωση αλκοόλ από τους εφήβους, όπως υποστηρίζουν οι οπαδοί της θεωρίας αυτής, αντικατοπτρίζει την αντίστοιχη συμπεριφορά των γονέων τους (Barnes, et al., 1986; Windle, 1990; Barnes, 1990; Andrews et al., 1993). Σύμφωνα με τον Barnes (1990), η οικογένεια είναι «η βασική κοινωνική μονάδα». Επομένως, θεωρείται ότι η συμπεριφορά του εφήβου όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ θα επηρεαστεί από την οικογένεια και πιο συγκεκριμένα από τους γονείς και ότι η πρώτη εμπειρία κατανάλωσης αλκοόλ συχνά βιώνεται μέσα στην οικογένεια. Η χρήση αλκοόλ στο οικογενειακό πλαίσιο, από τους γονείς ή τα αδέρφια, είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την μετέπειτα τάση του ατόμου να εμπλακεί σε αντίστοιχη συμπεριφορά (Ahmed et al., 1984). Οι γονείς, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της αντίληψης του παιδιού για το αν, τότε και πόσο αλκοόλ είναι κατάλληλο για κατανάλωση.

2.4.3. Θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς

Μια θεωρία που βασίστηκε στο μοντέλο της κοινωνικής μάθησης και στις κοινωνικο – δομικές προσεγγίσεις της αποκλίνουσας συμπεριφοράς είναι η θεωρία της προβληματικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτή, παράγοντες που προέρχονται τόσο από το περιβάλλον όσο και από την προσωπικότητα του ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση συμπεριφορών κινδύνου από τον έφηβο. Η θεωρία περιγράφει τόσο προστατευτικούς παράγοντες όσο και παράγοντες κινδύνου, προκειμένου να εξηγήσει τις προβληματικές συμπεριφορές των εφήβων, όπως η εγκληματικότητα, η χρήση αλκοόλ και η επικίνδυνη οδήγηση. Υποστηρίζει ότι η ισορροπία μεταξύ των προστατευτικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου στο περιβάλλον και στη προσωπικότητα του νεαρού ατόμου είναι αυτή που καθορίζει την πιθανότητα να εμπλακεί ο έφηβος σε μια επιβλαβή συμπεριφορά. Η θεωρία αυτή ερμηνεύει τη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τριών θεμελιωδών συστημάτων: του συστήματος της προσωπικότητας (περιλαμβάνει τις κοινωνικές νοοτροπίες, τις ατομικές αξίες, τις προσδοκίες, τις πεποιθήσεις και τις στάσεις), του αντιλαμβανόμενου περιβαλλοντικού συστήματος (αποτελείται από παράγοντες κοινωνικής επιρροής όπως ο προσανατολισμός της οικογένειας και των συνομηλίκων και οι προσδοκίες σχετικά με τις προβληματικές συμπεριφορές) και του συστήματος συμπεριφοράς (αποτελείται από προβληματικές και αποδεκτές συμπεριφορικές δομές που λειτουργούν σε αντίθεση μεταξύ τους). Η εκδήλωση προβληματικής συμπεριφοράς από τους εφήβους, αποτελεί ουσιαστικά ένα μέσο για να

κερδίσουν την αποδοχή και τον σεβασμό από τους συνομηλίκους, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην απόκτηση ανεξαρτησίας από τις οικογένειές τους, στην αντιμετώπιση του άγχους και στην εκτόνωση της αρνητικότητας και της πίεσης (Diclemente et al., 1996). Αντίθετα, οι συμβατικές (μη προβληματικές) συμπεριφορές είναι αυτές που προσανατολίζονται προς τα παραδοσιακά πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς όπως, για παράδειγμα, οι υψηλές ακαδημαϊκές επιδόσεις και ο τακτικός εκκλησιασμός. Σύμφωνα με τους Jessor & Jessor (1977), η τάση για εκδήλωση μιας προβληματικής συμπεριφοράς συνδέεται με συμμετοχή και σε άλλες προβληματικές συμπεριφορές και ταυτόχρονα μικρότερη συμμετοχή σε κοινωνικά αποδεκτές καταστάσεις.

2.4.4. Θεωρία της ρύθμισης του συναισθήματος

Η εφηβική συμπεριφορά χρήσης αλκοόλ και η ρύθμιση της διάθεσης είναι το επίκεντρο της θεωρίας του «Μοντέλου της Ρύθμισης του Συναισθήματος». Η εφηβεία είναι μια περίοδο μεγάλης ανάπτυξης, τόσο κοινωνικής όσο και βιολογικής. Αυτό το στάδιο ανάπτυξης χαρακτηρίζεται από ορμονικές/σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Είναι επίσης η εποχή πολλών άλλων μεταβάσεων, όπως αυτή από το δημοτικό στο γυμνάσιο και μετά στο λύκειο. Επιπλέον, κατά την εφηβεία, τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν βασική προτεραιότητα. Οι νέοι συχνά αλλάζουν στάσεις και συμπεριφορές στα πλαίσια της παρέας συνομηλίκων τους και αρχίζουν να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο με τους φίλους και λιγότερο με την οικογένεια. Νιώθουν την ανάγκη να ανήκουν στην ομάδα των συνομηλίκων κι αυτό συχνά προϋποθέτει να ταιριάζουν και να συμμορφώνονται στα χαρακτηριστικά και τις στάσεις της ομάδας, γεγονός που αυξάνει τα επίπεδα πίεσης. Επίσης, πολλοί μαθητές αρχίζουν να σκέφτονται για τις σπουδές και τη ζωή τους μετά το λύκειο. Όλα αυτά συμβαίνουν σε μια περίοδο που ο εγκέφαλός τους βρίσκεται σε μια φάση βαθιάς και μοναδικής ωρίμανσης. Το μοντέλο της ρύθμισης του συναισθήματος υποστηρίζει ότι οι έφηβοι που δεν έχουν αποκτήσει από νωρίς στην παιδική ηλικία κατάλληλες δεξιότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων, είναι αυτοί που έχουν προδιάθεση να καταναλώνουν αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν το άγχος που τους προκαλεί το γεγονός ότι είναι πλέον έφηβοι. Σύμφωνα με τον Windle (2000), οι έφηβοι πίνουν για να αντιμετωπίσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλούνται κατά τη διάρκεια των στρεσογόνων και δύσκολων καταστάσεων που βιώνουν τη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής τους. Αυτό συχνά συνεχίζεται μέχρι την ενηλικίωση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε κατάχρηση ή και σε εξάρτηση από το αλκοόλ.

2.4.5. Θεωρία κοινωνικής ταυτότητας

Η βασική θέση της θεωρίας της κοινωνικής ταυτότητας είναι ότι όταν ένα άτομο θεωρεί τον εαυτό του μέλος μιας συγκεκριμένης ομάδας, τείνει να ενεργεί κατά τέτοιο

τρόπο ώστε να διατηρήσει το διακριτικό χαρακτήρα της ομάδας αυτής (Haslam et al., 2003). Η κοινωνική ταυτότητα αποτελεί τη βάση των κανόνων, αξιών, πεποιθήσεων, αντιλήψεων, συμπεριφορών και σχέσεων των μελών μιας ομάδας (Jetten et al., 2012). Η συμμετοχή του ατόμου στις ομάδες αυτές διαμορφώνει ουσιαστικά την αίσθησή του για το «ποιός είναι». Αυτό έχει ως επακόλουθο οι άνθρωποι να υιοθετούν ή να απορρίπτουν συμπεριφορές ανάλογα με το αν αυτές ανταποκρίνονται στους κανόνες της κοινωνικής τους ταυτότητας, δηλαδή αν συμφωνούν με τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν (Oyserman et al., 2007). Σύμφωνα με τους Oyserman και συν. (2007) οι επικίνδυνες συμπεριφορές όπως η χρήση οινοπνεύματος εκδηλώνονται επειδή είναι αυτοσυντηρούμενες σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ταυτότητα. Δεδομένου ότι στην σχολική ηλικία η κοινωνικοποίηση και η διαμόρφωση κοινωνικής ταυτότητας μέσω της ομάδας συνομηλίκων είναι πρωταρχικής σημασίας, η εμπλοκή ενός εφήβου σε επικίνδυνες συμπεριφορές, σε αρκετές περιπτώσεις ερμηνεύεται ως προσπάθεια προσαρμογής και συμμόρφωσης στις αξίες και πρακτικές της ομάδας αυτής. Οι άνθρωποι τείνουν να εντάσσονται σε ομάδες με τις οποίες θεωρούν ότι μοιράζονται κάποιες κοινές απόψεις και ικανότητες, αποδεχόμενοι όμως και υιοθετώντας ταυτόχρονα και τις υπόλοιπες απόψεις ή συμπεριφορές που κυριαρχούν στην ομάδα αυτή, οι οποίες ενδεχομένως να είναι επικίνδυνες και επιβλαβείς για την υγεία του (Jetten et al., 2012).

2.4.6. Κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο

Τα οικολογικά μοντέλα (ή Μοντέλο Κοινωνικής Οικολογίας) ερμηνεύουν τη συμπεριφορά που σχετίζεται με θέματα υγείας όχι με βάση τη λογική που είναι προσανατολισμένη αποκλειστικά στο άτομο αλλά λαμβάνοντας υπόψη διαπροσωπικούς, περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες στην προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς αυτής. Σύμφωνα με το θεωρητικό αυτό μοντέλο για την ερμηνεία της έναρξης και της εξέλιξης των συμπεριφορών που εκδηλώνει το άτομο, ιδιαίτερα των προβληματικών, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι πολλαπλές επιρροές που δέχεται και η αλληλεξάρτησή τους. Ένα σύνολο παραγόντων όπως το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, η ύπαρξη ή απουσία δικτύων, οι θεσμοί, οι σχέσεις στην οικογένεια, το σχολείο και οι ομάδες συνομηλίκων, διαμορφώνουν την πιθανότητα εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες κινδύνου για τη χρήση οινοπνεύματος εντοπίζονται στα κοινωνικά (νόμοι, κοινωνικοί κανόνες, φορολογία, νομοθεσία, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, φτώχεια, ανεργία) και κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια των εφήβων. Κάποιοι άλλοι παράγοντες κινδύνου εντοπίζονται στην κοινότητα (προβλήματα, αποδιοργάνωση και φτώχεια στην κοινότητα) και στα διαπροσωπικά περιβάλλοντα (χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς, ανεπαρκής γονική μέριμνα, φτώχη επικοινωνία γονέα-παιδιού,

κακή σχολική απόδοση, παραβατικότητα συνομηλίκων, κατανάλωση αλκοόλ). Επιπλέον, πολλοί ατομικοί παράγοντες (ηλικία, φύλο, γενετικοί παράγοντες, θετικές αντιλήψεις για το αλκοόλ, χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρορμητικότητα) αυξάνουν τον κίνδυνο για χρήση αλκοόλ στους νέους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό λοιπόν, οι παρεμβάσεις πρόληψης θα πρέπει να εστιάζουν κυρίως στη βελτίωση του κλίματος και της επικοινωνίας στην οικογένεια, στο σχολείο και στην ομάδα των συνομηλίκων, καθώς και στην ενίσχυση της αυτεπάρκειας, μέσω της εδραίωσης κανόνων και ορίων, αλλά και με ταυτόχρονη επιβράβευση των θετικών συμπεριφορών (Kumpfer & Tuner, 1991).

2.5. Συνέπειες στους εφήβους

Σε σύγκριση με τους ενήλικες, η εφηβία είναι πιο πιθανό να πίνουν «βαριά», γεγονός που καθιστά την χρήση αλκοόλ απ' αυτή την ηλικιακή ομάδα πολύ επικίνδυνη (Danielsson et al., 2010). Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο της εφηβείας έχει πολλές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες καθώς και επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι έντονες και άμεσες λόγω ενός μεμονωμένου περιστατικού λήψης αλκοόλ (απώλεια ζωής, τραυματισμός κ.α.) ή έμμεσες λόγω χρόνιας κατανάλωσης (κακές σχολικές επιδόσεις, διατάραξη διαπροσωπικών σχέσεων, προβλήματα υγείας κ.α.). Τα πιο ανησυχητικά ευρήματα ερευνών είναι αυτά που συνδέουν τη χρήση αλκοόλ με θανάτους. Η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η τρίτη κύρια αιτία προβλέψιμου θανάτου στην Αμερική και ο πέμπτος κύριος παράγοντας κινδύνου για πρόωρο θάνατο και αναπηρία παγκοσμίως (Centers for Disease Control, 2004; WHO, 2007).

Ενώ στους ενήλικες υπάρχουν ορισμένα οφέλη για την υγεία και την κοινωνική τους ζωή από την κατανάλωση αλκοόλ, δεν είναι σαφές εάν υπάρχουν αντίστοιχα οφέλη για την υγεία των νέων. Οι εφηβία ενδεχομένως να εντοπίζουν θετικές επιπτώσεις στην κοινωνική τους ζωή και συμπεριφορά από τη χρήση αλκοόλ (αύξηση κοινωνικότητας, μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην επικοινωνία με το άλλο φύλο, αίσθηση ψυχαγωγίας). Ωστόσο, είναι πιθανό αυτές να μετριάζονται από τις δυσμενείς συνέπειες που μπορεί να προκύψουν όταν καταναλώνουν αλκοόλ πριν από την ηλικία που αυτό θεωρείται νόμιμο. Στους εφήβους βέβαια, τα πλεονεκτήματα της κατανάλωσης αλκοόλ που αφορούν την βελτίωση της κοινωνικότητας τους ίσως φαντάζονται σημαντικότερα από τους κινδύνους και τα πιθανά προβλήματα που προκαλούνται, και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα προβλήματα αυτά δεν είναι άμεσα ορατά αλλά εμφανίζονται αργότερα στη ζωή τους (Harmon, 2007).

Παρόλο που οι περισσότεροι εφηβία που δοκιμάζουν μια ουσία δε θα γίνουν τακτικοί χρήστες της, ωστόσο, ο πειραματισμός οδηγεί ορισμένους σε υπερβολική χρήση με τις γνωστές βλαβερές επιπτώσεις που έχει αυτό (Pechansky et al., 2004). Η

καθυστέρηση της ηλικίας έναρξης χρήσης αλκοόλ και ο περιορισμός της ποσότητας που πίνουν οι νέοι φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα για καλή υγεία και ευημερία.

2.5.1. Σωματικές - εγκεφάλου

Η πρόωμη έναρξη της κατανάλωσης οινοπνεύματος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας αν λάβουμε υπόψη τον αντίκτυπό της στην νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των εφήβων (Grant & Dawson, 1997). Αν και απαιτείται πολύς χρόνος για να εμφανισθούν οι ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, σε μερικούς εφήβους που κάνουν βαριά κατανάλωση μπορεί να προκληθούν από νωρίς προβλήματα υγείας όπως, για παράδειγμα, αρχή ηπατικής βλάβης (Newbury-Birch et al., 2009). Επίσης, όταν ένας έφηβος πιεί υπερβολικά σε μία περίπτωση, μπορεί να καταστρέψει τους μυς της καρδιάς, προκαλώντας προβλήματα όπως καρδιομυοπάθεια και άλλα συμπτώματα που κυμαίνονται από τη χρόνια δύσπνοια έως την καρδιακή ανεπάρκεια (Room et al., 2005).

Η κατανάλωση οινοπνεύματος κατά τη διάρκεια της εφηβείας και πιο συγκεκριμένα η βαριά χρήση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου (εκτελεστικές λειτουργίες) και τις ικανότητες που σχετίζονται με τη μάθηση (Clark, Thatcher, & Tapert, 2008; Bava & Tapert, 2010). Νευροψυχολογικές μελέτες και έρευνες που χρησιμοποιούν τη μαγνητική τομογραφία (MRI) υποστηρίζουν ότι η εγκεφαλική δομή των νεαρών ατόμων με διαταραχές της χρήσης αλκοόλ επηρεάζεται αρνητικά, ενισχύοντας το συμπέρασμα προηγούμενης έρευνας που υποστηρίζει ότι χρήση αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί να επηρεάσει μετωπιαίους και προ-μετωπιαίους λοβούς που είναι υπεύθυνοι για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τον έλεγχο των παρορμήσεων και την ταχύτητα με την οποία αντιδρούμε στα ερεθίσματα (Brown et al., 2000, De Bellis et al., 2000, White & Swartzwelder, 2005; Crews et al., 2000; White et al., 2000). Πρόσθετες μελέτες που έχουν διερευνήσει την αναδόμηση του εγκεφάλου αναφέρουν ότι η υπερπαραγωγή και η εξάλειψη των συνάψεων στο προμετωπιαίο φλοιό επεκτείνονται μέχρι τη νεαρή ενήλικη ζωή και ότι τα επεισόδια βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ θα μπορούσαν να παρεμποδίσουν την διαδικασία ωρίμανσης της γνωστικής και συμπεριφορικής λειτουργίας (Witt, 2010). Αν λάβουμε υπόψη ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος συνεχίζει να αναπτύσσεται μέχρι και την ηλικία των 25 ετών, η κατανάλωση αλκοόλ από ανήλικους μπορεί να βλάψει αυτή την εξέλιξη, προκαλώντας σοβαρές αρνητικές συνέπειες (Coalition for Juvenile Justice, 2006).

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, το αλκοόλ προκαλεί δομικές αλλαγές στον ιππόκαμπο, ένα μέρος του εγκεφάλου που περιλαμβάνει τη διαδικασία της μάθησης, της μνήμης και του προσανατολισμού (De Bellis et al., 2000). Σε μια μελέτη που συνέκρινε τους εγκεφάλους νέων ηλικίας 14 έως 21 ετών που έκαναν κατάχρηση οινοπνεύματος με

άλλων που δεν έκαναν, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο ιππόκαμπος όσων έπιναν ήταν περίπου 10% μικρότεροι. Το σημαντικό του ευρήματος δεν είναι μόνο το ότι επηρεάζεται αισθητά ο ιππόκαμπος όσων καταναλώνουν αλκοόλ αλλά το γεγονός ότι οι επιπτώσεις μπορεί να είναι μη αναστρέψιμες (American Medical Association, 2010). Το αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα των εφήβων να σχηματίσουν νέες, διαρκείς και σαφείς αναμνήσεις γεγονότων και συμβάντων (Hiller-Sturmhofel & Swartzwelder, 2004). Αυτό έχει προφανείς επιπτώσεις στη μάθηση και την ακαδημαϊκή επίδοση. Όταν γίνεται συχνά υπερβολική κατανάλωση μπορεί να προκληθεί μόνιμη βλάβη στην ανάπτυξη του εγκεφάλου ενώ η υπερβολική χρήση σε μία δεδομένη στιγμή μπορεί να οδηγήσει σε πρόσκαιρη απώλεια μνήμης και συνείδησης (Spears, 2000; Bonomo, 2001).

Μελέτη παρατήρησης που παραθέτουν οι Ziegler και συν. (2005), συνέκρινε τα αποτελέσματα νευροψυχολογικών εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκαν 38 έφηβοι χρήστες και 69 έφηβοι μη χρήστες αλκοόλ. Οι πρώτοι σκόραραν σταθερά λιγότερο καλά στο λεκτικό IQ, την ορθογραφία και δοκιμασίες ανάγνωσης σε σύγκριση με τους δεύτερους.

2.5.2. Συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές

Η χρήση οινοπνεύματος κατά την εφηβεία συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα άλλων συμπεριφορών κινδύνου όπως το κάπνισμα, τη κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, τη μη ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά και τη παράνομη/επικίνδυνη οδήγηση (Zhang et al., 2002). Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η άρση αναστολών που προκαλεί η υπερβολική χρήση αλκοόλ θέτει τους εφήβους σε αυξημένους κινδύνους για μια σειρά παραβατικών συμπεριφορών, όπως βία, βανδαλισμό, σεξουαλικά εγκλήματα, ενδοοικογενειακή βία και καταστροφές ιδιοκτησίας (Jewkes, 2002; Abbey et al., 2003; Gmel & Rehm, 2003; Howard et al., 2008; Ingemann-Hansen et al., 2009). Η πιο γνωστή επιβλαβής συνέπεια της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών από ανήλικους είναι η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, με τα τροχαία ατυχήματα να αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας που σχετίζεται με την χρήση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 15 έως 20 ετών (NHTSA, 2002; Hingston & Kenkel, 2004). Τα τροχαία ατυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου. Η χρήση αλκοόλ συχνά οδηγεί σε επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης της ανεπιθύμητης, ακούσιας και χωρίς προστασία σεξουαλικής δραστηριότητας και του σεξ με πολλαπλούς συντρόφους (Grunbaum et al., 2002). Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της απώλειας μνήμης και συνείδησης που συχνά ακολουθεί την υπερβολική κατανάλωση. Συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση οινοπνεύματος από τους νέους όπως ατυχήματα υπό την επήρεια αλκοόλ, αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες είναι η βασική αιτία θανάτου στην ηλικία αυτή.

2.5.3. Κοινωνικές – ψυχολογικές για τον χρήστη

Η κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται επίσης με κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως εμπλοκή σε διαπληκτισμούς, αντικοινωνική συμπεριφορά, τραυματισμό άλλων, καταστροφή περιουσίας, διατάραξη φιλικών και κοινωνικών σχέσεων, αυξημένο κίνδυνο διάπραξης εγκλήματος και απόπειρα αυτοκτονίας στην πρώιμη εφηβεία (Bonomo, 2001; Englund et al., 2008; Jefferis et al., 2008; Swahn et al., 2010). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και συμπεριφορών που διαταράσσουν τις σχέσεις με τους συμμαθητές και τους φίλους, ιδίως εάν το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ από τον έφηβο είναι υψηλότερο απ' αυτό της ομάδας των συνομηλίκων (Newbury-Birch, 2009).

Η συχνή βαριά χρήση έχει φανεί ότι σχετίζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές της διάθεσης (κατά κύριο λόγο κατάθλιψη), διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα, διαταραχές προσωπικότητας, κακό ύπνο, άγχος και βουλιμία (Brown & Tapert, 2004; Woods, 2011). Η σχέση που εντοπίζεται μεταξύ εφηβικής χρήσης αλκοόλ και προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθιστά σημαντική την εξέταση για προβλήματα ψυχικής υγείας όλων των νέων που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.

2.5.4. Μακροπρόθεσμες συνέπειες

Οι πρώιμες εμπειρίες πειραματισμού με το αλκοόλ είναι γνωστό ότι αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης μεταγενέστερων διαταραχών που σχετίζονται μ' αυτό (Hingson et al., 2006; Kelly et al., 2011). Έχει φανεί ότι όσοι ξεκινούν να πίνουν σε πρώιμη ηλικία είναι περισσότερο πιθανό να συνεχίσουν να πίνουν και να πίνουν περισσότερο όσο μεγαλώνουν, γεγονός που καθιστά την ηλικία της έναρξης κατανάλωσης ως ένα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ στην ενήλικη ζωή (Poikolainen et al., 2001; Pitkanen et al., 2005; Cable & Sacker, 2008). Οι Grant & Dawson (1997) ανέφεραν ότι οι έφηβοι που δοκίμασαν για πρώτη φορά να πιουν σε ηλικία δεκατεσσάρων ετών ή νωρίτερα, είχαν 40% πιθανότητα εξάρτησης από αλκοόλ κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ άτομα που άρχισαν να πίνουν στην ηλικία των είκοσι ετών ή αργότερα είχαν μόλις 10% πιθανότητα να γίνουν αλκοολικοί. Στο ίδιο αποτέλεσμα οδηγεί και η βαριά χρήση οινοπνεύματος σε μικρή ηλικία αυξάνοντας τη πιθανότητα κατάχρησης αλκοόλ και εξάρτησης στην ώριμη εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Wells et al., 2004; Grant et al., 2006, Hingson et al., 2006).

Η μακροχρόνια βαριά χρήση αυξάνει επίσης τον κίνδυνο εκδήλωσης ιατρικών προβλημάτων στο μέλλον, όπως εξασθένιση των ηπατικών λειτουργιών, εμφάνιση διαφόρων ειδών καρκίνου (στοματικής κοιλότητας, λάρυγγα, φάρυγγα και οισοφάγου) και

αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο (Ramstedt, 2001; Singletary & Gapstur, 2001; Rehm et al., 2003; Rehm et al., 2003; Office of the General Surgeon, 2007).

2.5.5. Επιπτώσεις στους άλλους – στη κοινωνία

Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών οδηγεί δευτερογενώς σε επιπτώσεις που επηρεάζουν και άλλους ανθρώπους. Προκαλεί επιπλέον βλάβη στην ευημερία και την υγεία ανθρώπων που έρχονται περιστασιακά ή τακτικά σε επαφή με τον έφηβο που πίνει, λόγω των τροχαίων ή άλλων ατυχημάτων που προκαλεί ο χρήστης και της βίαιης ή εγκληματικής συμπεριφοράς του (WHO, 2011). Ο θάνατος, οι ασθένειες, και οι τραυματισμοί που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλ έχουν επιπλέον κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένου του ιατρικού κόστους για τις κυβερνήσεις, του οικονομικού και ψυχολογικού βάρους που επωμίζονται οι οικογένειες και του κόστους για τους τομείς της δικαιοσύνης και της επιβολής του νόμου.

2.5.6. Επιπτώσεις ανάλογα με το φύλο

Η έρευνα που εξετάζει τις διαφορές των φύλων στους νέους, παρόλο που είναι στα πρώτα της βήματα, υπογραμμίζει κάποιες διακριτές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών όσον αφορά στη χρήση αλκοόλ. Οι Tapert και Brown (1999) μελέτησαν ομάδα νεαρών ενηλίκων κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 8 ετών και διαπίστωσαν ότι τα κορίτσια που κατανάλωναν αλκοόλ εμφάνιζαν μεγαλύτερα επίπεδα γνωστικών δυσλειτουργιών σε ασκήσεις μνήμης και οπτικής λειτουργίας, ενώ στα αγόρια επηρεαζόταν περισσότερο οι λεκτικές δεξιότητες μάθησης. Αυτά τα ευρήματα συμφωνούν με προηγούμενη έρευνα στην οποία τα κορίτσια εμφάνιζαν μεγαλύτερο αριθμό σφαλμάτων επανάληψης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, ενώ τα αγόρια λιγότερα. Φαίνεται λοιπόν ότι τα κορίτσια όχι μόνο είναι πιο ευάλωτα στις επιπτώσεις του αλκοόλ όσον αφορά τη νευροψυχολογική λειτουργία σε σύγκριση με τα αγόρια, αλλά και ότι η λειτουργία του μετωπιαίου λοβού τους μπορεί να διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο αλλοιώσεων (Moss et al. 1994; Spear, 2002; Schweinsburg et al., 2003).

Οι ερευνητές συνεχίζουν να κάνουν υποθέσεις για τις διαφορές των φύλων στη νευροψυχολογική λειτουργία που εντοπίστηκαν σε εφήβους χρήστες αλκοόλ. Οι παράγοντες που διερευνώνται περιλαμβάνουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου των δύο φύλων και τη διαφοροποιημένη γονιδιακή έκφραση, η οποία μπορεί να συνδέεται με μεγαλύτερα επίπεδα νευροτοξικότητας από τη χρήση αλκοόλ στις γυναίκες (Giedd et al., 1999; Lenroot & Giedd, 2006; Hashimoto & Wiren, 2008). Οι ερευνητές υποστήριξαν επίσης ότι το αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί να συμβάλει στην ορμονική δυσλειτουργία, η οποία με τη σειρά της θα μπορούσε να επηρεάσει την νευρωνική ανάπτυξη και λειτουργία του νεαρού ατόμου (Tapert & Schweinsburg, 2005; Blakemore & Choudhury, 2006).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι τόσο το μέγεθος όσο και η συχνότητα των βλαβών που προκαλούνται στους εφήβους από τη χρήση αλκοόλ καθιστούν αναγκαία την κατανόηση τη φύσης της κατανάλωσής του από την πληθυσμιακή αυτή ομάδα και της αναζήτησης αποτελεσματικών τρόπων περιορισμού της. Η συγκεκριμένη εργασία έχει σαν στόχο να συμβάλει προς την κατεύθυνση αυτή.

2.6. Επιδημιολογία

Παρατηρούνται μεγάλες διαφορές όσον αφορά τη κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ δυτικών και μη-δυτικών πολιτισμών. Για να κατανοήσουμε λοιπόν τη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη χρήση της νόμιμης αυτής ουσίας, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε τις διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές των ανθρώπων κάθε κοινωνίας. Οι δυτικές χώρες χαρακτηρίζονται από υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης και χαμηλότερα ποσοστά αποχής. Ωστόσο, η θνησιμότητα και το «βάρος» που προκαλείται από τις ασθένειες και τους τραυματισμούς που συνδέονται με τη χρήση αλκοόλ είναι μεγαλύτερα σε πολλές χώρες που αναφέρονται ως «μη δυτικές» από τον Π.Ο.Υ. και χαρακτηρίζονται από χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (WHO, 2014). Αυτό οφείλεται στις μορφές κατανάλωσης, το είδος και την ποιότητα των προϊόντων και ιδιαίτερα των παράνομα παραγόμενων αλκοολούχων ποτών (WHO, 2006).

Η Ευρώπη αντιπροσωπεύει περίπου το 26% της συνολικής παγκόσμιας κατανάλωσης οινοπνεύματος ετησίως. Περίπου το 6% του αλκοόλ που καταναλώνεται δεν καταγράφεται, δεδομένου ότι προέρχεται από λαθρεμπόριο, παράγεται στο σπίτι ή για βιομηχανική - ιατρική χρήση (Global status report on alcohol and health, 2014). Μελέτη του 2015 έδειξε ότι το 1/5 του ευρωπαϊκού πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω ανέφερε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (δηλ. κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών σε μία περίσταση) τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Επίσης, το 48% των μαθητών ανέφερε ότι κατανάλωσε αλκοόλ και το 13% ότι μέθυσε κατά τον τελευταίο μήνα (ESPAD, 2015).

Η μη καταγεγραμμένη κατανάλωση αλκοόλ (που παράγεται ή πωλείται εκτός του κρατικού ελέγχου) αντιπροσωπεύει σχεδόν το 1/4 της συνολικής κατανάλωσης (WHO, 2010). Παρατηρούνται βέβαια διαφοροποιήσεις στα ποσοστά μεταξύ των χωρών και σ' αυτή την κατηγορία. Στις περιοχές της Νοτιοανατολικής Ασίας και της Ανατολικής Μεσογείου, για παράδειγμα, η μη καταγεγραμμένη κατανάλωση ισοδυναμεί με περισσότερο από το 50% της συνολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπλέον, στις χώρες με χαμηλό εισόδημα παράγεται σε μεγαλύτερο ποσοστό σπιτικό αλκοόλ, ενώ στις χώρες που απαγορεύουν την κατανάλωση αλκοόλ το ποσοστό της κατανάλωσης που ταξινομείται ως «μη καταγεγραμμένο» φτάνει έως και το 100% (WHO, 2014). Η χρήση αλκοόλ παράνομης

προέλευσης θεωρείται σημαντικός παράγοντας κατά την ποσοτικοποίηση της παγκόσμιας χρήσης οινοπνεύματος λόγω των επιπτώσεων της στην επιβάρυνση της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η έρευνα έχει επίσης επισημάνει τις συσχετίσεις μεταξύ της μη καταγεγραμμένης κατανάλωσης αλκοόλ και των αυξημένων περιστατικών βαριάς κατανάλωσης (Rehm et al., 2014).

Τα εφηβικά πρότυπα χρήσης οινοπνεύματος διαφέρουν μεταξύ των πολιτισμών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και όταν αναφέρονται ομοιότητες στα ποσοστά κατανάλωσης, παρατηρούνται διαφορετικά πρότυπα προβλημάτων και συνεπειών που συνδέονται με το αλκοόλ (Hibell et al., 2012). Αυτές οι διαφορές μπορεί να μην οφείλονται αποκλειστικά σε βιολογικούς παράγοντες αλλά να σχετίζονται με συγκεκριμένα πολιτιστικά πρότυπα πεποιθήσεων και προσδοκιών που αφορούν στη χρήση αλκοόλ (Heath, 2000).

Ενώ τα ποσοστά κατανάλωσης κατά την έναρξη της εφηβείας είναι παρόμοια για τα δύο φύλα, φαίνεται να διαφοροποιούνται στο τέλος της εφηβείας, περίοδο κατά την οποία τα αγόρια είναι πιο πιθανό να πίνουν συχνότερα και σε μεγαλύτερες ποσότητες (Windle & Zucker, 2010). Άλλες έρευνες όμως, έδειξαν ότι τα αγόρια είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι είχαν δοκιμάσει αλκοόλ μέχρι την ηλικία των 13 ετών σε σύγκριση με τα κορίτσια (Fuller et al., 2013). Σε κάθε περίπτωση, τα αγόρια παρουσιάζονται να καταναλώνουν αλκοόλ σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι τα κορίτσια.

2.7. Εργαλεία μέτρησης για Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ

Έχουν δημιουργηθεί διάφορα εργαλεία για τη μέτρηση της πρόσληψης αλκοόλ και τη διάγνωση των Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ (Δ.Χ.Α.). Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο διαλογής είναι το Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), ένα αυτοαναφορικό εργαλείο ελέγχου χρήσης του αλκοόλ που δημιουργήθηκε από τον Π.Ο.Υ. (Saunders et al., 1993; Aertgeerts et al., 2000; Bradley et al., 1998; Chishinga et al., 2011). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 10 σημείων που έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε χώρες υψηλού όσο και σε χαμηλού οικονομικού επιπέδου και συνιστάται για χρήση σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας ενηλίκων (Saunders et al., 1993; O'Connell et al., 2004; Chishinga et al., 2011). Μια πιο σύντομη έκδοση του AUDIT, το AUDIT-C που περιλαμβάνει τις τρεις πρώτες ερωτήσεις του AUDIT σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, είναι αποτελεσματικό στον έλεγχο για Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ (Bush et al. 1998).

Ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για την κλινική αξιολόγηση των ψυχιατρικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων των ΔΧΑ, και το οποίο βασίζεται στο DSM IV / ICD 10, είναι το ερωτηματολόγιο Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Ένας περιορισμός του εργαλείου αυτού είναι ότι μπορεί να χορηγηθεί μόνο από εκπαιδευμένο

ιατρικό προσωπικό.

Η Time Line Follow Back (TLFB) μέθοδος ημερολογίου βασίζεται επίσης σε πληροφορίες αυτοαναφοράς και εφαρμόστηκε κυρίως σε περιβάλλοντα υψηλού εισοδήματος (Sobell & Sobell, 1978; Maisto et al. 1979; Sobell et al., 1986). Το CAGE είναι ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο το οποίο χορηγείται σε ενήλικες αλλά και σε έφηβους άνω των 16 ετών. Η ικανότητα ανίχνευσης της κατάχρησης αλκοόλ του ερωτηματολογίου CAGE είναι συγκρίσιμη με αυτή των βιολογικών και κλινικών αξιολογήσεων. Το ερωτηματολόγιο CRAFT αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης της συμπεριφοράς χρήσης ουσιών, το οποίο χορηγείται σε εφήβους και νέους κάτω των 21 ετών. Η χορήγηση του διαρκεί περίπου δύο λεπτά και δεν απαιτεί καμία ειδική εκπαίδευση. Άλλα εργαλεία είναι, το Single Alcohol Use Screening Question (SASQ) και το FAST (Hodgson et al., 2002; Canagasaby & Vinson, 2005).

Τα περισσότερα από τα εργαλεία που προαναφέρθηκαν έχουν δημιουργηθεί, σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε αναπτυγμένες χώρες.

2.8. Παρεμβάσεις πρόληψης

Γεδομένου ότι η εφηβεία αποτελεί καθοριστική ηλικία για την ανάπτυξη προτύπων συμπεριφοράς, είναι η καταλληλότερη περίοδος για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Ο πειραματισμός με το αλκοόλ μπορεί να θεωρείται μέρος της φυσιολογικής ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του εφήβου, είναι σημαντική όμως η λήψη προληπτικών μέτρων για την αποφυγή της επιζήμιας χρήσης του καθώς αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι όσοι πειραματιστούν με το οινόπνευμα νωρίς έχουν σημαντικές πιθανότητες να γίνουν τακτικοί χρήστες του αλκοόλ αλλά και άλλων επικίνδυνων ουσιών (Fraga et al., 2011).

Οι αρχικές παρεμβάσεις πρόληψης εστίαζαν κυρίως στον αλκοολισμό, βασιζόμενες σε μια ευρέως διαδεδομένη άποψη ότι οι βαριά προβληματικοί πότες - εκείνοι δηλαδή που είναι πιο ορατοί στην κοινωνία - ήταν η πηγή των περισσότερων επιβλαβών επιπτώσεων που σχετίζονται με το αλκοόλ. Αυτή η άποψη προήλθε από το «ιατρικό μοντέλο» που είχε μια ατομικιστική οπτική για τη φύση του εθισμού και ήταν η κυρίαρχη θεωρία τουλάχιστον μέχρι τη δεκαετία του 1960 (Edwards, 1986). Σύμφωνα με αυτή, για να αλλάξει η προβληματική συμπεριφορά κατανάλωσης οινοπνεύματος, έπρεπε να αλλάξει ο «προβληματικός» άνθρωπος. Στη δεκαετία του '60 και του '70 οι ερευνητές άρχισαν να αμφισβητούν αυτή τη θεωρία. Έγινε κατανοητό ότι δεν υπήρχε συγκεκριμένο όριο μετά το οποίο κάποιος ξαφνικά μπορεί να αρχίσει να αναπτύσσει προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και ότι υπάρχει πιθανότητα βλάβης και σε χρήστες που δεν έχουν φτάσει σε σημείο αλκοολισμού (Stockwell et al., 1997). Η πρόσφατη έρευνα σχετικά με την πρόληψη και η θεωρία αλλαγής της συμπεριφοράς έχουν επίσης τροποποιήσει σημαντικά αυτή την

οπτική (Birckmayer et al., 2004; Petraitis et al., 1995; Foxcroft & Tsertsvadze, 2012). Εκτός από την εστίαση στο άτομο δόθηκε έμφαση και στους υποκείμενους κοινωνικούς και κοινοτικούς μηχανισμούς που ευθύνονται για προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ και που μέχρι τότε παραβλέφθηκαν σε μεγάλο βαθμό. Γνωρίζουμε πλέον ότι οι μεγαλύτερες επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ δεν προέρχονται από τον μικρό αριθμό σοβαρά προβληματικών χρηστών όπως είναι οι αλκοολικοί, αλλά από την πολυπληθέστερη ομάδα ατόμων που κάνουν βαριά χρήση και αντιμετωπίζουν λιγότερο σοβαρά προβλήματα, μια οπτική που είναι γνωστή ως «το παράδοξο της πρόληψης» (Kreitman, 1986).

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι για τη μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ αποτελεσματικότερες είναι οι παρεμβάσεις να στοχεύουν σε ολόκληρους πληθυσμούς και όχι μόνο σε άτομα υψηλού κινδύνου. Βέβαια, η έγκαιρη ανίχνευση των παιδιών που διατρέχουν κίνδυνο κατανάλωσης οινοπνεύματος είναι σημαντική, αν λάβουμε υπόψη τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης αλκοόλ κατά την εφηβεία. Έρευνες αναφέρουν ότι οι στρατηγικές πρόληψης για την καθυστέρηση της χρήσης οινοπνεύματος είναι καθοριστικής σημασίας καθώς, σύμφωνα με τα ευρήματα, όταν η πρώτη χρήση αλκοόλ γίνεται στην εφηβεία αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης διαταραχών που σχετίζονται με την ουσία (DeWit et al., 2000).

Κατά καιρούς, σε πολλές χώρες έχουν αναπτυχθεί διάφορες προσεγγίσεις και προγράμματα παρέμβασης σε μια προσπάθεια πρόληψης της κατάχρησης αλκοόλ από ανήλικους, με λιγότερο ή περισσότερο θετικά αποτελέσματα. Ενδεικτικά αναφέρουμε στη συνέχεια κάποιες από αυτά.

2.8.1. Προσεγγίσεις κοινωνικών συστημάτων

Οι προσεγγίσεις κοινωνικών συστημάτων τοποθετούν τα θέματα που σχετίζονται με το αλκοόλ σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο αντί να εστιάζουν αποκλειστικά σε άτομα ή ομάδες (Holder, 1998). Σύμφωνα με αυτές, η αντιμετώπιση προβλημάτων όπως η κατανάλωση αλκοόλ από νεαρά άτομα συνήθως περιλαμβάνει την κατανόηση των στάσεων και συμπεριφορών ολόκληρου του πληθυσμού και την υλοποίηση παρεμβάσεων που τροποποιούν το περιβάλλον μέσα στο οποίο διαμορφώνεται η συμπεριφορά τους. Ένα βασικό χαρακτηριστικό των παρεμβάσεων αυτού του τύπου είναι η έμφαση στην κοινοτική ευθύνη και η άποψη ότι είναι πιο σημαντική η τοπική κοινότητα για τον σχεδιασμό, την προώθηση και την εφαρμογή του προγράμματος απ' ότι είναι οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες. Μεταξύ άλλων και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο δραστηριοτήτων, οι προσεγγίσεις των κοινοτικών συστημάτων συχνά περιλαμβάνουν πρόγραμμα εκπαίδευσης στο σχολείο και στην οικογένεια σχετικά με τη χρήση του

αλκοόλ. Τα προγράμματα πρωτοβάθμιας πρόληψης που χρησιμοποίησαν αποκλειστικά εκπαιδευτικές προσεγγίσεις είχαν μικτά αποτελέσματα. Αντίθετα, προγράμματα πρόληψης που χρησιμοποίησαν μια συνδυαστική προσέγγιση και περιελάμβαναν εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες με ταυτόχρονες αλλαγές στο περιβάλλον, παρουσίασαν αυξημένη αποτελεσματικότητα.

2.8.2. Εκπαίδευση στο αλκοόλ και πληροφορία

Οι προσεγγίσεις που στοχεύουν αποκλειστικά στην ενημέρωση των μαθητών στα σχολεία για το αλκοόλ και τις συνέπειες του είναι πλέον πολύ σπάνιες, ως αποτέλεσμα σαφών ενδείξεων ότι είναι αναποτελεσματικές (Babor et al, 2010). Ωστόσο, η παροχή πληροφοριών σχετικά με τους κινδύνους του αλκοόλ, εξακολουθούν να αποτελούν βασικό στοιχείο της ευρύτερης εκπαίδευσης των μαθητών. Από την ηλικία των επτά ετών, τα παιδιά αρχίζουν να αναπτύσσουν πιο προηγμένες γνωστικές λειτουργίες και μπορούν να επεξεργαστούν τέτοιου είδους πληροφορίες. Όταν φοιτούν στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση μπορούν να ενημερωθούν με λεπτομέρειες για τους κινδύνους που σχετίζονται με το αλκοόλ, τις αρνητικές συνέπειες για την οικογένεια, τους φίλους, την κοινότητα και την ευρύτερη κοινωνία, καθώς και τις στρατηγικές αποφυγής και αντιμετώπισης του κινδύνου (Jones et al., 2007).

2.8.3. Προγράμματα πρόληψης από συνομήλικους

Πρόκειται για προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν επιλογή και εκπαίδευση μαθητών ώστε αυτοί να εφαρμόσουν προγράμματα πρόληψης σε συμμαθητές τους. Πρόκειται για «ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που υλοποιείται στους μαθητές από άλλους μαθητές παρόμοιας ηλικίας ή λίγο μεγαλύτερους» (Cuijpers, 2002). Κατά τη διάρκεια μιας σειράς εκπαιδευτικών συναντήσεων που συχνά περιλαμβάνουν εργαστήρια και δραστηριότητες αναψυχής, οι εκπαιδευτές συνομηλίκων ενθαρρύνονται να βοηθήσουν στην εκπόνηση ενός προγράμματος εκπαίδευσης για τη σωστή χρήση του αλκοόλ, το οποίο στη συνέχεια εφαρμόζεται σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως σχολεία, ομάδες νέων και οργανώσεις. Συχνά, η εκπαίδευση από συνομήλικους υλοποιείται σε συνδυασμό με καθοδηγούμενη εκπαίδευση για το αλκοόλ στο σχολείο από τον καθηγητή. Μετα-ανάλυση έδειξε ότι μια σειρά παραγόντων μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης των συνομηλίκων σχετικά με το αλκοόλ, αλλά η επίδρασή τους στα αποτελέσματα είναι μάλλον ανάμικτη (Cuijpers, 2002).

2.8.4. Προσεγγίσεις κοινωνικών δεξιοτήτων

Η εκμάθηση ή βελτίωση δεξιοτήτων ζωής έχει χρησιμοποιηθεί συχνά σε προγράμματα εκπαίδευσης για το αλκοόλ που εφαρμόζονται τόσο στην οικογένεια όσο και

στο σχολείο. Οι δεξιότητες που διδάσκονται σε τέτοιες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την ικανότητα να λένε όχι, την πίστη στον εαυτό, την αποτελεσματική επικοινωνία, την αντιμετώπιση του άγχους, τον καθορισμό στόχων και την επίλυση προβλημάτων (Botvin et al., 1980). Άλλες κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες ζωής που περιλαμβάνονται σε αυτές τις προσεγγίσεις είναι η αυτογνωσία, η ενσυναίσθηση, η δημιουργική και κριτική σκέψη και η λήψη αποφάσεων. Συνήθως, ένα πρόγραμμα που καλλιεργεί αυτά τα στοιχεία εφαρμόζεται στο σχολείο, στην οικογένεια ή και στα δύο μαζί, και συμπληρώνεται από συναντήσεις ενημέρωσης που εστιάζουν ειδικά στο αλκοόλ. Παρόλο που η εκπαίδευση στις δεξιότητες ζωής έχει προταθεί ως αποτελεσματική προσέγγιση για τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, φαίνεται ότι είναι λιγότερο αποτελεσματική στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ (Foxcroft et al., 2002).

2.8.5. Προσεγγίσεις κοινωνικών κανόνων

Οι προσεγγίσεις κοινωνικών προτύπων γίνονται όλο και πιο δημοφιλείς στην προσπάθεια εκπαίδευσης για σωστή χρήση του αλκοόλ. Η προσέγγιση αυτές αναπτύχθηκαν όταν οι ερευνητές της δεκαετίας του 1980 διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές ενός μικρού Αμερικανικού κολεγίου είχαν λανθασμένες πεποιθήσεις σχετικά με τις καταναλωτικές συνήθειες άλλων συμφοιτητών τους. Θεωρούσαν δηλαδή ότι πίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα και σε μεγαλύτερες ποσότητες απ' ότι πραγματικά έπιναν (Berkowitz, 2005). Μεταγενέστερες μελέτες διαπίστωσαν ότι αυτές οι «υπερβολικές» αντιλήψεις κυριαρχούσαν σε πανεπιστήμια και άλλων περιοχών. Η θεωρία των κοινωνικών προτύπων λοιπόν στοχεύει στην αμφισβήτηση αυτών των λανθασμένων αντιλήψεων των εφήβων σχετικά με τις στάσεις και τις συμπεριφορές των συνομηλίκων τους που αφορούσαν το αλκοόλ. Με τη χρήση ερευνητικών εργαλείων μπορούν να εντοπιστούν οι υπερβολικοί περιγραφικοί κανόνες που υιοθετούνται από μία ομάδα για τη συμπεριφορά μιας άλλης, και στη συνέχεια να ενημερωθεί ώστε να αποκτήσει μια πιο ρεαλιστική εικόνα. Η αξιολόγηση της διαδικασίας αυτής αλλά και ευρύτερα ερευνητικά δεδομένα μπορούν να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων των κοινωνικών κανόνων στις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εφήβων.

2.8.6. Προγράμματα ενίσχυσης της οικογένειας

Η πρόληψη που εστιάζει στο οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί μία από τις κύριες στρατηγικές για τη μείωση της επιβλαβούς κατανάλωσης, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Πληροφόρησης για το Αλκοόλ και την Υγεία (EISAH, 2017). Η εφαρμογή του προγράμματος ενίσχυσης της οικογένειας στις ΗΠΑ, που είχε σαν στόχο τη βελτίωση της σχέσης γονέα-παιδιού, την αύξηση του γονεϊκού ελέγχου και της συμμετοχής των γονέων στην καθημερινότητα του παιδιού, φάνηκε ότι συμβάλλει στη καθυστέρηση της χρήσης

αλκοόλ από τους εφήβους (Sproth et al., 2001). Ωστόσο, η Σουηδική έκδοση αυτού του προγράμματος δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα, γεγονός που δείχνει ότι η επιτυχία μιας παρέμβασης μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο (Skärstrand et al., 2008). Άλλη μελέτη σχετικά με το πρόγραμμα αυτό αξιολόγησε την επίδραση σχετικών παραγόντων σε διάφορους ευρωπαϊκούς πολιτισμούς και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό στις χώρες που εφαρμόστηκε (Burkhart, 2015).

Παρά τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης οινοπνεύματος από τους εφήβους, οι γονείς και οι τοπικές κοινωνίες εξακολουθούν να υποτιμούν την επικινδυνότητα της. Πολλοί ενήλικες δεν θεωρούν ότι είναι επικίνδυνο το να πίνει ένας έφηβος και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι ίδιοι του προσφέρουν αλκοόλ. Οι εκπαιδευτικοί φαίνεται ότι έχουν καλύτερη γνώση του μεγέθους κατανάλωσης αλκοόλ από τους ανήλικους και των συνεπειών τους (DeHaan & Boljevac, 2009). Με τους εκπαιδευτικούς λοιπόν να έχουν την πιο ρεαλιστική άποψη σχετικά με το φλέγον αυτό θέμα, η επικοινωνία μεταξύ των εκπαιδευτικών, των γονέων και της κοινότητας γίνεται ένας βασικός παράγοντας στην πρόληψη και την παρέμβαση για τον περιορισμό της κατανάλωσης οινοπνεύματος από ανήλικους.

Παρόλο που αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η ελεγχόμενη κατανάλωση αλκοόλ είναι εφικτή και ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στον μετριασμό είναι προτιμότερες σε σχέση με αυτές που επιδιώκουν αποκλειστικά την πλήρη αποχή, οι επικρατούσες πρακτικές που εφαρμόζονται από την πολιτεία εξακολουθούν να στοχεύουν στη μηδενική ανοχή (Marlatt & Witkiewitz, 2002).

Επίσης, έχει υποστηριχθεί η άποψη, εξετάζοντας όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με την χρήση αλκοόλ από τους εφήβους, ότι οι προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στον έλεγχο της πρόσβασης των νέων σε αλκοόλ είναι οι πιο αποτελεσματικές στην προσπάθεια για ελαχιστοποίηση της κατάχρησης οινοπνεύματος σε αυτόν τον πληθυσμό.

Οι υποστηρικτές της δημόσιας υγείας τονίζουν ότι υπάρχει υψηλό οικονομικό κόστος από τη χρήση αλκοόλ, αλλά από την άλλη η βιομηχανία ποτών καταγράφει υψηλά οικονομικά οφέλη. Για το λόγο αυτό, οι πολιτικές για την κατανάλωση οινοπνεύματος σε όλο τον κόσμο φαίνεται ότι σε σημαντικό βαθμό ρυθμιζόταν με βάση την πλευρά που είχε την ισχυρότερη επιρροή (Nicholls, 2009). Βασική προϋπόθεση πάντως για την επιλογή και διαμόρφωση αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης, είναι να γίνεται ενδελεχής μελέτη πριν την εφαρμογή τους καθώς ορισμένες πολιτικές μπορούν να λειτουργήσουν σε κάποιες χώρες ενώ σε κάποιες άλλες όχι (Bergin, 2013).

3. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (2008)

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού και των κοινωνικοδημογραφικών συσχετίσεων της χρήσης αλκοόλ σε ένα δείγμα εφήβων μαθητών Δ/θμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Μελετήθηκε επίσης η συννοσηρότητα με κοινές ψυχικές διαταραχές και χρήση άλλων ουσιών, η σχέση με το δείκτη μάζας σώματος αλλά και η χρήση υπηρεσιών υγείας από εφήβους που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ.

Η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια διέρχεται μια περίοδο οικονομικής κρίσης με έντονα αρνητικές συνέπειες σε πολλές πτυχές της ζωής του πληθυσμού της. Η πρώτη μελέτη μας διεξήχθη τα έτη 2007 και 2008 λίγο πριν την έναρξη της κρίσης του 2009. Οι περίοδοι οικονομικής κρίσης φαίνεται να συνδέονται με γενικότερη αύξηση της αποχής από το αλκοόλ αλλά ταυτόχρονα με αύξηση της επιβλαβούς χρήσης του (μέθης) και προβλημάτων που σχετίζονται με αυτή σε συγκεκριμένες κοινωνικές υποομάδες (Dom et al., 2016; de Goeij et al., 2015; Bor et al., 2013). Θεωρήσαμε λοιπόν σημαντικό να διερευνήσουμε κάποιες σημαντικές πτυχές της κατανάλωσης αλκοόλ από τους Έλληνες εφήβους αλλά και της ψυχικής τους υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου που προηγήθηκε της έναρξης της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης. Η επανάληψη της συλλογής δεδομένων κατά τη διάρκεια της κρίσης μας επιτρέπει να διερευνήσουμε έμμεσα τις επιδράσεις της στον επιπολασμό και τις συσχετίσεις που παρουσιάζει η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία.

Στη χώρα μας πολύ λίγες είναι οι έρευνες που αφορούν στη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κατά την ευαίσθητη ηλικία της εφηβείας κι αυτές περιορίζονται κυρίως στην καταγραφή επιδημιολογικών δεδομένων χωρίς να εστιάζουν στις συσχετίσεις με την ψυχική υγεία, κοινωνικοδημογραφικούς ή άλλους παράγοντες. Το γεγονός αυτό δίνει ιδιαίτερη αξία στην παρούσα έρευνα η οποία όχι μόνο έρχεται να προσθέσει ερευνητικά δεδομένα όσον αφορά την επιδημιολογία αλλά και να κάνει συσχετισμούς που δίνουν τη δυνατότητα να σχηματίσουμε ένα πιο πλήρες προφίλ του Έλληνα εφήβου χρήστη αλκοόλ. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας θα καλύψουν το κενό στην βιβλιογραφία παρέχοντας ταυτόχρονα χρήσιμες πληροφορίες για τον σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Περιγραφή δείγματος – Επιλογή σχολείων

Τα δεδομένα που παρατίθενται αντλήθηκαν από το «Epirus School Project» (Skaripakis et al, 2007) μια συγχρονική έρευνα που διεξήχθη σε Γενικά Λύκεια της βορειοδυτικής Ελλάδας (όλα τα Λύκεια των Ιωαννίνων, της Πρέβεζας και του Αγρινίου),

της πρωτεύουσας (όλα τα λύκεια της Καλλιθέας) και της νησιωτικής περιοχής της χώρας (όλα τα λύκεια της Πάρου). Η επιλογή των συγκεκριμένων περιοχών έγινε με βάση τους ακόλουθους παράγοντες:

α) Γεωγραφικούς. Για την επιλογή της Ηπείρου και της Δυτικής Ελλάδας σημαντικό ρόλο έπαιξε η άμεση προσβασιμότητά τους από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που ανέλαβε την υλοποίηση της έρευνας, η οποία καλύπτει τις περιοχές αυτές και σε επίπεδο ιατρικής περίθαλψης. Από την Αττική επιλέχθηκε η Καλλιθέα λόγω της εγγύτητάς της με το Πάντειο Πανεπιστήμιο το οποίο συνεργάστηκε για την ολοκλήρωση της έρευνας και από τη νησιωτική περιοχή του Αιγαίου η Πάρος για διευκόλυνση των ερευνητών.

β) Χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Οι περιοχές της Ηπείρου και της Αιτωλοακαρνανίας έχουν ένα από τα χαμηλότερα μέσα εισοδήματα στην Ευρώπη, σύμφωνα με το πόρισμα της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας. Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον λοιπόν να συλλέξουμε δεδομένα από μαθητές που ζουν σ' αυτό το περιβάλλον και να συγκριθούν με δεδομένα μαθητών από οικονομικά πιο εύρωστες περιοχές.

Ο συνολικός αριθμός των σχολείων που έλαβαν μέρος ήταν 25 και ο μέσος όρος των συμμετεχόντων ανά σχολική μονάδα ήταν 267 μαθητές.

Για την διεξαγωγή της έρευνας είχε προηγουμένως ληφθεί άδεια από το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (αρ. απόφασης: 61390/γ2/19-06-2006) και την Επιτροπή Δεοντολογίας του τμήματος Ερευνών του Υπουργείου Παιδείας. Απαραίτητη ήταν και η έγκριση των διευθυντών και των συλλόγων διδασκόντων του κάθε σχολείου ενώ ζητήθηκε και η έγγραφη συναίνεση των κηδεμόνων για συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα. Πριν την έναρξη της συλλογής δεδομένων και για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας τους έγινε, στα πλαίσια δράσης ευαισθητοποίησής των μαθητών, σχετική ενημέρωσή τους τόσο για τους στόχους της μελέτης όσο και γενικότερα για θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Στην έρευνα προσκλήθηκε το σύνολο των μαθητών των σχολείων που επιλέχθηκαν να συμμετέχουν. Να σημειωθεί ότι δεν αναζητήθηκαν οι μαθητές που απουσίαζαν.

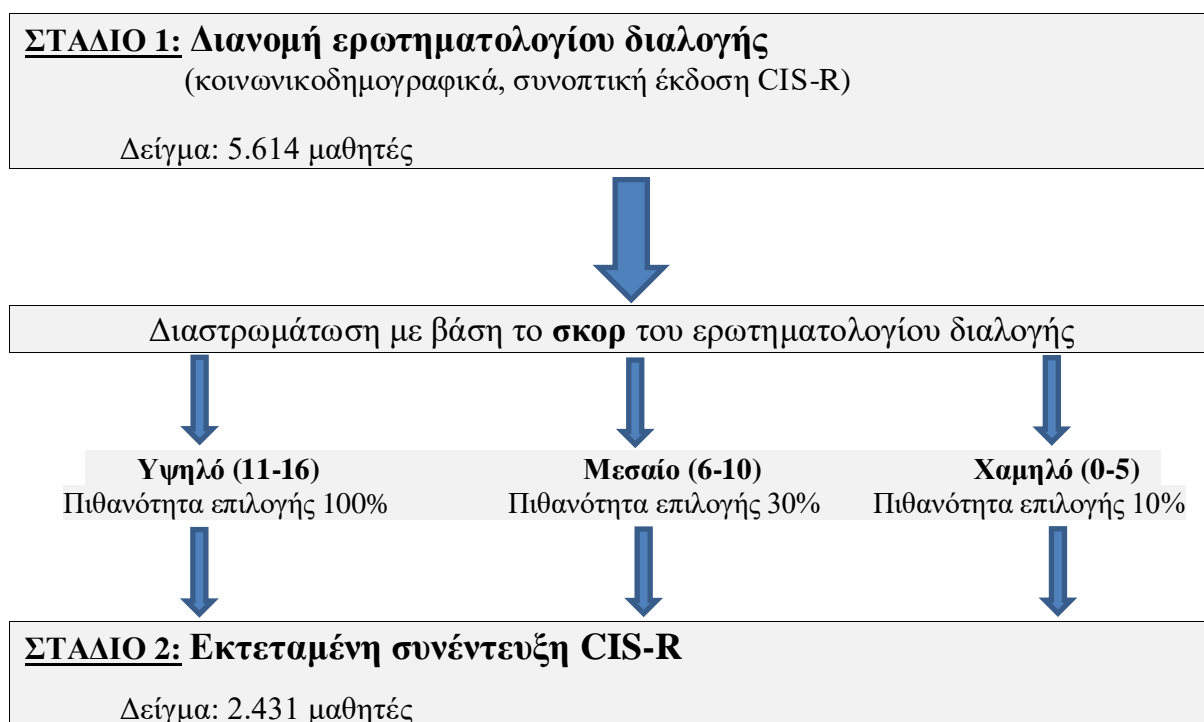
Το δείγμα συνολικά αφορούσε 5.614 μαθητές ηλικίας 16-18 ετών. Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα στο διάστημα από Ιανουάριο 2007 μέχρι Απρίλιο 2008.

4.2. Σχεδιασμός μελέτης - Δειγματοληψία

Η μελέτη χρησιμοποίησε δειγματοληψία δύο φάσεων (Dunn et al., 1999) μια τεχνική που χρησιμοποιείται συχνά στη ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα. Στη πρώτη φάση όλοι οι μαθητές (n=5.614) συμπλήρωσαν στη τάξη ένα απλό ερωτηματολόγιο διαλογής, το οποίο περιελάμβανε κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και

μια συνοπτική αξιολόγηση που εκτιμά η ψυχιατρική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule revised (CIS-R)». Για την συνοπτική αυτή αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις διαλογής από κάθε ενότητα συμπτωμάτων που διερευνά η πλήρης συνέντευξη (για την απλοποίηση του ερωτηματολογίου εξαιρέθηκαν οι ενότητες που αφορούσαν σωματικά συμπτώματα, καταθλιπτικές ιδέες και πανικό). Διαμορφώθηκε έτσι ένα ερωτηματολόγιο 16 ερωτήσεων που καταγράφει την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων κατά τον περασμένο μήνα (ολόκληρο το ερωτηματολόγιο στο παράρτημα). Στη δεύτερη φάση επιλέχθηκε, με βάση τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διαλογής, τυχαίο στρωματοποιημένο δείγμα μαθητών οι οποίοι συμπλήρωσαν την πιο εκτεταμένη συνέντευξη CIS-R στην ηλεκτρονική της μορφή (αναλυτικές πληροφορίες παρατίθενται παρακάτω). Επιλέχθηκε το 100% αυτών που σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διαλογής (>75ο εκατοστημόριο), το 30% εκείνων που σημείωσαν μεσαία βαθμολογία και το 10% των μαθητών που σημείωσαν χαμηλή βαθμολογία (<25ο εκατοστημόριο). Οι επιλεγμένοι μαθητές (n=2.431, ποσοστό ανταπόκρισης 95%) συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική συνέντευξη μέσω φορητών ηλεκτρονικών υπολογιστών στα εργαστήρια υπολογιστών του κάθε σχολείου (Γράφημα 1).

Γράφημα 1: Τρόπος επιλογής δείγματος



4.3. Μετρήσεις

4.3.1. Εκτίμηση της χρήσης αλκοόλ - ουσιών

Η εκτίμηση της χρήσης ουσιών αφορούσε μόνο τη χρήση των κοινών ουσιών και δεν επεκτάθηκε στην διερεύνηση πιο σπάνιων, όπως ναρκωτικών ουσιών του τύπου της

ηρωΐνης ή της κοκαΐνης. Εκτιμήθηκε η χρήση (συχνότητα, ποσότητα) της νικοτίνης (κάπνισμα), του αλκοόλ και, μεταξύ των παράνομων ουσιών, της κάνναβης, αφού παλαιότερες μελέτες στον ελλαδικό χώρο έχουν δείξει εκτεταμένη χρήση της ακόμη και από παιδιά σχολικής ηλικίας. Η εκτίμηση της χρήσης των ουσιών αυτών βασίστηκε σε ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο της μελέτης “Health Behavior in the School Context (HBSC)” που υλοποίησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Currie et al, 2008). Όσον αφορά το αλκοόλ, δόθηκαν συγκεκριμένα 3 ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα κατανάλωσης μπίρας, κρασιού και αποσταγμένων ποτών αντίστοιχα κατά την τελευταία περίοδο, με πιθανές απαντήσεις «ποτέ», «σπάνια» «μία φορά το μήνα» «εβδομαδιαία», «περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα». Οι έφηβοι κλήθηκαν να απαντήσουν και σε μια τέταρτη ερώτηση: «πόσες φορές έχεις μεθύσει;» με πιθανές απαντήσεις «ποτέ» «μία φορά» «2-3 φορές» «4 ή περισσότερες». Ως «μέθη» ορίστηκε το να έχει μεθύσει κάποιος περισσότερο από μία φορά στη ζωή του. Ως «επιβλαβής χρήση αλκοόλ» ορίστηκε το να πίνει οποιοδήποτε αλκοολούχο ποτό τουλάχιστον σε «εβδομαδιαία» βάση ή εάν το άτομο έχει μεθύσει περισσότερες από μία φορές κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Να σημειωθεί ότι η εκτίμηση της χρήσης αλκοόλ έγινε κατευθείαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και αφορούσε μόνο τους μαθητές που συμμετείχαν στη δεύτερη φάση της μελέτης.

4.3.2. Εκτίμηση ψυχιατρικής νοσηρότητας

Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε με την διαγνωστική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule revised (CIS-R)» (αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη) (Patton et al. 1999). Πρόκειται για πλήρως δομημένη συνέντευξη σχεδιασμένη ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε άτομα ηλικίας άνω των 16 ετών. Λόγω της απλότητάς της όμως και του δείκτη ευκολίας που κατά τον Fleisch είναι υψηλός (78,5), η συνέντευξη μπορεί να γίνει κατανοητή και από άτομα μικρότερης ηλικίας (Lewis et al., 1992). Η συνέντευξη εκτιμά την παρουσία και την ένταση των ακόλουθων συμπτωμάτων: κόπωση, προβλήματα συγκέντρωσης, προβλήματα μνήμης, σωματικά συμπτώματα, προβλήματα ύπνου, ευερεθιστότητα, ανησυχία για σωματική υγεία, καταθλιπτικές ιδέες, καταθλιπτική διάθεση, ανησυχία, άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικό, ιδεοληψίες και καταναγκασμούς. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται σε κλίμακα 0-4, εκτός από τον καταθλιπτικό ιδεασμό που αξιολογείται σε κλίμακα 0-5. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 0-57. Στη Μεγάλη Βρετανία και αλλού όταν η βαθμολογία υπερβαίνει το 12 αποτελεί ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας. Στην παρούσα έρευνα το σκορ 18 και πάνω ορίστηκε ως κλινικά σημαντική

νοσηρότητα. Χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική μορφή της συνέντευξης η αξιοπιστία της οποίας έχει φανεί ότι είναι παρόμοια με αυτή της κλασσικής/πρωτότυπης μορφής της (Lewis et al., 1998). Τα πλεονεκτήματα που εντοπίζονται στην ηλεκτρονική χορήγηση της συνέντευξης μεταξύ άλλων είναι: η μεγαλύτερη εχεμύθεια που εξασφαλίζει σε σχέση με την πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη, το χαμηλότερο κόστος που προκύπτει από το γεγονός ότι δε χρειάζεται να προσληφθούν συνεντευκτές ούτε να γίνει εισαγωγή δεδομένων, η εύκολη και γρήγορη συλλογή δεδομένων λόγω της ταυτόχρονης χορήγησης της συνέντευξης σε ομάδα μαθητών και η άμεση διαθεσιμότητα των δεδομένων για ανάλυση. Είναι η πρώτη φορά που το CIS-R χρησιμοποιήθηκε σε περιβάλλον μεγαλύτερων εφήβων – νεαρών ενηλίκων στην Ελλάδα. Η Ελληνική έκδοση του CIS-R μεταφράστηκε και μεταφράστηκε εκ νέου προς την αντίθετη κατεύθυνση από την ερευνητική ομάδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων χρησιμοποιώντας τη διαδικασία που προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html. Η αξιοπιστία και η χρησιμότητά της μελετήθηκαν στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης στα σχολεία του νομού Ιωαννίνων κατά το σχολικό έτος 2006–2007 και της παρούσας μελέτης. Η ηλεκτρονική έκδοση της συνέντευξης έχει επίσης αναπτυχθεί από την ερευνητική μας ομάδα σε πλατφόρμα που βασίστηκε στην αντίστοιχη αγγλική έκδοση.

4.3.3. Εκτίμηση κοινωνικοδημογραφικών – κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.

Οι κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές μετρήθηκαν στην α' φάση της μελέτης μέσω του ερωτηματολογίου διαλογής και περιέλαβαν τις κατηγορίες:

1. Μορφωτικό επίπεδο των γονέων. Οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν ποια είναι η υψηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχει ολοκληρώσει ο καθένας από τους γονείς του, μεταξύ των 5 κατηγοριών: απόφοιτος δημοτικού, γυμνασίου, λυκείου, ΤΕΙ και ΑΕΙ.
2. Εργασιακή κατάσταση γονέων. Η εκτίμηση δεν περιορίστηκε μόνο στην κατάσταση απασχόλησης (εργαζόμενος – άνεργος) αλλά και στο είδος της απασχόλησης για τους εργαζόμενους γονείς (υπάλληλος δημόσιου τομέα, υπάλληλος ιδιωτικού τομέα, ελεύθερος επαγγελματίας). Συνολικά οι κατηγορίες μεταξύ των οποίων μπορούσαν να επιλέξουν ήταν οι εξής επτά: «άνεργος», «ελεύθερος επαγγελματίας», «δημόσιος υπάλληλος», «ιδιωτικός υπάλληλος», «συνταξιούχος», «φροντίζει το σπίτι» (όσον αφορά την μητέρα) ή «ανικανότητα για εργασία λόγω προβλημάτων» (για τον πατέρα) και «άλλο». Στην Ελλάδα το νομοθετικό πλαίσιο που σχετίζεται με τη σύνδεση οικογενειακής ζωής και

καριέρας (άδεια μητρότητας, μειωμένο ωράριο θηλασμού, γονικές άδειες, επιδόματα τέκνου κ.λ.π.) διαφέρει σημαντικά μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Ray et al, 2008). Η διαφοροποίηση μεταξύ ελεύθερων επαγγελματιών, υπαλλήλων του δημοσίου ή του ιδιωτικού τομέα επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο που οι οικογένειες ζουν και λειτουργούν, γι' αυτό και κρίθηκε σημαντικό να εξεταστεί και η μορφή της απασχόλησης των γονέων. Η ενδεχόμενη απώλεια πληροφοριών από τη καταγραφή του ακριβούς επαγγέλματος θα μπορούσε να υποκατασταθεί από τα δεδομένα που αντλούμε από την ερώτηση για το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων (Lahelma et al., 2004)

3. Οικονομική κατάσταση. Σε αυτή την κατηγορία ζητήθηκε από τους μαθητές να εκφράσουν τη γνώμη τους για το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας και τις οικονομικές δυσκολίες που ενδεχομένως αντιμετωπίζει. Επειδή η απευθείας ερώτηση σχετικά με το εισόδημα της οικογένειας κρίνεται ότι δεν είναι πάντα αξιόπιστη, οι μαθητές κλήθηκαν να απαντήσουν στην ερώτηση: «Πως τα πηγαίνει η οικογένειά σου στον οικονομικό τομέα;» (Currie et al., 1997). Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: «δεν αντιμετωπίζει καμία δυσκολία», «αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες», «αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες», «αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες».
4. Προσωπική κοινωνική θέση - Σχολική επίδοση. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η σχολική επίδοση αποτελεί ένα σημαντικό μέσο μέτρησης της κοινωνικής θέσης του εφήβου στο σχολείο, οι μαθητές που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να καταγράψουν την επίδοσή τους (βασισμένη στην πρόσφατη βαθμολογία τους) επιλέγοντας μεταξύ των απαντήσεων «άριστη», «πολύ καλή», «καλή», «μέτρια» (Koivusilta et al, 2006). Η αποτύπωση της σχολικής επίδοσης μας δίνει πληροφορίες όχι μόνο για το μαθησιακό επίπεδο του μαθητή αλλά και για τη θέση που έχει μεταξύ των συμμαθητών του και γενικότερα στο σχολικό περιβάλλον που φοιτά.
5. Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την τάξη του μαθητή, την ηλικία των γονέων, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των αδερφών. Για τη διερεύνηση των σχέσεων το μαθητή με τους γονείς του και το γενικότερο κλίμα που επικρατεί στο σπίτι, συμπεριλήφθηκε ερώτηση που αξιολογούσε τη σχέση του εφήβου με τον καθένα από τους γονείς του.

4.3.4. Άλλες μεταβλητές

Στη β' φάση της μελέτης συλλέξαμε πληροφορίες σχετικά με την χρήση υπηρεσιών υγείας από τους εφήβους. Η ερώτηση που δόθηκε στους μαθητές ήταν: «Πόσο φορές

επισκέφτηκες γιατρό **για οποιοδήποτε λόγο** τους τελευταίους 12 μήνες;». Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: «Καμία», «1-2 φορές», «3-4 φορές», «5-6 φορές», «7-10 φορές» και «περισσότερες από 10 φορές». Ακολούθησε μια δεύτερη αντίστοιχη ερώτηση για την καταγραφή της συχνότητας επίσκεψης σε γιατρό ή επαγγελματία ψυχικής υγείας **μόνο για ψυχολογικούς λόγους**.

Τέλος, έγινε εκτίμηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) του κάθε μαθητή που συμμετείχε στη β' φάση της έρευνας με βάση τις πληροφορίες που έδωσαν για το ύψος και το βάρος τους.

4.4. Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Όλες οι αναλύσεις έγιναν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου STATA 12.0. Για να ληφθεί υπόψη η πιθανότητα συρροής των δεδομένων μας (clustering) καθώς οι μαθητές που πηγαίνουν στο ίδιο σχολείο τείνουν να μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους, αρχικά εφαρμόσαμε ένα λογιστικό μοντέλο δύο επιπέδων («two level logistic regression» 1ο επίπεδο: άτομα, 2ο επίπεδο: σχολεία) στο Stata χρησιμοποιώντας την εντολή gllamm. Εφαρμόσαμε επίσης το μοντέλο με τις εντολές «survey» του Stata χρησιμοποιώντας το σχολείο ως στρώμα. Οι εντολές αυτές επιτρέπουν την εισαγωγή δειγματοληπτικών σταθμών και εκτιμούν σωστά τα τυπικά σφάλματα σε μελέτες δυο φάσεων. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια στα δύο μοντέλα και ως εκ τούτου στην εργασία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα χρησιμοποιώντας τις εντολές «survey» καθώς είναι περισσότερο διαδεδομένες στη βιβλιογραφία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επίδραση των σχολείων ήταν αμελητέα με εσωτερικό συντελεστή συσχέτισης κοντά στο μηδέν (<0.08). Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλες δειγματοληπτικές στάθμες (weights), ώστε να ληφθεί υπ' όψη η διαδικασία της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των ουσιών και των κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών και της ψυχιατρικής νοσηρότητας εκτιμήσαμε τους λόγους των πιθανοτήτων (odds ratio) και τα 95% διάστημα εμπιστοσύνης τους με την εντολή του STATA svylogit.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Περιγραφή του δείγματος

Στον πίνακα 1 καταγράφονται τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη β' φάση της έρευνας, κατά την οποία συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική συνέντευξη. Από το δείγμα των 2.431 μαθητών, τα κορίτσια, λόγω της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, ήταν περισσότερα από τα αγόρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μαθητές/τριες που φοιτούσαν στη Α' Λυκείου, ηλικίας 16 χρονών, με καλή σχολική επίδοση. Σχεδόν 9 στους 10 εφήβους ζουν σε

οικογένειες με παντρεμένους γονείς και έναν/μία αδερφό/ή. Οι περισσότεροι πατεράδες ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Όσον αφορά το μορφωτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι γονείς ήταν απόφοιτοι Λυκείου ενώ για την οικονομική τους κατάσταση η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε πως οι οικογένειές τους αντιμετώπιζαν λίγες ή καθόλου οικονομικές δυσκολίες.

Πίνακας 1: Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος Β΄ φάσης

Μεταβλητές	Φάση 2 (n=2431)
Φύλο	
Αγόρια	989 (41%)
Κορίτσια	1.442 (59%)
Ηλικία	
≤16	957 (40%)
17	825 (34%)
≥18	627 (26%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Γονείς παντρεμένοι	2.145 (88%)
Γονείς χωρισμένοι/σε διάσταση	178 (7,5%)
Χήρος/α	82(3,5%)
Απόν/ούσα	26 (1%)
Ηλικία Πατέρα	47,8 (4,9)
Ηλικία Μητέρας	42,7 (4,6)
Αριθμός Αδερφιών	
0	194 (8%)
1	1.407 (59,5%)
2	537 (23%)
≥3	225 (9,5%)
Επάγγελμα πατέρα	
Δημόσιος Υπάλληλος	796 (33%)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	511 (21%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	839 (34,5%)
Συνταξιούχος	17 (0,5%)
Άνεργος	123 (5%)
Άλλο	145 (6%)
Επάγγελμα Μητέρας	
Δημόσιος Υπάλληλος	681 (28%)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	446 (18,5%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	347 (14%)
Συνταξιούχος	748 (31%)
Άνεργος	109 (4,5%)
Άλλο	100 (4%)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	
Δημοτικό (< 7 χρόνια)	382 (16%)
Γυμνάσιο (7-11 χρόνια)	344 (14%)
Λύκειο (12 χρόνια)	733 (30%)
ΤΕΙ	309 (13%)
ΑΕΙ	663 (27%)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	
Δημοτικό (< 7 χρόνια)	338 (14%)
Γυμνάσιο (7-11 χρόνια)	365 (15%)
Λύκειο (12 χρόνια)	915 (37,5%)
ΤΕΙ	233 (9,5%)
ΑΕΙ	580 (24%)

Οικονομικές Δυσκολίες (οικογένεια)	
Καθόλου	708 (29%)
Λίγες	1.317 (54,5%)
Μερικές	328 (13,5%)
Πολλές	66 (3%)
Σχολική επίδοση	
Άριστη	209 (8,5%)
Πολύ καλή	751 (31%)
Καλή	932 (38,5%)
Μέτρια	526 (22%)

5.2. Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.

Η συχνότητα κατανάλωσης με βάση το φύλο και τον τύπο αλκοολούχου ποτού αποτυπώνεται στον πίνακα 2. Οι μαθητές, σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στα ελαφριά αλκοολούχα ποτά παρά στα αποσταγμένα. Όσον αφορά την κατανάλωση μύρας ή κρασιού η πλειοψηφία τόσο των αγοριών (47.5%) όσο και των κοριτσιών (45.4%) δήλωσαν ότι πίνουν μια φορά το μήνα ή λιγότερο, με τα ποσοστά τους να είναι παρόμοια. Αντίθετα, η συχνότητα διαφοροποιείται αισθητά μεταξύ των δύο φύλων στην εβδομαδιαία χρήση, με το ποσοστό των αγοριών να είναι διπλάσιο (31.3%) έναντι του αντίστοιχου των κοριτσιών (15.2%). Το 30% του συνόλου των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν έχουν πει καθόλου μύρα/κρασί, με τα κορίτσια να είναι περισσότερα σε αυτή την κατηγορία.

Το 40% των εφήβων (αγόρια: 40.8%, κορίτσια: 40%) που πίνουν αποσταγμένα ποτά ανέφεραν χρήση τους με συχνότητα μία φορά το μήνα ή λιγότερο. Το 47% των κοριτσιών του συνολικού δείγματος όμως ανέφερε ότι δεν έχει καταναλώσει ποτέ τέτοιου είδους αλκοολούχα σκευάσματα. Όπως και στα ελαφριά αλκοολούχα ποτά έτσι και στην κατηγορία των αποσταγμένων, το ποσοστό των αγοριών (24.5%) που δήλωσαν ότι κατανάλωσαν αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση είναι διπλάσιο από το αντίστοιχο των κοριτσιών (12.9%).

Στην κατηγορία «οποιοδήποτε αλκοόλ» η μηνιαία χρήση ήταν η δημοφιλέστερη απάντηση μεταξύ των ερωτηθέντων, με την εβδομαδιαία κατανάλωση να ακολουθεί σε συχνότητα. Μόνο το 21.4% του συνόλου των ερωτηθέντων ανέφερε ότι δεν έκανε ποτέ χρήση οποιουδήποτε ποτού. Μελετώντας τη συμπεριφορά των δύο φύλων, τα αγόρια φαίνεται να πίνουν σαφώς με μεγαλύτερη συχνότητα καθώς προηγούνται με διπλάσιο ποσοστό στην εβδομαδιαία χρήση από τα κορίτσια, τα οποία συνήθως πίνουν μια φορά το μήνα ή λιγότερο.

Όσον αφορά τη μέθη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των εφήβων δεν έχει μεθύσει ποτέ, με ένα σημαντικό όμως ποσοστό να αναφέρει ότι έχει μεθύσει μια φορά. Το 12.1% των αγοριών και το 8.7% των κοριτσιών έχουν μεθύσει δύο με τρεις φορές, με

το 7.3% και το 2.6% αντίστοιχα να δηλώνει περισσότερα από τρία περιστατικά μέθης. Τα αγόρια προπορεύονται σε όλες τις κατηγορίες μέθης και φαίνεται ότι η διαφορά του ποσοστού μεταξύ αγοριών και κοριτσιών μεγαλώνει όσο αυξάνεται η συχνότητά της.

Όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ αυξημένης κατανάλωσης και μέθης, το 38,7% όσων καταναλώνουν αλκοόλ τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα έχουν μεθύσει δύο ή περισσότερες φορές στη διάρκεια της ζωής τους, ενώ το 73,6% αυτών που είχαν μεθύσει δύο ή περισσότερες φορές στη διάρκεια της ζωής τους φάνηκε επίσης πως έπιναν τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση.

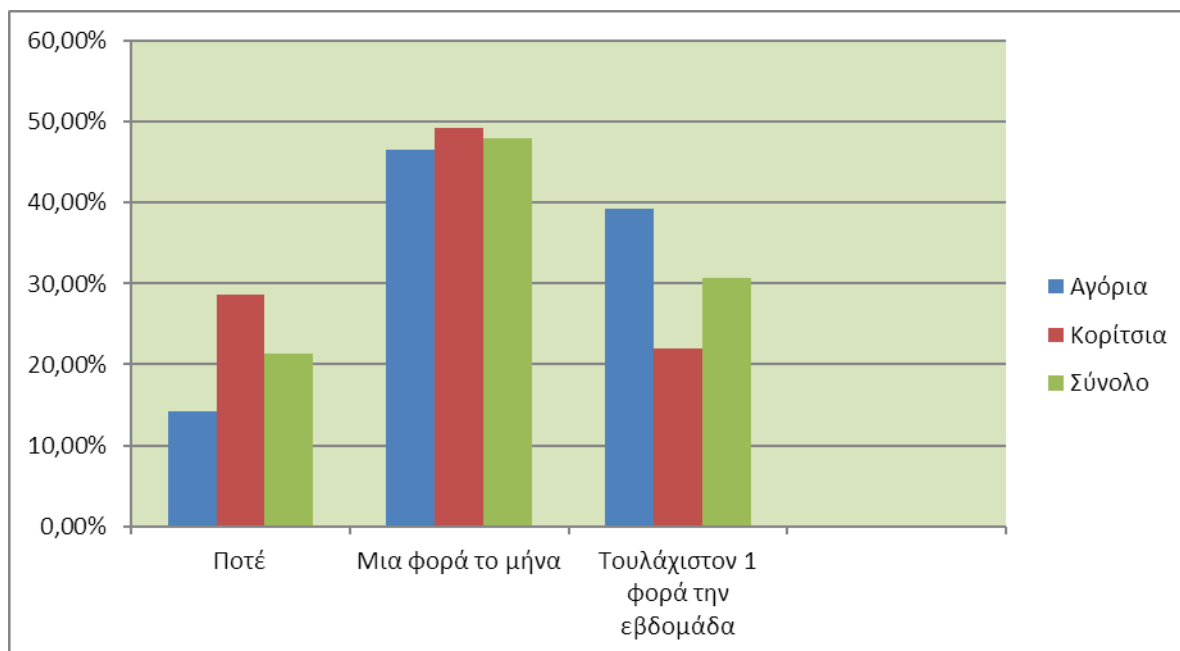
Πίνακας 2: Συχνότητα χρήσης αλκοόλ σε 16-18 χρονών εφήβους στην Ελλάδα με βάση το φύλο και το είδος του ποτού (N=2431)

	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
	N ¹ (%) – (95% CI ²)	N ¹ (%) – (95% CI ²)	N ¹ (%) – (95% CI ²)
Μπίρα ή κρασί			
Ποτέ	208 (21.1%) (17.7% -24.6%)	533 (39.38%) (35.9%-42.9%)	741 (30.15%) (27.6%-32.7%)
Μια φορά το μήνα η λιγότερο	434 (47.5%) (43.2-51.8)	677 (45.42%) (41.9%-48.9%)	1111 (46.47%) (43.7%-49.3%)
Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα	347 (31,3%) (27,4% – 35,2%)	232 (15,2%) (12,7% – 17,7%)	579 (23,4%) (21,1%-25,7%)
Αποσταγμένα			
Ποτέ	330 (34,6%) (30,5% - 38,7%)	636 (47,1%) (43,6% - 50,6%)	966 (40,8%) (38%-43,5%)
Μια φορά το μήνα ή λιγότερο	393 (40,8%) (36,6% - 45,1%)	586 (40%) (36,6% - 43,4%)	979 (40,4%) (37,7%-43,2%)
Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα	266 (24,5%) (21% - 28%)	217 (12,9%) (10,7% - 15,1%)	483 (18,8%) (16,7%-20,9%)
Οποιοσδήποτε τύπος αλκοόλ			
Ποτέ	148 (14,2%) (11,3% - 17,1%)	383 (28,7%) (25,4% - 32%)	531 (21,4%) (19,1%-23,6%)
Μια φορά το μήνα η λιγότερο	414 (46,6%) (42,3% - 50,9%)	721 (49,3%) (45,8% - 52,8%)	1135 (47,9%) (45,1%-50,7%)
Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα	427 (39,2%) (35,1% – 43,3%)	338 (21,9%) (19,1% - 24,8%)	765 (30,7%) (28,1%-33,2%)
Μέθη			
Ποτέ	570 (61,5%) (57,4%-65,6%)	962 (71%) (68%-74%)	1532 (66,1%) (63,6%-68,8%)
Μία φορά	201 (19%) (15,7%-22,3%)	293 (17,8%) (15,4%-20,2%)	494 (18,4%) (16,4%-20,5%)
2-3 φορές	129 (12,1%) (9,4%-14,7%)	133 (8,7%) (6,7%-10,7%)	262 (10,4%) (8,7%-12,1%)
>3 φορές	89 (7,3%) (5,3%-9,4%)	51 (2,6%) (1,6%-3,6%)	140 (5%) (3,8%-6,1%)

¹ Αριθμός Συμμετεχόντων, τα ποσοστά εκτιμήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη τη διαδικασία τυχασίας στρωματοποίησης δείγματος. ²CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“Confidence Interval”)

Ο επιπολασμός χρήσης οποιουδήποτε τύπου αλκοόλ, που παρουσιάστηκε στον παραπάνω πίνακα, απεικονίζεται στο Γράφημα 1, που ακολουθεί.

Γράφημα 1: Επιπολασμός χρήσης οποιουδήποτε τύπου αλκοόλ κατά φύλο σε 2431 εφήβους μαθητές Λυκείων ηλικίας 16-18



5.3. Κοινωνικοδημογραφικές συσχετίσεις

Στον πίνακα 3 περιγράφονται οι λόγοι πιθανοτήτων (Odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τη συσχέτιση των κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με: 1) την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ και 2) τη περισσότερο από μία φορά μέθη. Οι λόγοι των πιθανοτήτων για τη χρήση και τη μέθη παρουσιάζονται σε δύο μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο οι λόγοι των πιθανοτήτων είναι σταθμισμένοι κατά φύλο και ηλικία και στο δεύτερο μοντέλο οι λόγοι των πιθανοτήτων είναι σταθμισμένοι για φύλο, ηλικία, όλους τους κοινωνικοοικονομικούς και κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες καθώς και για τη ψυχιατρική και σωματική νοσηρότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνότητα ήταν μεγαλύτερη για τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια και για τις δύο αυτές μορφές κατάχρησης αλκοόλ. Επίσης φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία (όπως αυτή εκφράστηκε από τη σχολική τάξη που παρακολουθούσαν οι μαθητές) τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για εβδομαδιαία κατανάλωση αλλά και μέθη. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα οι μαθητές της Γ' τάξης έχουν 64% και της Β' τάξης 36% περισσότερες πιθανότητες να καταναλώσουν αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση από τους μαθητές της Α' τάξης. Κάτι αντίστοιχο παρατηρείται και για τη μέθη, με τους μαθητές της Γ' τάξης να έχουν 78% και της Β' τάξης 71% περισσότερες πιθανότητες να μεθύσουν σε σχέση με τους μαθητές της Α' τάξης. Η χαμηλότερη σχολική επίδοση είναι ένας ακόμα παράγοντας που σχετίζεται

σημαντικά τόσο με την εβδομαδιαία χρήση όσο, και κυρίως, με τη μέθη, αυξάνοντας τις πιθανότητες για ανάπτυξη τέτοιου είδους επιβλαβών για τους εφήβους συμπεριφορών.

Ενώ η μέτρια/κακή σχέση και με τους δύο γονείς σε σύγκριση με την «καλή» ή «πολύ καλή» σχέση μαζί τους αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα συχνής χρήσης αλκοόλ, η μέθη σχετίζεται περισσότερο με την κακή σχέση με τον πατέρα και όχι με την κακή σχέση με τη μητέρα. Ειδικότερα, στη μονοπαραγοντική ανάλυση, η μέτρια/κακή σχέση και με τη μητέρα δείχνει σημαντική για τη συμπεριφορά μέθης του εφήβου, όταν λάβουμε όμως υπόψη και άλλες μεταβλητές η συσχέτιση αυτή μειώνεται σε μη στατιστικά σημαντικό επίπεδο [OR: 1.14 (0.67-1.95)] .

Ένα άλλο αποτέλεσμα της έρευνάς μας είναι ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας αυξάνει τις πιθανότητες συχνής κατανάλωσης αλκοόλ από τους εφήβους. Ιδιαίτερα η φοίτηση της μητέρας σε ΤΕΙ σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με την εβδομαδιαία χρήση αλκοόλ από τον έφηβο [OR: 1.94 (1.08-3.50)] αλλά όχι με τη μέθη. Αντίθετα, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα δε φαίνεται να σχετίζεται με την επικίνδυνη αυτή συμπεριφορά του παιδιού. Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των γονέων, η αυτοαπασχόληση του πατέρα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά και με τις δύο συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ και κυρίως με την μέθη [OR: 1.97 (1.29-3.00)] ενώ το επάγγελμα της μητέρας δε φαίνεται να σχετίζεται με καμία από τις συμπεριφορές που μελετάμε. Η ανεργία του πατέρα αποτελεί προστατευτικό ανεξάρτητο παράγοντα για συχνή κατανάλωση αλκοόλ, ακόμα κι όταν λαμβάνουμε υπόψη τις οικονομικές δυσκολίες, σχετίζεται όμως με μη στατιστικά σημαντικό τρόπο με μεγαλύτερη πιθανότητα μέθης [OR:1.21 (0.59-2.47)]. Αντίθετα, η ανεργία της μητέρας δε φαίνεται να επηρεάζει τη συμπεριφορά του εφήβου όσον αφορά το αλκοόλ. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι μέτριες οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια σχετίζονται σημαντικά και με τη συχνή χρήση [OR:1.52 (1.13-2.05)] και με τη μέθη [OR:1.50 (1.04-2.17)] ενώ οι πολλές οικονομικές δυσκολίες σχετίζονται ήπια μόνο με αυξημένη πιθανότητα του εφήβου να μεθύσει περισσότερες από μία φορές [OR: 1.27 (0.76-2.10)].

Τέλος, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το διαζύγιο και η χηρεία σχετίζονται ήπια με τη συχνή χρήση αλκοόλ ενώ αναφορικά με τη μέθη εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση η οποία όμως εξασθενεί όταν ληφθούν υπόψη κι άλλοι παράγοντες. Επίσης, εντοπίζεται μια ήπια, μη στατιστικά σημαντική, προφυλακτική σχέση χρήσης αλκοόλ και μέθης με τον αριθμό των αδερφών.

Πίνακας 3: Κοινωνικοδημογραφικοί συσχετισμοί της συχνότητας χρήσης αλκοόλ και μέθης σε 16-18 χρονών εφήβους στην Ελλάδα (N=2431)

	Χρήση αλκοόλ τουλάχιστον εβδομαδιαία		Μέθη ≥ 2 φορές	
	Crude OR ¹ (95% CI ²)	Adjusted OR ³ (95% CI ²)	Crude OR ¹ (95% CI ²)	Adjusted OR ³ (95% CI ²)
Κορίτσια	0.43 (0.34-0.55)	0.38 (0.29-0.48)	0.53 (0.39-0.71)	0.43 (0.32-0.60)
Τάξη				
Α΄ Λυκείου	1.00	1.00	1.00	1.00
Β΄ Λυκείου	1.30 (0.93-1.83)	1.36 (0.96-1.94)	1.66 (1.08-2.55)	1.71 (1.11-2.65)
Γ΄ Λυκείου	1.54 (1.09-2.17)	1.64 (1.14-2.35)	1.71 (1.10-2.66)	1.78 (1.14-2.78)
(Γονείς) Οικογενειακή κατάσταση				
Παντρεμένοι	1.00	1.00	1.00	1.00
Χωρισμένοι/Σε διάσταση	1.57 (0.98-2.52)	1.15 (0.71-1.86)	2.09 (1.25-3.49)	1.45 (0.87-2.41)
Χήρος/χήρα	1.17 (0.52-2.62)	1.64 (0.62-4.32)	1.88 (0.80-4.42)	1.92 (0.72-5.16)
Αριθμός Αδερφών				
Κανένας	1.00	1.00	1.00	1.00
Ένας	0.95 (0.62-1.44)	1.09 (0.69-1.71)	0.66 (0.39-1.11)	0.85 (0.48-1.53)
Δύο	0.83 (0.52-1.31)	0.95 (0.57-1.57)	0.71 (0.40-1.28)	0.79 (0.41-1.54)
Τρία ή περισσότερα	0.75 (0.45-1.26)	0.91 (0.53-1.57)	0.68 (0.36-1.27)	0.71 (0.36-1.41)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	1.49 (0.94-2.35)	1.46 (0.91-2.37)	0.80 (0.44-1.43)	1.04 (0.57-1.92)
Λύκειο	1.24 (0.84-1.83)	1.15 (0.74-1.77)	0.86 (0.53-1.39)	1.19 (0.70-2.02)
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	1.33 (0.82-2.14)	1.11 (0.68-1.84)	0.67 (0.36-1.22)	0.82 (0.44-1.53)
Πανεπιστημίου (ΑΕΙ)	1.17(0.79-1.74)	1.11 (0.69-1.78)	0.88 (0.54-1.44)	1.27 (0.73-2.20)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	1.47 (0.91-2.36)	1.42 (0.84-2.39)	0.80 (0.44-1.46)	0.85 (0.44-1.64)
Λύκειο	1.37 (0.91-2.05)	1.46 (0.90-2.35)	0.53 (0.32-0.88)	0.62 (0.34-1.12)
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	1.96 (1.16-3.30)	1.94 (1.08-3.50)	0.91 (0.49-1.72)	1.05 (0.50-2.20)
Πανεπιστημίου (ΑΕΙ)	1.41 (0.91-2.17)	1.72 (0.99-3.00)	0.86 (0.51-1.45)	1.13 (0.56-2.25)
Επαγγελματική κατάσταση πατέρα				
Δημόσιος Υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.25 (0.90-1.74)	1.28 (0.88-1.86)	0.98 (0.65-1.50)	1.09 (0.71-1.69)
Ελ. Επαγγελματίας	1.21 (0.90-1.64)	1.37 (0.97-1.93)	1.60 (1.10-2.33)	1.97 (1.29-3.00)
Συνταξιούχος	0.88 (0.50-1.52)	1.02 (0.57-1.82)	0.92 (0.41-2.05)	1.12 (0.48-2.59)
Άνεργος/άλλο	0.90 (0.51-1.56)	0.64 (0.31-1.28)	1.88 (0.94-3.74)	1.21 (0.59-2.47)
Επαγγελματική κατάσταση Μητέρας				
Δημόσιος Υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.23 (0.86-1.78)	1.12 (0.74-1.68)	0.90 (0.58-1.41)	0.79 (0.49-1.30)
Ελ. Επαγγελματίας	0.92 (0.62-1.38)	0.91 (0.58-1.41)	0.92 (0.55-1.53)	0.80 (0.45-1.44)
Άνεργος	0.79 (0.44-1.40)	0.79 (0.44-1.41)	0.80 (0.42-1.52)	0.77 (0.39-1.49)
Φροντίζει το σπίτι	0.84 (0.61-1.16)	0.90 (0.62-1.32)	0.88 (0.58-1.33)	0.93 (0.56-1.54)
Συνταξιούχος/άλλο	1.02 (0.56-1.85)	0.98 (0.53-1.83)	0.98 (0.55-1.75)	0.72 (0.34-1.50)
Οικονομικές Δυσκολίες				
Καθόλου	1.00	1.00	1.00	1.00
Μερικές	1.53 (1.15-2.04)	1.52 (1.13-2.05)	1.43 (0.99-2.07)	1.50 (1.04-2.17)
Πολλές	1.08 (0.75-1.57)	0.84 (0.55-1.26)	1.59 (1.00-2.50)	1.27 (0.76-2.10)

Σχολική επίδοση				
Μέτρια	1.00	1.00	1.00	1.00
Καλή	0.58 (0.36-0.96)	0.60 (0.36-1.00)	0.35 (0.18-0.69)	0.39 (0.19-0.80)
Πολύ καλή	0.51 (0.36-0.72)	0.51 (0.35-0.73)	0.30 (0.20-0.46)	0.33 (0.21-0.53)
Άριστη	0.61 (0.45-0.85)	0.57 (0.41-0.79)	0.43 (0.30-0.62)	0.45 (0.31-0.66)
Σχέση με τον πατέρα				
Καλή/πολύ καλή	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια/κακή	2.29 (1.72-3.06)	1.56 (1.05-2.32)	2.60 (1.85-3.66)	1.97 (1.15-3.40)
Σχέση με τη μητέρα				
Καλή/πολύ καλή	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια/κακή	2.51 (1.83-3.45)	1.86 (1.20-2.87)	2.24 (1.58-3.20)	1.14 (0.67-1.95)

¹Crude OR: Μη προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοτήτων, ²CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“*Confidence Interval*”),

³Adjusted OR: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε όλες τις άλλες μεταβλητές του πίνακα. Οι τιμές που είναι με έντονη γραφή (bold) δείχνουν στατιστική σημαντικότητα ($p < 0.05$).

5.4. Συννοσηρότητα

Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τις συσχετίσεις της συχνής κατανάλωσης αλκοόλ και της μέθης με ψυχιατρικές διαταραχές, αυτοκτονικό ιδεασμό, χρήση κάνναβης και τσιγάρου καθώς και με τη παχυσαρκία. Το 22.8% όσων πίνουν σε εβδομαδιαία βάση και το 26.35% όσων έχουν μεθύσει περισσότερες από μία φορές στη ζωή τους ανέφεραν την παρουσία κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, με τον συσχετισμό να είναι στατιστικά σημαντικός και για τις δύο αυτές περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα που συλλέξαμε δείχνουν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση των δύο αυτών δεικτών χρήσης αλκοόλ με τις αγχώδεις διαταραχές αλλά περισσότερο με την κατάθλιψη. Στατιστικά σημαντικός είναι επίσης ο συσχετισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού με τη συστηματική κατανάλωση αλκοόλ [OR:1.82 (1.23-2.70)] και κυρίως με την μέθη [OR:2.65 (1.73-4.07)]. Και οι δύο επικίνδυνες συμπεριφορές που μελετάμε σχετίζονται σημαντικά με τη χρήση τσιγάρου και κάνναβης, και η σχέση που παρατηρήθηκε ήταν πιο ισχυρή για την μέθη σε σύγκριση με την συχνή χρήση αλκοόλ. Το 25.47% όσων πίνουν συχνά και το 25.54% όσων έχουν μεθύσει περισσότερες από μία φορές στη ζωή τους, ανέφεραν δείκτη μάζας σώματος μεγαλύτερο του 24. Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται ελαφρώς περισσότερο με τη συχνή χρήση και λιγότερο με τη μέθη, συσχετίσεις που όμως δεν ανιχνεύονται σε στατιστικά σημαντικά επίπεδα.

Πίνακας 4: Συννοσηρότητα της συχνότητας λήψης αλκοόλ και της μέθης με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές/χρήση άλλων ουσιών σε εφήβους 16-18 ετών στην Ελλάδα (N=2431)

Συννοσηρότητα	% εφήβων που πίνουν αλκοόλ τουλάχιστον εβδομαδιαία	Odds Ratio ² (95% CI ³)	% εφήβων που έχουν μεθύσει <u>≥1 φορά</u> .	Odds Ratio ² (95% CI ³)
Οποιαδήποτε Ψυχιατρική Διαταραχή	22.8%	1.89 (1.45-2.45)	26.35%	2.10 (1.53-2.88)
Καταθλιπτικό Επεισ	7.5%	2.10 (1.51-2.91)	10.65%	2.99 (2.05-4.38)
ΓΑΔ ⁴	13.48%	1.73 (1.30-2.28)	15.46%	1.87 (1.35-2.59)
Διαταραχή Πανικού	2.75%	1.56 (0.84-2.90)	2.29%	1.13 (0.58-2.21)
Φοβίες	6.48%	1.59 (1.03-2.46)	8.36%	2.03 (1.21-3.41)
ΨΔ	5.22%	1.63 (1.11-2.38)	6.99%	2.18 (1.41-3.38)
Αυτοκτονικός Ιδεασμός ⁵	4.76%	1.82 (1.23-2.70)	6.76%	2.65 (1.73-4.07)
Κάπνισμα στο παρόν	27.48%	10.67 (7.36-15.47)	41.58%	13.49 (9.32-19.54)
Χρήση Κάνναβης κάποια στιγμή στη ζωή	10.27%	5.22 (3.20-8.51)	20.16%	13.94 (9.03-21.53)
ΔΜΣ ⁶ ≥24	25.47%	1.34 (0.97-1.84)	25.54%	1.27 (0.90-1.81)

¹Όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα ώστε να λαμβάνουν υπόψη τη διαστρωμένη τυχαία δειγματοληψία ²OR: Λόγοι πιθανοτήτων (Odds ratio); ³CI: Διάστημα εμπιστοσύνης ("Confidence Interval"), ⁴Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, ⁵Ως αυτοκτονικός ιδεασμός ορίζεται το να έχει κάποιος τουλάχιστον σκέψεις ότι «η ζωή δεν αξίζει» κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας, ⁶Δείκτης Μάζας Σώματος

5.5. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Σύμφωνα με τα δεδομένα που παρουσιάζονται στον πίνακα 5, καταγράφεται σημαντική συσχέτιση της συχνής κατανάλωσης αλκοόλ και της μέθης με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους εφήβους. Το 13,91% του δείγματος που δήλωσε ότι πίνει εβδομαδιαία ή έχει μεθύσει περισσότερο από μία φορά, ανέφερε ότι έχει επισκεφτεί γιατρό για ψυχολογικούς λόγους [OR: 1.52 (1.09-2.11)] και το 21,27% ότι επισκέφτηκε γιατρό για οποιοδήποτε λόγο [OR: 1.42 (1.06-1.93)]. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας παρατηρήθηκαν επίσης τόσο σε εφήβους που πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια ψυχιατρική διαταραχή σύμφωνα με το CIS-R όσο και σε αυτούς με διπλή διάγνωση (ταυτόχρονη παρουσία επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ και ψυχιατρικής διαταραχής) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (έφηβοι που δεν παρουσιάζουν επικίνδυνη χρήση αλκοόλ και δεν πληρούν κριτήρια για ψυχιατρική διαταραχή). Παρατηρείται αυξημένη συχνότητα επίσκεψης σε υπηρεσίες υγείας των εφήβων που ανήκουν στις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες κυρίως για ψυχολογικούς αλλά και για άλλους λόγους. Τα δεδομένα της έρευνάς μας επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι

η συνύπαρξη ψυχιατρικής νοσηρότητας και επιζήμιας χρήσης αλκοόλ οδηγεί σε συχνότερη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας απ' ό,τι το καθένα ξεχωριστά.

Πίνακας 5: Χρήση υπηρεσιών υγείας από εφήβους 16-18 χρονών που κάνουν επιζήμια χρήση αλκοόλ (N=2431)

	Συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας ¹			
	Για οποιοδήποτε λόγο		Μόνο για ψυχολογικούς λόγους	
	% ²	OR ³ (95% CI ⁴)	% ²	OR ³ (95% CI ⁴)
Μη επιζήμια χρήση	16%	1.00	10.28%	1.00
Εβδομαδιαία κατανάλωση	21.4%	1.42 (1.04-1.93)	4.13%	1.40 (0.99-1.97)
Μέθη περισσότερο από 1 φορά	22.91%	1.46 (1.01-2.12)	5.84%	1.38 (0.90-2.11)
Είτε εβδομαδιαία κατανάλωση είτε μέθη περισσότερο από μία φορά	21.27%	1.42 (1.06 –1.93)	13.91%	1.52 (1.09-2.11)
Μη επιζήμια χρήση αλκοόλ/ CIS –R < 12	14.39%	1.00	7.99%	1.00
Μόνο επιζήμια χρήση (Είτε εβδομαδιαία κατανάλωση είτε μέθη περισσότερο από μία φορά)	18.01%	1.29 (0.84-1.99)	11.55%	1.59 (0.97-2.61)
Μόνο CIS-R ≥ 12 (χωρίς επιζήμια χρήση αλκοόλ)	19.98%	1.47 (1.04-2.07)	15.93%	2.33 (1.54-3.53)
CIS-R ≥ 12 και επιζήμια χρήση αλκοόλ (διπλή διάγνωση)	18.39%	2.22 (1.55-3.17)	18.39%	2.77 (1.83-4.20)

¹Συχνή χρήση υπηρεσιών ορίζεται να έχουν επισκεφτεί i) ένα γιατρό για οποιαδήποτε λόγο 3 ή περισσότερες φορές ή ii) ένα γιατρό για ψυχολογικό λόγο ή ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας τουλάχιστον 1 φορά κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών. ²Όλα τα ποσοστά σταθμίζονται λαμβάνοντας υπόψη τη στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία. ³Λόγοι πιθανοτήτων (Odds ratios) είναι προσαρμοσμένοι με βάση το φύλο και την ηλικία και υπολογίζονται από μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης με τη συχνή επίσκεψη σε γιατρό ως εξαρτημένη μεταβλητή και την επιβλαβή χρήση αλκοόλ ως την ανεξάρτητη μεταβλητή. (π.χ. οι πιθανότητες the odds συχνής επίσκεψης σε γιατρό για ψυχολογικό λόγο ήταν 1.40 φορές υψηλότερες για συμμετέχοντες με τουλάχιστον εβδομαδιαία κατανάλωση σε σύγκριση με συμμετέχοντες χωρίς εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ); ⁴CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“Confidence Interval”)

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Κύρια ευρήματα

Τα αποτελέσματα της συγχρονικής μας μελέτης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των εφήβων κάνει χρήση αλκοόλ, προτιμά να καταναλώνει μύρα ή κρασί σε σύγκριση με αποστάγματα και πίνει μία φορά το μήνα ή λιγότερο. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό, φάνηκε να καταναλώνει αλκοόλ με επικίνδυνο τρόπο (πίνει τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση ή έχει μεθύσει 2 ή περισσότερες φορές στη ζωή του). Το φύλο φαίνεται να παίζει ρόλο στη συχνότητα χρήσης αλκοόλ, με το ποσοστό των αγοριών που πίνουν σε εβδομαδιαία βάση να είναι διπλάσιο σε σύγκριση με αυτό των κοριτσιών. Όσο μεγαλύτερη

είναι η ηλικία του εφήβου τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για επιζήμια χρήση αλκοόλ. Η κακή σχέση με τους γονείς είναι άλλος ένας παράγοντας που σχετίζεται με ανάπτυξη αρνητικών προτύπων συμπεριφοράς σχετικά με το αλκοόλ. Τα δεδομένα που αφορούν τη συννοσηρότητα έδειξαν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού τόσο με τη συχνή χρήση όσο και με τη μέθη. Επίσης, το κάπνισμα και η χρήση κάνναβης συσχετίζονται σημαντικά και με τους δύο αυτούς δείκτες επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ.

Ενώ το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα δε φαίνεται να επηρεάζει την συμπεριφορά του παιδιού σχετικά με το αλκοόλ, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας αυξάνει τον κίνδυνο για συχνή χρήση σε σύγκριση με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο μητέρας. Επίσης, δε φάνηκε να υπάρχει κάποιος ισχυρός συσχετισμός ανάμεσα στην επαγγελματική κατάσταση των γονέων και την κακή χρήση αλκοόλ από τα παιδιά, με την ανεργία μάλιστα να αποτελεί ήπιο προστατευτικό παράγοντα για συχνή κατανάλωση αλκοόλ. Οι μέτριες οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα συχνής κατανάλωσης και μέθης του εφήβου, σε σύγκριση τόσο με την ύπαρξη πολλών οικονομικών δυσκολιών όσο, και κυρίως, με την πλήρη απουσία τους. Τέλος, όλοι οι έφηβοι που πίνουν σε εβδομαδιαία βάση ή έχουν μεθύσει, επισκέπτονται με μεγαλύτερη συχνότητα υπηρεσίες υγείας για ψυχολογικούς ή άλλους λόγους. Η συχνότητα αυτή σχεδόν διπλασιάζεται για όσους παράλληλα με την κατάχρηση αλκοόλ παρουσιάζουν και ψυχιατρική νοσηρότητα.

Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των δύο προτύπων επικίνδυνης χρήσης οινοπνεύματος που μελετήσαμε, η μέθη έδειξε μια μη σημαντική τάση για μεγαλύτερη συσχέτιση με την κατάθλιψη και την αυτοκτονία και οδήγησε συχνότερα σε αναζήτηση υποστήριξης για κάποιο θέμα ψυχικής υγείας. Επίσης, η συχνή κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει ελαφρώς διαφορετικές συσχετίσεις σε σύγκριση με τη μέθη κυρίως για τις μεταβλητές που αφορούν την οικογένεια (π.χ. η παρουσία πολλών οικονομικών δυσκολιών και η κατάσταση αυτοαπασχόλησης του πατέρα σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα μέθης αλλά όχι συχνής κατανάλωσης αλκοόλ και - αντιστρόφως - το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και η κακή σχέση με τη μητέρα συνδέονται με αυξημένη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ αλλά όχι μέθης).

6.2. Σύγκριση με προηγούμενες μελέτες

Παρόλο που στην Ελλάδα ο νόμος (3730/2008 - ΦΕΚ 262/Α'/23.12.2008) απαγορεύει την χρήση αλκοόλ σε ηλικίες κάτω των 18 ετών, η έρευνά μας έδειξε ότι η πλειοψηφία (78,6%) των εφήβων 16-18 ετών έχει καταναλώσει κάποιας μορφής αλκοολούχο ποτό. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως οφείλεται στη κουλτούρα της χώρα μας όσον αφορά το ποτό, σύμφωνα με την οποία η κατανάλωση του από ανήλικους θεωρείται αποδεκτή και σε

σημαντικό βαθμό μέρος της διαδικασίας κοινωνικοποίησης τους. Η εβδομαδιαία κατανάλωση φάνηκε ότι είναι ιδιαίτερα υψηλή κυρίως για τα αγόρια (39.2%) και λιγότερο για τα κορίτσια (21.9%). Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά που οι Currie και συν. (2008) κατέγραψαν στην έρευνά τους, σύμφωνα με τα οποία η Ελλάδα φαίνεται να έχει υψηλό ποσοστό εφήβων αγοριών που πίνουν σε εβδομαδιαία βάση, καταλαμβάνοντας μία από τις δύο υψηλότερες θέσεις πανευρωπαϊκά. Το ποσοστό (5%) που αφορά συχνότητα μέθης περισσότερο από 3 φορές οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι **έλληνες έφηβοι πίνουν μεν συχνά αλλά όχι σε μεγάλες ποσότητες.**

Σημαντική είναι η συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την εβδομαδιαία κατανάλωση και μέθη όπως έδειξαν τα δεδομένα που συλλέξαμε. Η διαπίστωση αυτή είναι σύμφωνη με τα συμπεράσματα άλλων ερευνών που ανέφεραν ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία του εφήβου τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος συχνής χρήσης ή μέθης (Tsoumakas et al., 2014; Arvanitidou et al., 2007; Challier et al., 2000; Verdurmen et al., 2005; Gutman et al., 2011; Marshall 2014). Εξαίρεση αποτέλεσε το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι Gatta και συν. (2014) ότι οι νεότεροι έφηβοι είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν κακή χρήση του αλκοόλ. Η μεγαλύτερη επιρροή που δέχονται από τους συνομηλικούς και ο μικρότερος γονεϊκός έλεγχος που παρατηρείται καθώς μεγαλώνει ο έφηβος αποτελεί ίσως μια εξήγηση του ερευνητικού μας αποτελέσματος.

Προηγούμενες διεθνείς έρευνες κατέδειξαν έναν σαφή συσχετισμό μεταξύ του αλκοόλ και της σχολικής επιτυχίας, συνδέοντας την υψηλή κατανάλωση της ουσίας με την χαμηλή επίδοση στα μαθήματα (Karpow et al. 2002; Finn & Hall 2004; Patrick & Schulenberg 2010). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και έρευνα που έγινε στη Κρήτη, σε μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας, σύμφωνα με την οποία οι χρήστες αλκοόλ είχαν ελαφρώς χαμηλότερους βαθμούς από τους μη χρήστες (Koutra et al., 2012). Με τα αποτελέσματα αυτά συμφωνεί και η δική μας μελέτη που έδειξε ότι η συχνή κατανάλωση αλκοόλ και η μέθη σχετίζονται με χαμηλότερη σχολική επίδοση. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Owens και συν. (2008) που έδειξαν ότι οι μαθητές που οι βαθμοί τους αυξάνονταν με έναν γρηγορότερο γραμμικό τρόπο ανέφεραν μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ όσο μεγάλωνε η ηλικία και ο βαθμός. Η υπόθεση που έκαναν για να ερμηνεύσουν το αποτέλεσμα αυτό είναι πως οι γονείς δίνουν περισσότερη ελευθερία στους μαθητές που φέρνουν καλούς βαθμούς, κάποιιοι από τους οποίους τη χρησιμοποιούν για κατανάλωση αλκοόλ. Τη σύνδεση υπερβολικής ελευθερίας στους εφήβους και προβλημάτων συμπεριφοράς που σχετίζονται με το αλκοόλ είχαν επισημάνει οι Goldstein και συν. (2005).

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα για τη σχέση οικονομικής

κατάστασης της οικογένειας και χρήσης αλκοόλ από εφήβους ή νεαρούς ενήλικες. Αρκετές έρευνες εντοπίζουν μια μικρή σημαντικότητα του κοινωνικοοικονομικού παράγοντα στην ανάπτυξη συμπεριφορών κακής χρήσης αλκοόλ. Οι Kuntsche και συν. (2009) ανέφεραν ότι ενώ για τους ενήλικες όσο χαμηλότερο είναι το οικονομικό επίπεδο τόσο περισσότερα είναι τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, για τους εφήβους μπορεί να ισχύει το αντίστροφο, όσο περιορισμένη η πρόσβαση σε οικονομικούς πόρους τόσο λιγότερα είναι τα προβλήματα αυτά. Τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης έδειξαν ότι οι πολλές οικονομικές δυσκολίες σχετίζονται ήπια με τη μέθη ενώ οι μερικές οικονομικές δυσκολίες σχετίζονται σημαντικά και με τις δύο μεταβλητές. Τα αποτελέσματα αυτά διαφοροποιούνται από τα συμπεράσματα έρευνας των Kokkeni και συν. (1991) σε εφήβους 14-18 ετών, σύμφωνα με τα οποία η τακτική κατανάλωση αλκοόλ δεν σχετίζεται με το κοινωνικοοικονομικό στάτους. Η διαφοροποίηση αυτή ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα εκείνης της εποχής ήταν πολύ διαφορετικά απ' αυτά της περιόδου που μελετάμε. Ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όταν υπάρχουν ήπιες οικονομικές δυσκολίες οι έφηβοι βγαίνουν αρκετές φορές και πίνουν συχνά, ενώ όταν οι δυσκολίες αυτές είναι έντονες θα βγουν λιγότερες φορές αλλά θα πουν μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ.

Ο παράγοντας «ανεργία» φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο χρήσης αλκοόλ στους ενήλικους (Henkel, 2011). Στο μαθητικό πληθυσμό όμως, και σε αντίθεση με τους Torikka και συν. (2017) που ανέφεραν ότι η ανεργία των γονιών αυξάνει τις πιθανότητες για συχνή χρήση και μέθη του εφήβου, η έρευνά μας έδειξε ότι ο παράγοντας αυτός λειτουργεί προστατευτικά όσον αφορά τη συχνή χρήση, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες όπως το επίπεδο οικονομικών δυσκολιών. Μια υπόθεση που θα μπορούσαμε να κάνουμε προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε το αποτέλεσμα αυτό, είναι ότι οι γονείς που δεν εργάζονται ενδεχομένως να έχουν αρκετό ελεύθερο χρόνο για να αφιερώσουν στα παιδιά τους και να δημιουργήσουν μια πιο στενή σχέση μαζί τους. Επίσης, η δύσκολη οικονομική κατάσταση των ανέργων γονέων λειτουργεί αποτρεπτικά από το να ξοδεύουν τα παιδιά τους πολλά χρήματα για αγορά και κατανάλωση ποτών. Αξίζει ίσως να αναφέρουμε ότι η ανεργία του πατέρα και όχι της μητέρας αυξάνει ελαφρώς την πιθανότητα μέθης, που όπως φαίνεται όμως, σε μεγάλο βαθμό, διαμεσολαβείται από τα οικονομικά προβλήματα που μπορεί να συνεπάγεται η ανεργία του πατέρα.

Αρκετές είναι οι έρευνες που εντοπίζουν συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των γονέων και την επικίνδυνη χρήση του αλκοόλ από τους εφήβους και τις επιπτώσεις που αυτή μπορεί να έχει (Wills et al., 1995; Humensky 2010; Impinen et al., 2011). Οι Arvanitidou και συν. (2007), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε μαθητές 15 σχολείων της

Θεσσαλονίκης, βρήκαν ότι το μορφωτικό επίπεδο και των δύο γονέων εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ ήταν σημαντικά χαμηλότερο από εκείνων που απείχαν. Σύμφωνα με την δική μας έρευνα, ενώ το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα δε σχετίζεται με την συμπεριφορά του παιδιού όσον αφορά το αλκοόλ, αυτή φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας. Το εύρημα που δείχνει πως όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα το παιδί να κάνει συχνή χρήση αλκοόλ αλλά όχι να μεθύσει, ανεξάρτητα από άλλους οικογενειακούς και οικονομικούς παράγοντες, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι νόρμες που υπάρχουν στις οικογένειες στις οποίες η μητέρα είναι υψηλής μόρφωσης αποτελούν μια πιθανή ερμηνεία του. Περαιτέρω όμως διερεύνηση της σχέσης του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και της χρήσης αλκοόλ από τους Έλληνες εφήβους κρίνεται απαραίτητη.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών που συμπεριέλαβαν τα αδέρφια ως μεταβλητή, μελέτησαν μόνο το κατά πόσο αυτά λειτουργούν ως πρότυπα για την κατανάλωση αλκοόλ. Δεν υπάρχουν έρευνες που μελετούν πώς σχετίζεται ο αριθμός των αδερφών με τη συχνότητα χρήσης αλκοόλ. Οι Brook και συν. (1990) εξέτασαν τη συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση ουσιών από τον μικρότερο αδερφό και τον αριθμό των αδερφών χωρίς να εντοπίσουν σημαντική συσχέτιση. Οι Hellandsjø και συν. (2002) ερεύνησαν τη συσχέτιση της ηλικίας έναρξης κατανάλωσης ποτού με τον αριθμό των αδερφών διαπιστώνοντας ότι η πρόωμη έναρξη συνδέεται με τον αριθμό των μικρότερων αδερφών ενώ η πρόωμη μέθη ήταν θετικά συσχετισμένη με τον αριθμό των μεγαλύτερων αδερφών. Τα δεδομένα της έρευνάς μας καταδεικνύουν μια ήπια προφυλακτική σχέση ανάμεσα στον αριθμό των αδερφών και την επικίνδυνη χρήση του αλκοόλ. Μια υπόθεση που ενδεχομένως στηρίζει το συμπέρασμα αυτό είναι ότι όσο περισσότερα είναι τα αδέρφια τόσο μικρότερο είναι το χαρτζιλίκι που αντιστοιχεί στον καθένα και το οποίο μπορεί να διατεθεί για αγορά αλκοολούχων ποτών. Η θετική επίδραση σε συναισθηματικό επίπεδο που πιθανώς προκαλεί η ύπαρξη αδερφών μπορεί να αποτελεί μια άλλη ερμηνεία του αποτελέσματος (Howe, 2001).

Μία παράμετρος που η έρευνά μας έδειξε ότι επηρεάζει την συμπεριφορά των εφήβων όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, είναι η σχέση τους με τους γονείς. Κακή σχέση με την μητέρα ή τον πατέρα φάνηκε ότι αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους. Συστηματική ανασκόπηση 28 διαχρονικών μελετών που έκαναν οι Visser και συν. (2012) σχετικά με την σχέση γονέων - παιδιών και τη χρήση αλκοόλ στην εφηβική ηλικία, έδειξε αντικρουόμενα συμπεράσματα: κάποιες μελέτες επισήμαναν μια αρνητική συσχέτιση ενώ οι περισσότερες όχι. Οι Gutman και συν. (2011) σε μια πιο πρόσφατη μελέτη, σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας,

υποστηρίζουν σαφώς ότι οι αρνητικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις σχετίζονται με αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ από τους εφήβους και με μακροχρόνια εμπλοκή τους με την χρήση των ουσιών αυτών. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται δικαιολογημένα αν τα δει κανείς υπό το πρίσμα της θεωρίας που λέει ότι η επικίνδυνη χρήση αλκοόλ μπορεί να είναι αποτέλεσμα των κακών ενδοοικογενειακών σχέσεων και ότι όταν οι σχέσεις με τους γονείς είναι διαταραγμένες είναι περισσότερο πιθανό ο έφηβος να ενταχθεί σε επικίνδυνες παρέες συνομηλίκων που ενδεχομένως κάνουν κακή χρήση (Goldstein et al., 2005; Bray et al., 2011; Lloyd – Richardson et al., 2011).

Στη χώρα μας έρευνες που μελετούν τη συννοσηρότητα της χρήσης αλκοόλ με ψυχιατρικές διαταραχές έχουν γίνει σε ενήλικο πληθυσμό αλλά όχι σε εφήβους. Μελέτες σε εφήβους του εξωτερικού έδειξαν συσχετισμό ανάμεσα στο αλκοόλ και την κατάθλιψη ή/και τις αγχώδεις διαταραχές (Rohde et al., 1996; Fidalgo et al. 2008; Hägglöf et al., 2015). Οι Verdurmen και συν. (2005) ανέφεραν ότι στη δική τους έρευνα η συσχέτιση αυτή δεν εντοπίστηκε στο σύνολο των εφήβων 12-16 ετών παρά μόνο μεταξύ των νεαρών εφήβων. Η μελέτη μας καταδεικνύει ένα ισχυρό συσχετισμό της συχνής κατανάλωσης αλλά και της μέθης με τις ψυχικές αυτές διαταραχές ενισχύοντας τη άποψη της πλειοψηφίας των ερευνών. Για την αιτιολογική σχέση αλκοόλ και ψυχικών διαταραχών οι γνώμες δίστανται, με αναφορές που παρουσιάζουν την κατάθλιψη ως παράγοντα που αυξάνει τον κίνδυνο κακής χρήσης του αλκοόλ και άλλες που δείχνουν ότι το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη (Zucker et al. 1995; Schuckit et al., 1997; Fidalgo et al., 2008). Σε κάθε περίπτωση, όταν ένας έφηβος κάνει συχνή χρήση αλκοόλ θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο συνύπαρξης και άλλων προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Τα δεδομένα μας έδειξαν ισχυρή συσχέτιση του καπνίσματος με συχνή και υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, επιβεβαιώνοντας την αρχική υπόθεση. Το συμπέρασμα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα ερευνών που διενεργήθηκαν σε άλλες χώρες αλλά και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας. Έρευνα που διεξήχθη το 2004 στη Θεσσαλονίκη και αφορούσε 1.185 μαθητές έδειξε ότι η μοναδική μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με το αλκοόλ είναι το κάπνισμα (Arvanitidou et al., 2007). Μεταγενέστερη έρευνα σε μαθητές σχολείων της Κρήτης κατέδειξε επίσης έναν ισχυρό συσχετισμό ανάμεσα στον πειραματισμό με το τσιγάρο και την κατανάλωση αλκοόλης (Tsiligianni et al., 2012).

6.3. Περιορισμοί

Η μελέτη μας αφορά συγχρονική έρευνα, γεγονός που θέτει τον περιορισμό ότι δεν υπάρχει σαφής γνώση της κατεύθυνσης της αιτιολογικής σχέσης για κάποιες από τις συσχετίσεις που εντοπίζονται (π.χ. για τις συσχετίσεις με την ψυχιατρική νοσηρότητα, την

επίδοση και τη σχέση με τους γονείς).

Τα δεδομένα είναι αντιπροσωπευτικά για εφήβους που φοιτούν σε σχολείο. Έφηβοι όμως που εγκαταλείπουν εντελώς το σχολείο ή το εγκαταλείπουν για ένα διάστημα και επανέρχονται – ένας πληθυσμός που είναι πιο πιθανό να πίνει - δε συμπεριλήφθηκαν στην έρευνά μας. Επίσης, το δείγμα των μαθητών αφορούσε όσους φοιτούσαν σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης αλλά όχι κι εκείνους που φοιτούσαν σε τεχνικά ή άλλου τύπου σχολεία.

Ένας άλλος περιορισμός αυτής της μελέτης είναι ότι τα δεδομένα προέρχονται από αυτοαναφορά. Για το λόγο αυτό οι απαντήσεις σχετικά με την χρήση κάνναβης ή αλκοόλ ενδέχεται, ως ένα βαθμό, να μην είναι ακριβείς καθώς η χρήση τους μπορεί να είναι παράνομη, να μη τη γνωρίζουν οι γονείς ή οι έφηβοι να θεωρούν ότι τους στιγματίζει. Επίσης, το επαγγελματικό στάτους των γονιών μπορεί να μην έχει ταξινομηθεί σωστά, αν και αυτή η πιθανώς λανθασμένη ταξινόμηση αναμένεται να είναι τυχαία. Επιπλέον, η ερώτηση για την επαγγελματική κατάσταση των γονέων δεν περιελάμβανε πληροφορία για συγκεκριμένο επάγγελμα με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή μια επίσημη ταξινόμηση «επαγγελματικού στάτους».

Ωστόσο, η εξασφάλιση της ανωνυμίας και η διαχείριση της όλης διαδικασίας συλλογής δεδομένων, συμβάλει στη δημιουργία αξιόπιστων και έγκυρων αποτελεσμάτων. Ανεξάρτητα απ' αυτούς τους περιορισμούς, τα δεδομένα υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της συνεχούς παρακολούθησης των τάσεων χρήσης ουσιών των εφήβων. Επιπλέον, υποδεικνύουν την αναγκαιότητα της διατήρησης και περαιτέρω επέκτασης των μέτρων ελέγχου και παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας για τον περιορισμό της χρήσης.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ελλάδα είναι μια χώρα με επιτρεπτικά κοινωνικά πρότυπα για το αλκοόλ, το οποίο χρησιμοποιείται κυρίως στην καθημερινή ζωή ως μέρος της διατροφής παρά ως μια ουσία που λαμβάνεται με σκοπό τη μέθη τα Σαββατοκύριακα, κάτι που είναι συνηθέστερο στους εφήβους της Βόρειας Ευρώπης (Hibell, 2012; ESPAD, 2015). Οι επιδημιολογικές συσχετίσεις των προβλημάτων που αφορούν τη λήψη αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί να είναι διαφορετικές για κάθε πολιτισμό. Γι' αυτό, η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης που βασίζονται σε επιδημιολογικά δεδομένα που λαμβάνονται από κοινωνίες με διαφορετικούς κανόνες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ, μπορεί να μην είναι αποτελεσματική.

Τα υψηλά ποσοστά εφήβων που καταναλώνουν αλκοόλ όπως τα κατέγραψε η έρευνά μας, δείχνουν ότι η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας μεταξύ μαθητών αποτελεί ένα

σημαντικό πρόβλημα της Ελληνικής κοινωνίας. Λαμβάνοντας υπόψη τις αρνητικές συνέπειες που ακολουθούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, κρίνεται αναγκαία η λήψη μέτρων για τον περιορισμό της. Η ισχυρή σχέση με ψυχικές παθήσεις και η συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας απ' όσους κάνουν κακή χρήση αλκοόλ όπως φάνηκε από την μελέτη μας, ενισχύουν την άποψη αυτή. Εκτός από τους ειδικούς υγείας και τους εκπαιδευτικούς, οι γονείς μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο προς την κατεύθυνση αυτή καθώς η σχέση με τα παιδιά τους φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις συνήθειές τους σε σχέση με το αλκοόλ.

Η εξέταση των συσχετίσεων που μπορεί να παρουσιάσει η επικίνδυνη κατανάλωση οινοπνεύματος στην εφηβεία, βοηθάει στην ανάπτυξη πιο εστιασμένων στρατηγικών πρόληψης. Με βάση τα αποτελέσματά μας, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους εφήβους που έχουν κακή επικοινωνία με τους γονείς, που προέρχονται από οικογένειες με επιτρεπτικούς κανόνες σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος ή χαλαρό γονικό έλεγχο, και εφήβους που καπνίζουν, πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας ή χρησιμοποιούν συχνά υπηρεσίες υγείας. Οι έφηβοι από οικογένειες με ήπιες ή έντονες οικονομικές δυσκολίες επίσης, πρέπει να αποτελέσουν ομάδα στόχο για οργανωμένες παρεμβάσεις πρόληψης. Οι όποιες στρατηγικές παρέμβασης θα πρέπει να εφαρμόζονται προσαρμοσμένες ανά φύλο και ηλικία καθώς φαίνεται ότι η συμπεριφορά διαφοροποιείται με βάση αυτούς τους δύο παράγοντες.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι χρήσιμα για σύγκριση με δεδομένα που σχετίζονται με χρήση αλκοόλ σε πληθυσμό εφήβων από άλλες περιοχές της Ελλάδας ή άλλες χώρες της Μεσογείου που παρουσιάζουν παρόμοια ή διαφορετικά πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η σύγκριση τους με δεδομένα που λάβαμε 8 χρόνια μετά την αρχική συλλογή (τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια), κατά την περίοδο δηλαδή της κρίσης ή και με δεδομένα που θα μπορούσαν να ληφθούν αργότερα μετά το τέλος της, δίνοντάς μας ενδεχομένως χρήσιμα στοιχεία για το πως η κοινωνικοοικονομική κρίση επηρεάζει τη συμπεριφορά αυτή των εφήβων.

8. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ (2016)

Στόχος της νέας έρευνας ήταν να καταγραφεί ο επιπολασμός αλλά και να διερευνηθούν συσχετίσεις αντίστοιχες με αυτές της έρευνας του 2008. Τα νέα δεδομένα που λαμβάνονται εν μέσω της οικονομικής κρίσης, εκτός από την αποτύπωση της σύγχρονης κατάστασης, μπορούν να συγκριθούν με εκείνα που ελήφθησαν πριν την έναρξή της, δίνοντας ενδεχομένως ενδιαφέροντα στοιχεία για το πώς αλλαγές στο οικονομικό μακροπεριβάλλον μιας χώρας επηρεάζουν τη χρήση του αλκοόλ στους

εφήβους.

Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι οικονομικές κρίσεις μπορεί να προκαλέσουν αύξηση των διαταραχών ψυχικής υγείας και αύξηση της αποχής, καθώς και της έντονης χρήσης αλκοόλ στον πληθυσμό ενηλίκων (Bor et al., 2013; Economou et al., 2013; Mulia et al., 2014). Αυτές οι αλλαγές ενδέχεται να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο το αλκοόλ χρησιμοποιείται από τον πληθυσμό και κατά συνέπεια τις συσχετίσεις των Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ (ΔΧΑ) με ψυχοκοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες και διαταραχές ψυχικής υγείας. Τα στοιχεία για τον εφηβικό πληθυσμό είναι σπάνια αν και κρίσιμα, με δεδομένο ότι τα ποσοστά κινδύνου για την εμφάνιση ΔΧΑ αυξάνονται με γρήγορο ρυθμό κατά την εφηβική ηλικία και φτάνουν στο υψηλότερο επίπεδο κατά τη διάρκεια της πρώιμης εφηβείας (Hasin et al., 2007). Επομένως, η επιδημιολογική εκτίμηση της χρήσης οινοπνεύματος στην εφηβεία θα ήταν πολύ χρήσιμη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης, ιδίως σε χώρες όπως η Ελλάδα που διανύει περίοδο οικονομικής ύφεσης και κατά συνέπεια οι διαθέσιμοι πόροι πρόληψης είναι λιγότεροι.

9. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

9.1. Σχεδιασμός Μελέτης 2016 – Δειγματοληψία

Η έρευνα διενεργήθηκε σε λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων. Η επιλογή της συγκεκριμένης περιοχής έγινε λόγω της άμεσης προσβασιμότητας της από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που ανέλαβε την υλοποίηση της έρευνας. Ο συνολικός αριθμός των σχολείων που έλαβαν μέρος ήταν 7 και ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 507 μαθητές ηλικίας 16-18 ετών.

Για την διεξαγωγή της έρευνας ανανεώθηκε η άδεια που είχε ληφθεί για την αρχική λήψη δεδομένων του 2008. Απαραίτητη ήταν και η έγκριση των διευθυντών και των συλλόγων διδασκόντων του κάθε σχολείου ενώ ζητήθηκε και η έγγραφη συναίνεση των κηδεμόνων για συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα. Ακολουθήθηκε η λογική της αρχικής έρευνας, δηλαδή πριν την έναρξη της συλλογής δεδομένων έγινε σχετική ενημέρωση των μαθητών για τους στόχους της μελέτης αλλά και γενικότερα για θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Στην έρευνα προσκλήθηκε το σύνολο των μαθητών των σχολείων που επιλέχθηκαν να συμμετέχουν ενώ δεν αναζητήθηκαν οι μαθητές που απουσίαζαν.

Η συλλογή των δεδομένων έλαβε χώρα στο διάστημα από Ιανουάριο μέχρι Μάιο 2016. Όλοι οι μαθητές συμπλήρωσαν στην τάξη ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε:

- κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές
- συνοπτική αξιολόγηση που εκτιμά η ψυχιατρική συνέντευξη «Clinical Interview Schedule revised (CIS-R)». Για την συνοπτική αυτή αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις διαλογής από κάθε ενότητα συμπτωμάτων που διερευνά η πλήρης συνέντευξη (για την απλοποίηση του ερωτηματολογίου εξαιρέθηκαν οι ενότητες που αφορούσαν σωματικά συμπτώματα, καταθλιπτικές ιδέες και πανικό). Διαμορφώθηκε έτσι ένα ερωτηματολόγιο 16 ερωτήσεων που καταγράφει την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων κατά τον περασμένο μήνα (ολόκληρο το ερωτηματολόγιο στο παράρτημα).
- τμήμα που αφορούσε ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ, καπνού και ουσιών.

Ουσιαστικά χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο διαλογής της αρχικής έρευνας του 2008 στο οποίο προστέθηκαν ερωτήσεις για το αλκοόλ, το τσιγάρο και κοινές ναρκωτικές ουσίες.

10. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

10.1. Περιγραφή του δείγματος

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Από το δείγμα των 507 μαθητών, τα κορίτσια ήταν λίγο περισσότερα από τα αγόρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μαθητές/τριες που φοιτούσαν στη Α΄ Λυκείου με πολύ καλή σχολική επίδοση. Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων ζουν σε οικογένειες με παντρεμένους γονείς και λίγο περισσότεροι από τους μισούς είχαν έναν/μία αδερφό/ή. Η πλειονότητα των γονέων ήταν δημόσιοι υπάλληλοι και απόφοιτοι Λυκείου ή ΑΕΙ ενώ για την οικονομική τους κατάσταση η πλειοψηφία των μαθητών ανέφερε πως οι οικογένειές τους αντιμετώπιζαν λίγες οικονομικές δυσκολίες.

Πίνακας 6: Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές	(n=507)
Φύλο	
Αγόρια	236 (47%)
Κορίτσια	271 (53%)
Ηλικία	
≤16	326 (64%)
17	166 (33%)
≥18	15 (3%)

Οικογενειακή κατάσταση	
Γονείς παντρεμένοι	436 (86%)
Γονείς χωρισμένοι/σε διάσταση	47 (9%)
Χήρος/α	14 (3%)
Απών/ούσα	10 (2%)
Ηλικία Πατέρα	
Ηλικία Μητέρας	50,4 (4,9)
Αριθμός Αδερφιών	
0	45 (9%)
1	268 (53%)
2	142 (28%)
≥3	52 (10%)
Επάγγελμα πατέρα	
Δημόσιος Υπάλληλος	160 (32%)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	123 (24%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	130 (26%)
Συνταξιούχος	44 (9%)
Άνεργος	28 (5%)
Άλλο	22 (4%)
Επάγγελμα Μητέρας	
Δημόσιος Υπάλληλος	184 (36%)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	104 (21%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	58 (11%)
Συνταξιούχος	27 (5%)
Άνεργη	48 (10%)
Οικιακά	70 (14%)
Άλλο	16 (3%)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	
Δημοτικό (< 7 χρόνια)	32 (6%)
Γυμνάσιο (7-11 χρόνια)	74 (15%)
Λύκειο (12 χρόνια)	177 (35%)
ΤΕΙ	63 (12%)
ΑΕΙ	160 (31%)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	
Δημοτικό (< 7 χρόνια)	20 (4%)
Γυμνάσιο (7-11 χρόνια)	46 (9%)
Λύκειο (12 χρόνια)	167 (33%)
ΤΕΙ	105 (21%)
ΑΕΙ	169 (33%)
Οικονομικές Δυσκολίες (οικογένεια)	
Καθόλου	80 (16%)
Λίγες	313 (62%)
Αρκετές	94 (18%)
Πολλές	20 (4%)
Σχολική επίδοση	
Άριστη	53 (10%)
Πολύ καλή	197 (39%)
Καλή	152 (30%)
Μέτρια	105 (21%)

10.2. Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

Στον πίνακα 7 καταγράφεται η συχνότητα χρήσης αλκοόλ με βάση το φύλο και το είδος του ποτού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των μαθητών πίνει αλλά δε μεθά. Οι μαθητές και σ' αυτή την έρευνά μας δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στα

ελαφριά αλκοολούχα ποτά παρά στα αποσταγμένα. Τα αγόρια και τα κορίτσια παρουσιάζουν ομοιότητες στη συμπεριφορά χρήσης. Πιο συγκεκριμένα, και τα δύο φύλα ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι πίνουν μύρα ή κρασί μια φορά το μήνα ή λιγότερο ενώ για τα αποσταγμένα οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν έχουν πει ποτέ. Η πλειοψηφία τόσο των μαθητών όσο και των μαθητριών ανέφεραν επίσης ότι δεν έχουν μεθύσει καμία φορά στη ζωή τους.

Συγκρίνοντας τα δύο φύλα, διαπιστώνεται ότι τα αγόρια είναι πιο συχνόι πότες, ανεξαρτήτως είδους ποτού, με ποσοστό 37.71% έναντι 24.35% των κοριτσιών. Ταυτόχρονα, εμφανίζουν αισθητά μεγαλύτερο ποσοστό (12.71%) όσον αφορά τη συχνή μέθη (>3 φορές) σε σχέση με τα κορίτσια (3.32%), τα οποία προπορεύονται στην αποχή τόσο από την απλή λήψη αλκοόλ (24.35% vs 22.03%) όσο, και κυρίως, από τη μέθη (72.69% vs 66.10%).

Αναφορικά με τη κατανάλωση κρασιού ή μύρας η πιο συχνή απάντηση που δόθηκε από τους μαθητές ήταν «μια φορά το μήνα ή λιγότερο» (αγόρια: 42.37% vs κορίτσια: 50.92%) με ένα σημαντικό όμως ποσοστό κυρίως αγοριών (32.63%) να δηλώνει ότι πίνει σε εβδομαδιαία βάση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών ήταν αρκετά μικρότερο (19.19%).

Για τα αποσταγμένα, παρά το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων ανέφερε ότι δεν ήπια ποτέ, ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι κάνει ήπια χρήση, με τα κορίτσια σ' αυτή την κατηγορία να υπερτερούν (κορίτσια 43.17% vs αγόρια 35.59%). Δεν είναι αμελητέο και το ποσοστό των αγοριών (22.88%) που κάνουν συχνή χρήση αυτής της κατηγορίας αλκοολούχων ποτών, ποσοστό που είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο των κοριτσιών (12.55%).

Οι περισσότεροι μαθητές δεν έχουν βιώσει την εμπειρία της μέθης. Απ' όσους έχουν μεθύσει, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι συνέβη μόνο μία φορά στη ζωή τους (15.98%). Η συχνή μέθη συνολικά εντοπίζεται σε μικρότερο αριθμό εφήβων. Όσον αφορά τα δύο φύλα, τα ποσοστά των αγοριών που μεθούν με μεγάλη συχνότητα (>3 φορές) είναι υψηλότερα από αυτά των κοριτσιών (12.71% vs 3.32%) ενώ στην ήπια συχνότητα μέθης (2-3 φορές) προπορεύονται τα κορίτσια (5.93% vs 7.38%).

Πίνακας 7: Συχνότητα χρήσης αλκοόλ σε 16-18 χρονών εφήβους στην Ελλάδα με βάση το φύλο και το είδος του ποτού (N=507)

	Αγόρια	Κορίτσια	Σύνολο
	N ¹ (%) (95% CI ²)	N ¹ (%) (95% CI ²)	N ¹ (%) (95% CI ²)
Μπύρα ή κρασί			
<i>Ποτέ</i>	59 (25%) (19.43%-30.56%)	81 (29.89%) (24.40% -35.37%)	140 (27.61%) (23.71% -31.52%)
<i>Μια φορά το μήνα ή λιγότερο</i>	100 (42.37%) (36.02% -48.72%)	138 (50.92%) (44.93% -56.91%)	238 (46.94%) (42.58% -51.30%)
<i>Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα</i>	77 (32.63%) (26.60% -38.65%)	52 (19.19%) (14.47% -23.90%)	129 (25.44%) (21.64% -29.25%)
Αποσταγμένα			
<i>Ποτέ</i>	98 (41.53 %) (35.19% - 47.86 %)	120 (44.28%) (38.33% -50.23%)	218 (43%) (38.67%- 47.32%)
<i>Μια φορά το μήνα ή λιγότερο</i>	84 (35.59%) (29.44%-41.75%)	117 (43.17%) (37.24% -49.11%)	201 (39.6%) (35.37%- 43.92%)
<i>Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα</i>	54 (22.88%) (17.48% -28.28%)	34 (12.55%) (8.58%-16.51%)	88 (17.4%) (14.05% -20.66%)
Οποιοσδήποτε τύπος αλκοόλ			
<i>Ποτέ</i>	52 (22.03%) (16.71% -27.36%)	66 (24.35%) (19.21% -29.50%)	118 (23.27%) (19.58% -26.96%)
<i>Μια φορά το μήνα ή λιγότερο</i>	95 (40.25%) (33.95% -46.56%)	139 (51.29%) (45.30% -57.28%)	234 (46.15%) (41.80% -50.51%)
<i>Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα</i>	89 (37.71%) (31.48%-43.94%)	66 (24.35%) (19.21% -29.50%)	155 (30.5%) (26.55% -34.59%)
Μέθη			
<i>Ποτέ</i>	156 (66.10%) (60.02% -72.18%)	197 (72.69%) (67.35% -78.03%)	353 (69.63%) (65.61% -73.64%)
<i>Μία φορά</i>	36 (15.25%) (10.63% -19.87%)	45 (16.61%) (12.15% -21.06%)	81 (15.98%) (12.78% -19.18%)
<i>2-3 φορές</i>	14 (5.93%) (02.90% -08.97%)	20 (7.38%) (04.25% -10.51%)	34 (6.71%) (04.52% -08.89%)
<i>>3 φορές</i>	30 (12.71%) (08.43% -16.99%)	9 (3.32%) (01.17% -05.47%)	39 (7.69%) (05.36%-10.02%)

¹ Αριθμός Συμμετεχόντων, τα ποσοστά εκτιμήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη τη διαδικασία τυχαίας στρωματοποίησης δείγματος. ²CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“Confidence Interval”). p<0.05, (ANOVA-test)

10.3. Συσχετίσεις

Στους πίνακες 8 & 9 περιγράφονται οι λόγοι πιθανοτήτων (Odds ratios) και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τη συσχέτιση των κοινωνικοδημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, της ψυχιατρικής νοσηρότητας και της χρήση ουσιών με: 1) την συχνή χρήση αλκοόλ (πίνακας 8) και 2) την περισσότερο από μία φορά μέθη (πίνακας 9). Οι λόγοι των πιθανοτήτων για τη χρήση και τη μέθη παρουσιάζονται σε 5 μοντέλα:

1^ο μοντέλο: στάθμιση κατά φύλο και ηλικία.

2^ο μοντέλο: στάθμιση κατά φύλο, ηλικία, και όλους τους κοινωνικοοικονομικούς-κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες.

3^ο μοντέλο: στάθμιση κατά φύλο, ηλικία, όλους τους κοινωνικοοικονομικούς-

κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και τη ψυχιατρική νοσηρότητα.

4^ο μοντέλο: στάθμιση κατά φύλο, ηλικία, όλους τους κοινωνικοοικονομικούς-κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και τη χρήση ουσιών.

5^ο μοντέλο: στάθμιση για όλους τους παραπάνω παράγοντες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν, όπως και στην έρευνα του 2008, ότι η συχνότητα ήταν μεγαλύτερη για τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια και για τις δύο μεταβλητές. Επίσης φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος κυρίως για τη μέθη. Πιο συγκεκριμένα, οι μαθητές της Β΄ τάξης έχουν διπλάσιες πιθανότητες να μεθύσουν ενώ ο κίνδυνος σχεδόν πενταπλασιάζεται για τους μαθητές της Γ΄ τάξης. Η ψυχιατρική νοσηρότητα δε φαίνεται να επηρεάζει αυτές τις συσχετίσεις, σε αντίθεση με τη χρήση ουσιών που η συμπερίληψη της στο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης αυξάνει αισθητά τον υπολογιζόμενο κίνδυνο.

Τα δεδομένα μας δείχνουν πως οι καλοί, πολύ καλοί και άριστοι μαθητές έχουν σημαντικά μικρότερες πιθανότητες να μεθύσουν σε σχέση με τους μέτριους μαθητές. Ήπια συσχέτιση της σχολικής επίδοσης εντοπίζεται και με τη συχνή χρήση, η οποία μειώνεται γραμμικά όσο αυξάνεται η επίδοση, με τους μαθητές που αναφέρουν μέτριες σχολικές επιδόσεις να βρίσκονται σε μεγαλύτερο ρίσκο.

Όσον αφορά τα επαγγέλματα των γονέων δε φαίνεται να σχετίζονται με ανάπτυξη προβλημάτων χρήσης αλκοόλ από τα παιδιά τους. Εξαίρεση αποτελούν η απασχόληση του πατέρα ως ιδιωτικού υπαλλήλου που αυξάνει την πιθανότητα συχνής χρήσης, με τον κίνδυνο να μεγαλώνει ακόμα περισσότερο όταν συνυπολογίζονται στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης και οι μεταβλητές χρήσης ουσιών από το μαθητή, καθώς και η απασχόληση της μητέρας με τα οικιακά που αυξάνει κατά 2,5 φορές την πιθανότητα μέθης, κυρίως όταν συνυπολογίζεται και η ψυχιατρική νοσηρότητα του μαθητή. Η απασχόληση στο δημόσιο και η ανεργία των γονέων φαίνεται να σχετίζονται με μικρότερο κίνδυνο εβδομαδιαίας χρήσης ή μέθης.

Μελετώντας το μορφωτικό επίπεδο των γονέων παρατηρείται μια ήπια προστατευτική σχέση του υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου του πατέρα και με τις δύο μεταβλητές λήψης αλκοόλ. Αντίθετα, όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για συχνή χρήση χωρίς όμως η συσχέτιση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Μόνο η πανεπιστημιακή εκπαίδευση του πατέρα φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με μικρότερη πιθανότητα ανάπτυξης συμπεριφοράς μέθης ενώ αν συνυπολογίσουμε τη χρήση ουσιών, οι μαθητές που η μητέρα τους έχει εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου κινδυνεύουν περισσότερο να μεθύσουν.

Η μέτρια/κακή σχέση με τον πατέρα σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με την

πιθανότητα συχνής χρήσης αλκοόλ διπλασιάζοντας τον κίνδυνο σε σύγκριση με την ύπαρξη καλή σχέσης με τον πατέρα, κίνδυνος ο οποίος αυξάνεται στο τετραπλάσιο όταν συνυπάρχει και χρήση ουσιών από το μαθητή. Οι έχοντες μέτρια/κακή σχέση με τον πατέρα ή τη μητέρα αν και έχουν διπλάσιες πιθανότητες να μεθύσουν, οι λόγοι των αναλογιών παύουν να είναι στατιστικά σημαντικοί όταν ληφθούν υπόψη και οι υπόλοιποι παράγοντες.

Από τη μελέτη της σχέσης της οικογενειακής κατάστασης, του αριθμού των αδερφών και των οικονομικών δυσκολιών με τη συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ των εφήβων, δεν προκύπτει ισχυρή συσχέτιση των παραγόντων αυτών. Εξαίρεση αποτελεί το διαζύγιο των γονέων όταν συνυπολογίζεται και η παράμετρος χρήσης ουσιών του μαθητή, που σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με μειωμένη πιθανότητα συχνής χρήσης αλκοόλ.

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία που οι έφηβοι ξεκινούν το ποτό ή το κάπνισμα τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για προβληματική χρήση αλκοόλ. Η πλήρης αποχή από το κάπνισμα είναι ένας ισχυρός προστατευτικός δείκτης για κατανάλωση αλκοόλ, ενώ όσο αυξάνεται η συχνότητα καπνίσματος αντίστοιχα αυξάνεται η συχνή χρήση και η πιθανότητα μέθης. Το κάπνισμα και των δύο γονέων φαίνεται να σχετίζεται ήπια με αυξημένη πιθανότητα μέθης των παιδιών. Επίσης, σε αυξημένο κίνδυνο κυρίως για μέθη βρίσκονται οι μαθητές που έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους.

Ισχυρή, ανεξάρτητη και γραμμική είναι η συσχέτιση της ψυχιατρικής παθολογίας με τη συχνή χρήση. Γραμμική σχέση εντοπίζεται και με την πιθανότητα μέθης, σχέση η οποία όμως εξασθενεί στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα έδειξε ότι οι μαθητές που το σκορ συμπτωμάτων που αναφέρουν είναι 6-9 έχουν 26% περισσότερες πιθανότητες να πίνουν συχνά και 27% περισσότερες πιθανότητες να μεθούν σε σχέση με όσους αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα, αποτελέσματα όμως που δεν είναι στατιστικά σημαντικά. Εκείνοι που φαίνεται να πίνουν πιο συχνά είναι όσοι έχουν σκορ συμπτωμάτων 10-12 [1.91 (1.12-3.26)] και κυρίως όσοι έχουν 13-16 [3.35 (1.55-7.23)] οι οποίοι εμφανίζουν τα πιο υψηλά ποσοστά επικινδυνότητας και όσον αφορά τη μέθη [3.60 (1.40-9.24)]. Επιβεβαιώνεται δηλαδή ο συσχετισμός της συχνότητας και της επικίνδυνης χρήσης αλκοόλ με την ψυχιατρική συμπτωματολογία, κάτι που μας οδηγεί στην υπόθεση της «αυτοθεραπείας» για την οποία θα αναφερθούμε στο επόμενο κεφάλαιο.

Τα δεδομένα μας επίσης καταδεικνύουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ χρήσης αλκοόλ και καπνίσματος. Πιο συγκεκριμένα, όσοι δοκίμασαν τσιγάρο χωρίς να γίνουν τακτικοί καπνιστές έχουν τριπλάσιες πιθανότητες [3.22 (1.93-5.38)] να πίνουν εβδομαδιαίως σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Αντίστοιχες είναι οι πιθανότητες και όσων καπνίζουν λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα [3.78 (1.46-9.79)] ενώ ο κίνδυνος

αυξάνεται κατά 12 φορές για όσους καπνίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα. Το να μην έχει καπνίσει ποτέ κάποιος φαίνεται να είναι ισχυρός προστατευτικός παράγοντας για κατανάλωση αλκοόλ.

Στατιστικά σημαντική είναι και η συσχέτιση της χρήσης κάνναβης με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση φάνηκε πως οι έφηβοι που έχουν κάνει χρήση κάνναβης έστω και μια φορά στη ζωή τους έχουν σχεδόν δεκαπλάσιες πιθανότητες να καταναλώσουν αλκοόλ με τις πιθανότητες να πολλαπλασιάζονται όσον αφορά τον κίνδυνο μέθης. Η σχέση όμως αυτή εξασθενεί για τη συχνή χρήση όταν λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες, ενώ παραμένει στατιστικά σημαντική για τη μέθη παρά το γεγονός ότι ο κίνδυνος παρουσιάζεται ελαφρώς μειωμένος. Το γεγονός ότι οι λόγοι των αναλογιών μειώνονται ελάχιστα όταν συνυπολογίζεται το CISR-score υποδεικνύει ουσιαστικά ότι η σχέση αλκοόλ και κάνναβης δεν επηρεάζεται από την ψυχιατρική νοσηρότητα του ατόμου.

Πίνακας 8: Συσχετισμοί της συχνής χρήσης αλκοόλ σε Έλληνες εφήβους 16-18 χρονών (N=507)

	Συχνή Χρήση Αλκοόλ				
	Crude OR ¹ (95% CI ²)	Adjusted OR ³ (95% CI ³)	Adjusted OR ⁴ (95% CI ³)	Adjusted OR ⁵ (95% CI ³)	Adjusted OR ⁶ (95% CI ³)
Κορίτσια	0.54 (0.37-0.80)	0.55 (0.36-0.85)	0.47 (0.30-0.73)	0.61 (0.37-1.02)	0.55 (0.33-0.94)
Ηλικία					
16	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
17	1.73 (1.15-2.58)	2.02 (1.29- 3.16)	1.96 (1.24-3.08)	1.79 (1.03-3.11)	1.78 (1.01-3.11)
18	1.68 (0.53-5.34)	1.83 (0.53- 6.35)	1.57 (0.44-5.61)	2.00 (0.47-8.40)	1.80 (0.43-7.57)
Γονείς (οικογενειακή κατάσταση)					
Παντρεμένοι	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Χωρισμένοι/Σε διάσταση	0.79 (0.42-1.50)	0.57 (0.23-1.22)	0.57 (0.26-1.24)	0.34 (0.14-0.83)	0.32 (0.12-0.81)
Χήλος/χήρα	1.35 (0.45-4.04)	1.81 (0.08-38.26)	1.65 (0.08-32.85)	0.50 (0.02-11.41)	0.44 (0.02-10.51)
Αριθμός Αδερφών					
Κανένα	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ένα	0.89 (0.44-1.81)	0.70 (0.32-1.54)	0.70 (0.32-1.52)	0.67 (0.27-1.66)	0.65 (0.26-1.60)
Δύο	1.25 (0.59-2.63)	1.12 (0.49-2.53)	1.12 (0.49-2.54)	1.14 (0.44-2.98)	1.09 (0.42-2.85)
Τρία ή περισσότερα	1.20 (0.49-2.89)	1.21 (0.46-3.18)	1.29 (0.49-3.39)	0.67 (0.21-2.09)	0.69 (0.22-2.16)
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα					
Δημοτικού	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνασίου	0.90 (0.37-2.22)	0.88 (0.33-2.33)	0.80 (0.29-2.17)	1.02 (0.33-3.19)	0.92 (0.29-2.93)
Λυκείου	0.84 (0.37-1.92)	0.69 (0.28-1.73)	0.62 (0.24-1.58)	0.86 (0.30-2.47)	0.75 (0.25-2.20)
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	0.87 (0.34-2.22)	0.72 (0.25-2.07)	0.62 (0.21-1.83)	0.79 (0.23-2.70)	0.65 (0.18-2.31)
Πανεπιστημίου (ΑΕΙ)	0.88 (0.38-2.01)	0.80 (0.30-2.11)	0.75 (0.28-2.03)	1.20 (0.39- 3.74)	1.14 (0.36-3.59)
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας					
Δημοτικού	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνασίου	0.66 (0.20-2.17)	0.68 (0.19-2.45)	0.79 (0.21-2.97)	0.83 (0.18-3.86)	0.92 (0.19-4.37)
Λυκείου	0.78 (0.28-2.20)	0.93 (0.29-3.02)	1.12 (0.33-3.76)	1.18 (0.29-4.76)	1.41 (0.34-5.79)
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	1.36 (0.47-3.90)	1.88 (0.55-6.43)	2.31 (0.65-8.29)	2.52 (0.57-11.02)	3.15 (0.70-14.23)
Πανεπιστημίου (ΑΕΙ)	1.41 (0.91-2.17)	1.29 (0.37-4.44)	1.64 (0.45-5.94)	1.54 (0.35-6.72)	1.94 (0.44-8.68)

Επάγγελματική κατάσταση Πατέρα

Δημόσιος Υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.69 (1.00-2.85)	1.63 (0.91-2.94)	1.56 (0.86-2.84)	1.97 (0.99-3.89)	1.87 (0.94-3.74)
Αυτο-απασχολούμενος	1.63 (0.97-2.74)	1.52 (0.82-2.82)	1.46 (0.78-2.75)	1.40 (0.68-2.87)	1.35 (0.65-2.80)
Συνταξιούχος/Αδυνατεί να εργασθεί	1.28 (0.62-2.66)	1.28 (0.56-2.89)	1.07 (0.46-2.49)	0.86 (0.34-2.22)	0.71 (0.27-1.90)
Ανεργος	1.13 (0.44-2.93)	0.93 (0.51-8.58)	0.91(0.29-2.80)	1.11 (0.27-4.49)	1.10 (0.27-4.55)
Άλλο	1.67 (0.57-4.90)	2.11 (0.52-8.58)	2.02 (0.50-8.24)	1.68 (0.37-7.49)	1.56 (0.34-7.09)

Επαγγελματική κατάσταση Μητέρας

Δημόσιος Υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.29 (0.76-2.18)	1.47 (0.79-2.73)	1.52 (0.81-2.85)	1.14 (0.55-2.35)	1.14 (0.55-2.36)
Αυτο-απασχολούμενος	1.04 (0.54-1.99)	0.90 (0.43-1.91)	0.89 (0.42-1.90)	0.46 (0.19-1.14)	0.47 (0.19-1.16)
Ανεργος	0.99 (0.49-2.02)	1.15 (0.52-2.59)	1.29 (0.56-2.94)	1.18 (0.46-3.04)	1.24 (0.48-3.24)
Οικιακά	1.17 (0.64-2.15)	1.24 (0.61-2.53)	1.31 (0.64-2.70)	0.79 (0.35-1.80)	0.81 (0.35-1.87)
Συνταξιούχος/ Άλλο	0.61 (0.27-1.37)	0.67 (0.53-1.83)	0.77 (0.30-1.95)	0.52 (0.18-1.50)	0.56 (0.19-1.65)

Οικονομικές Δυσκολίες

Καμία	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Μερικές	1.00 (0.58-1.71)	0.88 (0.48-1.61)	0.97 (0.52-1.79)	1.33 (0.66-2.69)	1.52 (0.74-3.12)
Πολλές	1.01 (0.54-1.90)	0.82 (0.39-1.72)	0.84 (0.40-1.78)	1.08 (0.46-2.55)	1.15 (0.48- 2.75)

Σχολική Επίδοση

Μέτρια	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Καλή	0.96 (0.56-1.63)	1.16 (0.64-2.12)	1.23 (0.67-2.26)	1.60 (0.76-3.38)	1.73 (0.81-3.70)
Πολύ καλή	0.76 (0.45-1.27)	0.93 (0.51-1.69)	0.94 (0.52-1.72)	1.47 (0.71-3.07)	1.46 (0.70-3.06)
Άριστη	0.43 (0.19-0.96)	0.47 (0.19-1.16)	0.51 (0.20-1.29)	0.53 (0.19-1.52)	0.57 (0.20-1.65)

Σχέση με τον πατέρα

Καλή/πολύ καλή	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια/κακή	2.30 (1.33-3.97)	2.90 (1.44-5.84)	2.78 (1.36-5.68)	4.13 (1.80-9.48)	4.07 (1.75-9.44)

Σχέση με τη Μητέρα

Καλή/πολύ καλή	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια/κακή	1.52 (0.76-3.01)	0.84 (0.35-2.00)	0.59 (0.23-1.50)	0.56 (0.20-1.56)	0.41 (0.14-1.20)

Ψυχική Υγεία

Χωρίς ψυχοπαθολογία	1.00		1.00		1.00
Ήπια ψυχοπαθολογία	1.26 (0.78-2.05)		1.10 (0.65-1.88)		0.89 (0.48-1.67)
Μέτρια (κλιν σημαντική) ψυχοπαθολ.	1.91 (1.12-3.26)		1.73 (0.96-3.12)		1.34 (0.68-2.65)
Υψηλή ψυχοπαθολογία	3.35 (1.55-7.23)		3.62 (1.48-8.86)		3.10 (1.10-8.76)

Ηλικία έναρξης ποτού				
<14	1.00	1.00	1.00	1.00
14-15	0.76 (0.46-1.27)	0.69 (0.38-1.26)	1.02 (0.51-2.04)	0.98 (0.49-1.98)
>15	0.37 (0.19-0.72)	0.29 (0.14-0.60)	0.55 (0.24-1.25)	0.52 (0.22-1.20)
Ηλικία έναρξης καπνίσματος				
<14	1.00	1.00	1.00	1.00
14-15	0.80 (0.36-1.77)	0.72 (0.28- 1.82)	1.15 (0.39-3.39)	1.22 (0.41-3.68)
>15	0.59 (0.24-1.48)	0.69 (0.24-1.98)	1.74 (0. 50-6.03)	1.71 (0.48-6.15)
Δεν κάπνισα ποτέ	0.15 (0.07-0.30)	0.13 (0.06-0.30)	0.41 (0.07-2.20)	0.44 (0.08-2.51)
Κάπνισμα αυτή την περίοδο				
Καθόλου	1.00	1.00	1.00	1.00
Δοκίμασα αλλά δεν καπνίζω	3.22 (1.93-5.38)	3.28 (1.85- 5.80)	0.91 (0.20-4.21)	0.90 (0.19-4.31)
Λιγότερο από εβδομάδα	3.78 (1.46-9.79)	3.96 (1.29-12.13)	0.92 (0.13-6.36)	0.92 (0.12-6.69)
Περισσότερο από εβδομάδα	11.89 (5.99-23.58)	18.47 (8.07- 42.30)	5.79 (1.10-30.44)	6.02 (1.10-32.98)
Κάπνισμα γονέων				
Κανένας	1.00	1.00	1.00	1.00
Πατέρας	0.75 (0.45-1.25)	0.66 (0 .37- 1.18)	0.51 (0.26-0.99)	0.51 (0.26-1.00)
Μητέρα	0.79 (0.43-1.44)	0.65 (0.33- 1.25)	0.34 (0.15-0.75)	0.33 (0.15-0.73)
Και οι δύο	0.84 (0.51 – 1.40)	0.75 (0.43- 1.31)	0.64 (0.33-1.26)	0.58 (0.30-1.15)
Χρήση Κάνναβης				
Ποτέ	1.00	1.00	1.00	1.00
Τουλάχιστον μια φορά	9.69 (3.83-24.56)	9.24 (3.20- 26.66)	2.05 (0.56-7.48)	2.10 (0.56-7.82)

¹OR: Λόγοι πιθανοτήτων (Odds ratios) ²CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“Confidence Interval”), ³Crude OR: Μη προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοτήτων, ⁴Adjusted OR: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε κοινωνικοδημογραφικές – κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. ⁵Adjusted OR.: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε κοινωνικοδημογραφικές – κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και ψυχική υγεία, ⁶Adjusted OR.: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε κοινωνικοδημογραφικές – κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και χρήση ουσιών, ⁶Adjusted OR.: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε όλες τις μεταβλητές του πίνακα. Οι τιμές που είναι με έντονη γραφή (bold) δείχνουν στατιστική σημαντικότητα (p<0.05).

Πίνακας 9: Συσχετισμοί της μέθης σε Έλληνες εφήβους 16-18 χρονών (N=507)

	Μέθη >1				
	Crude OR ¹ (95% CI ²)	Adjusted OR ³ (95% CI)	Adjusted OR ⁴ (95% CI ³)	Adjusted OR ⁵ (95% CI ³)	Adjusted OR ⁶ (95% CI ³)
Κορίτσια	0.54 (0.32-0.90)	0.55 (0.30-0.99)	0.45 (0.24-0.85)	0.90 (0.40-1.99)	0.79 (0.35-1.81)
Ηλικία					
16	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
17	2.10 (1.25-3.53)	2.08 (1.14-3.79)	1.99 (1.09-3.65)	2.74 (1.20-6.23)	2.69 (1.17-6.15)
18	3.58 (1.03-2.37)	5.83 (1.45-23.35)	4.87 (1.18-20.15)	30.78 (4.47-211.98)	29.92 (4.30- 208.34)
Γονείς (οικογενειακή κατάσταση)					
Παντρεμένοι	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Χωρισμένοι/Σε διάσταση	1.57 (0.76-3.26)	1.32 (0.53-3.28)	1.33 (0.53-3.33)	0.85 (0.27-2.70)	0.81 (0.24-2.66)
Χήχος/χήρα	2.03 (0.60-6.89)	9.11 (0.34-246.57)	8.06 (0.26-250.04)	5.99 (0.17-214.60)	6.09 (0.15-242.37)
Αριθμός Αδερφών					
Κανένα	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ένα	0.48 (0.21-1.12)	0.42 (0.16-1.14)	0.43 (0.16-1.16)	0.34 (0.10-1.21)	0.35 (0.10-1.24)
Δύο	0.60 (0.25-1.46)	0.51 (0.18-1.47)	0.52 (0.18-1.50)	0.45 (0.12-1.73)	0.48 (0.12-1.85)
Τρία ή περισσότερα	0.91 (0.33-2.55)	0.96 (0.29-3.16)	1.00 (0.30-3.34)	0.55 (0.12-2.58)	0.57 (0.12-2.71)
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα					
Δημοτικού	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνασίου	0.59 (0.22-1.60)	0.70 (0.23-2.11)	0.65 (0.21-2.00)	0.42 (0.10-1.74)	0.40 (0.09-1.68)
Λυκείου	0.48 (0.19-1.19)	0.42 (0.15-1.22)	0.37 (0.12-1.09)	0.32 (0.09-1.12)	0.28 (0.07-1.02)
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	0.33 (0.11-1.04)	0.31 (0.08-1.17)	0.27 (0.07-1.05)	0.16 (0.03-0.84)	0.15 (0.02-0.76)
Πανεπιστημίου (ΑΕΙ)	0.34 (0.13-0.87)	0.16 (0.05-0.54)	0.15 (0.05-0.50)	0.07 (0.02-0.34)	0.07 (0.01-0.33)
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας					
Δημοτικού	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνασίου	0.44 (0.11-1.85)	0.58 (0.11-2.93)	0.63 (0.12-3.26)	1.52 (0.16-14.37)	1.47 (0.15-14.51)
Λυκείου	0.46 (0.14-1.56)	0.86 (0.20-3.74)	0.96 (0.22-4.27)	2.63 (0.37-18.72)	2.68 (0.36-19.89)
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ)	0.58 (0.17-2.04)	1.67 (0.35-7.94)	2.00 (0.41-9.72)	5.23 (0.64-42.42)	5.40 (0.64-45.28)
Πανεπιστημίου (ΑΕΙ)	0.69 (0.21-2.29)	2.70 (0.57-12.77)	3.19 (0.66-15.49)	11.44 (1.36-95.80)	12.18 (1.39-106.91)

Επαγγελματική κατάσταση Πατέρα

Δημόσιος Υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.91 (0.94-3.89)	1.46 (0.66-3.25)	1.35 (0.60-3.03)	1.72 (0.61-4.83)	1.57 (0.55-4.48)
Αυτο-απασχολούμενος	1.78 (0.88-3.61)	1.04 (0.44-2.48)	0.97 (0.41-2.34)	1.00 (0.34-2.97)	0.91 (0.30-2.78)
Συνταξιούχος/Αδυνατεί να εργασθεί	1.85 (0.73-4.72)	2.26 (0.78-6.59)	1.96 (0.65-5.91)	2.20 (0.57-8.56)	1.92 (0.47-7.87)
Άνεργος	0.74 (0.16-3.52)	0.52 (0.09-2.87)	0.49 (0.09-2.78)	0.51 (0.06-4.23)	0.41 (0.04-3.67)
Άλλο	2.79 (0.79-9.83)	1.46 (0.21-10.27)	1.38 (0.19-9.84)	3.65 (0.44-30.47)	3.28 (0.38-28.27)

Επαγγελματική κατάσταση Μητέρας

Δημόσιος Υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός Υπάλληλος	1.09 (0.53-2.24)	1.49 (0.62-3.59)	1.54 (0.64-3.71)	1.00 (0.34-2.99)	1.04 (0.35-3.11)
Αυτο-απασχολούμενος	1.99 (0.92-4.30)	2.24 (0.86-5.81)	2.15 (0.82-5.65)	0.80 (0.22-2.84)	0.77 (0.21-2.75)
Άνεργος	0.97 (0.36-2.57)	1.18 (0.37-3.75)	1.31 (0.40-4.23)	0.68 (0.16-2.88)	0.72 (0.16-3.13)
Οικιακά	1.70 (0.80-3.59)	2.43 (1.00-5.93)	2.66 (1.07-6.57)	1.55 (0.47-5.07)	1.65 (0.49-5.55)
Συνταξιούχος/ Άλλο	0.32 (0.07-1.43)	0.32 (0.06-1.73)	0.36 (0.07-1.88)	0.16 (0.02-1.17)	0.16 (0.02-1.21)

Οικονομικές Δυσκολίες

Καμία	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Μερικές	0.88 (0.43-1.78)	0.64 (0.28-1.43)	0.70 (0.31-1.59)	0.99 (0.34-2.84)	1.06 (0.36-3.08)
Πολλές	1.22 (0.55-2.72)	0.80 (0.30-2.09)	0.79 (0.30-2.13)	0.95 (0.27-3.29)	0.99 (0.28-3.49)

Σχολική Επίδοση

Μέτρια	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Καλή	0.47 (0.25-0.90)	0.59 (0.28-1.25)	0.62 (0.29-1.32)	1.14 (0.40-3.21)	1.21 (0.42-3.46)
Πολύ καλή	0.28 (0.14-0.55)	0.40 (0.18-0.87)	0.39 (0.18-0.86)	0.73 (0.25-2.10)	0.74 (0.25-2.15)
Άριστη	0.37 (0.14-0.97)	0.43 (0.14-1.34)	0.47 (0.15-1.48)	0.68 (0.17-2.72)	0.74 (0.18-3.02)

Σχέση με τον Πατέρα

Καλή /πολύ καλή	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια/κακή	2.36 (1.21-4.59)	1.69 (0.69-4.11)	1.60 (0.65-3.90)	1.89 (0.62-5.78)	1.80 (0.58-5.53)

Σχέση με τη Μητέρα

Καλή /πολύ καλή	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια/κακή	2.46 (1.12-5.41)	1.59 (0.57-4.41)	1.26 (0.43-3.70)	1.06 (0.29-3.83)	0.89 (0.23-3.40)

Ψυχική Υγεία

Χωρίς ψυχοπαθολογία	1.00		1.00		1.00
Ήπια ψυχοπαθολογία	1.27 (0.66-2.48)		1.08 (0.51-2.28)		1.06 (0.39-2.85)
Μέτρια (κλιν σημαντική) ψυχοπαθολ.	2.23 (1.12-4.46)		1.87 (0.85-4.14)		1.53 (0.56-4.19)
Υψηλή ψυχοπαθολογία	3.60 (1.40-9.24)		2.42 (0.76-7.70)		2.15 (0.51-8.99)

Ηλικία έναρξης καταναλώσης αλκοόλ

<14	1.00	1.00		1.00	1.00
14-15	0.30 (0.17-0.55)	0.04 (0.01-0.14)		0.21 (0.08-0.55)	0.21 (0.08-0.56)
>15	0.07 (0.03-0.20)	0.03 (0.003-0.24)		0.10 (0.03-0.35)	0.09 (0.02-0.34)

Ηλικία έναρξης καπνίσματος				
<14	1.00	1.00	1.00	1.00
14-15	0.43 (0.19-0.96)	0.27 (0.10-0.76)	0.47 (0.14-1.58)	0.53 (0.15-1.81)
>15	0.15 (0.05-0.44)	0.12 (0.03-0.44)	0.25 (0.06-1.07)	0.26 (0.06-1.21)
Δεν κάπνισα ποτέ	0.04 (0.02-0.08)	0.02 (0.01- 0.07)	0.50 (0.004-0.61)	0.05 (0.004-0.72)
Κάπνισμα αυτή την περίοδο				
Καθόλου	1.00	1.00	1.00	1.00
Δοκίμασα αλλά δεν καπνίζω	5.39 (2.63-11.07)	5.69 (2.56-12.66)	0.52 (0.05-5.77)	0.49 (0.04-5.64)
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	8.66 (2.90-25.89)	5.89 (1.59-21.88)	0.54 (0.03-8.34)	0.50 (0.03-8.19)
Περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα	22.12 (10.61-46.13)	25.89 (10.36- 64.74)	1.09 (0.08-14.11)	1.12 (0.08-14.71)
Κάπνισμα γονέων				
Κανένας	1.00	1.00	1.00	1.00
Πατέρας	1.29 (0.66-2.53)	1.32 (0.60-2.93)	1.43 (0.52-3.92)	1.46 (0.52-4.07)
Μητέρα	0.77 (0.31-0.89)	0.98 (0.36- 2.63)	0.65 (0.17-2.50)	0.69 (0.18-2.62)
Και οι δύο	1.84 (0.98-3.45)	1.91 (0.90- 4.07)	2.53 (0.95- 6.71)	2.56 (0.96-6.85)
Χρήση Κάνναβης				
Ποτέ	1.00	1.00	1.00	1.00
Τουλάχιστον μια φορά	25.23 (10.25-62.09)	18.30 (6.49- 51.57)	4.69 (1.21-18.21)	4.75 (1.23-18.32)

¹OR: Λόγοι πιθανοτήτων (Odds ratios) ²CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“*Confidence Interval*”), ³Crude OR: Μη προσαρμοσμένοι λόγοι πιθανοτήτων, ⁴Adjusted OR: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε κοινωνικοδημογραφικές – κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. ⁵Adjusted OR.:Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε κοινωνικοδημογραφικές – κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και ψυχική υγεία, ⁶Adjusted OR.: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε κοινωνικοδημογραφικές – κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και χρήση ουσιών, ⁶Adjusted OR.: Λόγοι πιθανοτήτων προσαρμοσμένοι σε όλες τις μεταβλητές του πίνακα. Οι τιμές που είναι με έντονη γραφή (bold) δείχνουν στατιστική σημαντικότητα (p<0.05).

11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

11.1. Κύρια ευρήματα

Η μελέτη του 2016 σε εφήβους- μαθητές έδειξε ότι η πλειοψηφία τους καταναλώνει αλκοόλ, κατά προτίμηση μύρα ή κρασί, με αραιή συχνότητα και παρόλο που οι περισσότεροι απέχουν από συμπεριφορά μέθης ένα σημαντικό ποσοστό δηλώνει ότι έχει μεθύσει μια φορά στη ζωή του. Τα αγόρια πίνουν και μεθούν συχνότερα από τα κορίτσια ενώ ο κίνδυνος, κυρίως για μέθη, αυξάνεται όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του εφήβου.

Οι καλές σχολικές επιδόσεις σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο κυρίως όσον αφορά τη μέθη. Η μέτρια/κακή σχέση με τον πατέρα είναι ένας παράγοντας που ενισχύει την πιθανότητα συχνής κατανάλωσης αλκοόλ από τον έφηβο ενώ το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του πατέρα λειτουργεί προστατευτικά ως προς την ανάπτυξη της επιβλαβούς αυτής συμπεριφοράς.

Στην ομάδα κινδύνου για εμπλοκή τόσο με συχνή χρήση όσο και με συμπεριφορά μέθης βρίσκονται οι έφηβοι που καπνίζουν, με τον κίνδυνο να αυξάνεται αναλογικά με τη συχνότητα καπνίσματος. Οι μαθητές που ξεκινούν από νωρίς το κάπνισμα και το ποτό έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε προβληματική χρήση αλκοόλ, ενώ η πλήρης αποχή είναι προστατευτικός παράγοντας. Όσοι εμφανίζουν κάποια ψυχιατρική νοσηρότητα πίνουν με μεγαλύτερη συχνότητα, ενώ η χρήση κάνναβης αυξάνει τις πιθανότητες για επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ.

Η παρουσία μεταβλητών χρήσης ουσιών στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης ενισχύουν τον βαθμό συσχέτισης παραγόντων όπως αυτόν της ηλικίας του μαθητή ή της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης του πατέρα με αυξημένο κίνδυνο μέθης καθώς και της μέτριας/κακής σχέσης με τον πατέρα με αυξημένη συχνότητα χρήσης. Η ψυχοπαθολογία δε φαίνεται να επηρεάζει την συσχέτιση άλλων αιτιολογικών παραγόντων με προβληματική χρήση αλκοόλ, με εξαίρεση την απασχόληση της μητέρας με τα οικιακά η οποία αυξάνει την πιθανότητα μέθης.

11.2. Σύγκριση με τη μελέτη του 2008

Μελετώντας τα ευρήματα από τις δύο έρευνες που διενεργήσαμε θα βρούμε σημαντικές ομοιότητες αλλά και κάποιες διαφορές.

Ομοιότητες: Μεταξύ των κοινών ευρημάτων είναι ότι η πλειοψηφία των εφήβων μαθητών, παρά την σχετική εκ του νόμου απαγόρευση, πίνει. Η συχνότητα που πίνουν είναι ήπια και δείχνουν προτίμηση στα ελαφριά αλκοολούχα ποτά. Παρόμοια παραμένουν τα ποσοστά όσων μεθούν, με τους περισσότερους να απέχουν από την επικίνδυνη αυτή συμπεριφορά αλλά και έναν σημαντικό αριθμό εφήβων να μεθά.

Αναφορικά με τα δύο φύλα, τα αγόρια πίνουν και μεθούν συχνότερα από τα κορίτσια ενώ η μεγαλύτερη ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο μέθης. Κακή σχέση με τους γονείς, κυρίως με τον πατέρα, σχετίζεται με ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών σε σχέση με το αλκοόλ. Το κάπνισμα αναδεικνύεται σε έναν σταθερό παράγοντα συσχετισμού τόσο με τη συχνή χρήση όσο και με τη μέθη, ενώ η κάνναβη αυξάνει τον κίνδυνο για συχνή χρήση, με τα δεδομένα του 2016 όμως να τη συνδέουν και με τη μέθη. Οι μαθητές με μέτριες επιδόσεις έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμπλακούν με προβληματική κατανάλωση αλκοόλ όπως επιβεβαιώνουν και οι δύο μελέτες. Όσον αφορά τη ψυχιατρική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζεται με προβληματική χρήση. Αντίθετα, το επάγγελμα των γονέων, όπως δείχνουν και οι δύο έρευνες, δε φαίνεται να σχετίζεται με προβληματική χρήση, με τα δεδομένα του 2016 να ενοχοποιούν την απασχόληση του πατέρα ως ιδιωτικού υπαλλήλου και της μητέρας με τα οικιακά. Η ανεργία σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης προβληματικής χρήσης αλκοόλ όπως έδειξαν και οι δύο έρευνες, διαφοροποιούνται όμως ως προς τη μεταβλητή που τη συνδέουν (μικρότερη πιθανότητα χρήσης για το 2008, μέθης για το 2016).

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι δεν παρατηρούνται διαφορές ούτε στις συσχετίσεις ούτε στον επιπολασμό. Αυτό σημαίνει ότι οι παρατηρούμενες συσχετίσεις αλλά και οι λοιποί παράγοντες που οδηγούν στη συχνή χρήση αλκοόλ ή τη μέθη δεν εξαρτώνται ιδιαίτερα από το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον μιας χώρας.

Διαφορές: Στην έρευνα του 2008 το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας αυξάνει τον κίνδυνο για συχνή χρήση κάτι που δεν προέκυψε από τα δεδομένα του 2016. Επίσης, στην έρευνα αυτή το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα δε φαίνεται να επηρεάζει την συμπεριφορά χρήσης του παιδιού σε αντίθεση με την πρόσφατη έρευνά μας που έδειξε ότι λειτουργεί προστατευτικά όσον αφορά τη μέθη. Ενώ το 2016 οι οικονομικές δυσκολίες δεν αποτέλεσαν αιτιολογικό παράγοντα για ανάπτυξη προβληματικής χρήσης, το 2008 οι μέτριες οικονομικές δυσκολίες φάνηκε να αυξάνουν τον κίνδυνο για συχνή χρήση και οι πολλές τον κίνδυνο για μέθη.

11.3. Περιορισμοί

Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί όσον αφορά τη σύγκριση των δεδομένων των δύο ερευνών. Στη πρώτη έρευνα το δείγμα αφορούσε μαθητές από διάφορες περιοχές της Ελλάδας ενώ στην δεύτερη μόνο από την περιοχή των Ιωαννίνων. Το δείγμα ήταν μικρότερο με αποτέλεσμα η έρευνα του 2016 να έχει σχετικά χαμηλή στατιστική ισχύ στον υπολογισμό των υπό μελέτη συσχετίσεων. Επίσης, στην έρευνα του 2008 για την εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας χρησιμοποιήθηκε η πλήρης μορφή της συνέντευξης Cis-r ενώ σε αυτή του 2016 χορηγήθηκε μόνο το ερωτηματολόγιο διαλογής, το οποίο όμως δεν επηρεάζει σημαντικά τα δεδομένα καθώς δίνει αντίστοιχα αποτελέσματα. Παρά τους συγκεκριμένους περιορισμούς,

θεωρούμε ότι η σύγκριση των δεδομένων αυτών είναι εφικτή και τα αποτελέσματα που μας δίνει διαμορφώνουν μια ασφαλή εικόνα για τη συμπεριφορά των ελλήνων εφήβων – μαθητών όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ.

12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση αλκοόλ από ανηλίκους αποτελεί διαχρονικά ένα πρόβλημα της Ελληνικής κοινωνίας. Ανεξάρτητα από τις κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί στο πέρασμα των χρόνων και παρά τις σαφείς απαγορεύσεις του νόμου, μεγάλο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών στη χώρα μας έπινε και συνεχίζει να πίνει πριν την ηλικία των 18 ετών. Όπως καταδεικνύει η έρευνα μας, το φαινόμενο αυτό παρατηρείται τόσο στην περίοδο πριν την πρόσφατη οικονομική κρίση όσο και κατά τη διάρκειά της. Οι θετικές «επιδράσεις» του αλκοόλ μάλλον βαραίνουν περισσότερο από τις αρνητικές συνέπειες και αυτό ενδεχομένως δικαιολογεί τα υψηλά ποσοστά χρήσης. Φαίνεται δηλαδή ότι και οι Έλληνες έφηβοι παίρνουν αποφάσεις σε σχέση με το αλκοόλ με βάση τις άμεσες «θετικές» επιδράσεις που έχουν βιώσει και όχι τις απαισιόδοξες υποθέσεις για μελλοντικές βλάβες. Ίσως δεν θα ήταν απόλυτα σωστό να πούμε ότι οι έφηβοι είναι απαθείς στην πληροφόρηση που δέχονται για τις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ, καθώς το γεγονός ότι η συμπεριφορά τους δεν επηρεάζεται απ' αυτές τις πληροφορίες μπορεί να είναι, για παράδειγμα, αποτέλεσμα υψηλότερης κοινωνικής πίεσης για κατανάλωση, κυρίως για τα αγόρια. Οι παρεμβάσεις πρόληψης λοιπόν δε θα πρέπει να παραλείπουν και το κομμάτι της πληροφόρησης, χωρίς όμως να περιορίζονται μόνο σ' αυτό.

Το κρασί και η μύρα (αλκοολούχα ποτά που θεωρούνται λιγότερο επιβλαβή, αποτελούν περισσότερο μέρος της καθημερινότητας της οικογένειας, είναι πιο φθηνά και πιο εύκολα να τα προμηθευτεί κανείς), επιλέγονται πιο συχνά από τους Έλληνες εφήβους. Η μέθη δε θα λέγαμε ότι αποτελεί συνήθη συμπεριφορά τους, ωστόσο το ποσοστό των εφήβων που έχουν οδηγηθεί σε αυτού του τύπου την επικίνδυνη χρήση δεν είναι αμελητέο, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στο σχεδιασμό παρεμβάσεων.

Η κρίση που διέρχεται η χώρα μας τα τελευταία χρόνια δε φαίνεται να αύξησε τα ποσοστά συχνής (εβδομαδιαίας) χρήσης ή (περισσότερο από μια φορά) μέθης στο μαθητικό πληθυσμό. Ενώ η διεθνής βιβλιογραφία συσχετίζει τις οικονομικές δυσκολίες με την αύξηση της προβληματικής χρήσης αλκοόλ στους ενήλικες, δεν ισχύει κάτι τέτοιο για τους Έλληνες εφήβους. Ενδεχομένως ο προστατευτικός τρόπος λειτουργίας της οικογένειας στη χώρα μας που «απορροφά» τις αρνητικές συνέπειες των όποιων δυσκολιών πριν αυτές φτάσουν στα παιδιά, να αποτελεί μια λογική ερμηνεία. Μια άλλη υπόθεση που μπορούμε να κάνουμε είναι ότι λόγω περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων δεν υπάρχουν πολλά διαθέσιμα χρήματα για εξόδους και κατανάλωση αλκοόλ. Λείπουν αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα για

τη συμπεριφορά ενηλίκων στη Ελλάδα της περιόδου της κρίσης όσον αφορά το αλκοόλ, τα οποία θα είχε εξαιρετικό ενδιαφέρον να τα συγκρίνουμε τόσο με τα δεδομένα που παραθέτουμε σχετικά με τους εφήβους όσο και μ' αυτά που αφορούν ενήλικες άλλων χωρών.

Η οικογένεια, μέσω της ποιότητας των σχέσεων που αναπτύσσονται σ' αυτήν, αποτελεί έναν παράγοντα που επιδρά στη διαμόρφωση συμπεριφοράς κατανάλωσης αλκοόλ στα παιδιά. Ως γνωστόν, η Ελληνική οικογένεια δίνει ιδιαίτερη έμφαση στους στενούς δεσμούς των μελών της και κυρίως μεταξύ παιδιών και γονέων. Η καλή ή κακή σχέση των εφήβων με τον πατέρα ή την μητέρα λοιπόν, επηρεάζει αισθητά τη συναισθηματική κατάσταση και τις σχετιζόμενες μ' αυτή συμπεριφορές και αντιδράσεις των ανήλικων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η χρήση αλκοόλ. Ο σχεδιασμός προγραμμάτων παρέμβασης θα πρέπει, μεταξύ άλλων, να εστιάσει στη βελτίωση των σχέσεων με τους γονείς που θεωρείται ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες προβληματικής χρήσης αλκοόλ. Κάτι τέτοιο βέβαια, παραπέμπει στην ανάγκη για εξατομικευμένη συμβουλευτική που, έτσι κι αλλιώς, αποτελεί προϋπόθεση για επιτυχημένη αντιμετώπιση σχετικών προβλημάτων.

Η θεωρία της αυτοθεραπείας μπορεί να υποστηριχθεί και από τα αποτελέσματα των δικών μας ερευνών. Η συσχέτιση της χρήσης αλκοόλ και της κακής σχέσης με τους γονείς, μπορεί να ερμηνευθεί ως μια προσπάθεια των παιδιών να αντιμετωπίσουν μέσω του ποτού τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλούνται από το αρνητικό οικογενειακό κλίμα. Επίσης, οι αυξημένες πιθανότητες κατανάλωσης αλκοόλ όσων έχουν αναπτύξει ψυχιατρικά προβλήματα, ενδεχομένως καταδεικνύει μια προσπάθεια – προσδοκία να μειώσουν με αυτόν τον τρόπο τα συμπτώματά τους. Στην εφηβεία η χρήση αλκοόλ σπάνια θεωρείται η αιτία και προηγείται της εμφάνισης συμπτωμάτων, καθώς η επίδραση της δεν έχει προλάβει να αναπτύξει συμπτώματα στο νεαρό άτομο. Τα συμπτώματα λοιπόν είναι αυτά που προκαλούν χρήση αλκοόλ και όχι η χρήση τα συμπτώματα. Με το δεδομένο αυτό, το πιθανότερο είναι η σχέση που εντοπίζεται ανάμεσα στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας και χρήσης αλκοόλ να οφείλεται στην προσπάθεια αυτοθεραπείας.

Η μεγαλύτερη συχνότητα με την οποία επισκέπτονται υπηρεσίες υγείας οι έφηβοι που πίνουν, επιβεβαιώνει με έναν έμμεσο τρόπο τις αρνητικές συνέπειες και τους κινδύνους που συνδέονται με το αλκοόλ τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική τους υγεία. Παράλληλα, η συσχέτιση αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί από τους ειδικούς εντάσσοντας όσους απευθύνονται για βοήθεια και κυρίως όσους ταυτόχρονα εμφανίζουν ψυχιατρική νοσηρότητα, στην ομάδα – στόχο για άμεση παρέμβαση. Επίσης, οι μαθητές που κάνουν χρήση καπνού, κάνναβης ή παρουσιάζουν μειωμένη σχολική επίδοση θα πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα για ένταξη σε προγράμματα πρόληψης καθώς ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Ενώ για τους ενήλικες έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η ήπια χρήση αλκοόλ ενδεχομένως να έχει ωφέλιμες επιδράσεις, κάτι τέτοιο δεν έχει αναφερθεί για πληθυσμούς ανηλίκων. Αντίθετα, οι πολυεπίπεδες αρνητικές συνέπειες οδήγησαν στη θεσμοθέτηση της απαγόρευσης χρήσης αλκοόλ στην παιδική και εφηβική ηλικία. Ενώ λοιπόν η προτροπή για πλήρη αποχή από το αλκοόλ για τους ενήλικες δεν είναι βέβαιο ότι αποτελεί μια σωστή επιλογή, για τους εφήβους δεν υπάρχουν στοιχεία που να την αμφισβητούν. Με δεδομένο μάλιστα ότι οι επιβλαβείς συμπεριφορές που ξεκινούν στην παιδική – εφηβική ηλικία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παγιωθούν στην ενήλικη ζωή, η έγκαιρη παρέμβαση είναι κομβικής σημασίας.

Μεταξύ των στόχων της παρούσας διατριβής ήταν να ερευνηθεί τους προκαθοριστικούς παράγοντες της χρήσης οινοπνεύματος στους Έλληνες εφήβους και να αναπτύξει ένα πλαίσιο που θα αποτελέσει τη βάση για το σχεδιασμό παρεμβάσεων πρόληψης. Τα δεδομένα που συλλέξαμε δίνουν χρήσιμες πληροφορίες που μπορούν να αξιοποιηθούν για το σκοπό αυτό, προσδιορίζοντας κάποιους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των νέων σχετικά με το ποτό. Ο συνδυασμός παρεμβάσεων που εφαρμόζονται σε διεθνές επίπεδο με αντίστοιχες που βασίζονται στα εθνικά δεδομένα και χαρακτηριστικά, έχει σαφώς μεγαλύτερες πιθανότητες να οδηγήσει σε καλύτερο αποτέλεσμα. Περαιτέρω έρευνες που θα εστιάζουν στα χαρακτηριστικά των Ελλήνων εφήβων αλλά και εφήβων συγκεκριμένων περιοχών της χώρας θα βοηθούσαν στην διαμόρφωση αποτελεσματικότερων και προσαρμοσμένων στα τοπικά δεδομένα πολιτικών πρόληψης και αντιμετώπισης.

Η μελέτη μας θα μπορούσε να δώσει το έναυσμα για μελλοντικές έρευνες. Θα ήταν σκόπιμο, για παράδειγμα, να επαναληφθεί αντίστοιχη έρευνα μετά το πέρας της κρίσης και την επαναφορά των οικονομικών δεδομένων της χώρας σε υψηλότερα επίπεδα ώστε να συγκριθούν τα αποτελέσματα με αυτά που παρατίθενται στην παρούσα διατριβή δίνοντας ενδεχομένως χρήσιμες πληροφορίες.

Μια μελλοντική διαχρονική μελέτη, εκτός από το να επιβεβαιώσει τη συσχέτιση χρήσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας, θα μπορούσε ενδεχομένως να πιστοποιήσει και επιστημονικά την υπόθεση που βασίζεται κυρίως σε εμπειρικά δεδομένα, ότι δηλαδή τα προβλήματα ψυχικής υγείας προηγούνται της χρήσης αλκοόλ στους εφήβους.

Επίσης, μερικοί από τους συμμετέχοντες μαθητές στην έρευνα μας, θα γίνουν κάποια στιγμή γονείς. Θα είχε ενδιαφέρον λοιπόν μια μελλοντική εργασία με τη χρήση της συγκεκριμένης βάσης δεδομένων που θα διερευνούσε τις επιπτώσεις από την έκθεση των μαθητών σε γονική χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια των εφηβικών χρόνων στο ρόλο τους ως γονέων αργότερα στη ζωή τους.

13. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. Abbey, A., Clinton-Sherrod, A.M., McAuslan, P., Zawacki T., Buck P.O., 2003. The relationship between the quantity of alcohol consumed and the severity of sexual assaults committed by college men. *Journal of Interpersonal Violence*. 18: 813-33.
2. Adalbjarnardottir, S. & Hafsteinsson L.G., 2001. Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401–423. doi:10.1111/1532-7795.00018
3. Aertgeerts, B., Buntinx, F., Bande-Knops J., Vandermeulen, C., Roelants, M., et al. 2000 The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res* 24: 53-57.
4. Ahmed, S.W., Bush, P.J., Davidson, F.R., Iannotti, R.J., 1984. Predicting children's use and intentions to use abusable substances. In annual meeting of The American Public Health Association, Anaheim, CA
5. Alati, R., Baker, P., Betts, K. S., Connor, J. P., Little, K., Sanson, A., & Olsson, C.A., 2014. The role of parental alcohol use, parental discipline and antisocial behavior on adolescent drinking trajectories. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 178-184.
6. American Psychological Association, 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
7. American Medical Association, 2010. *Harmful Consequences of Alcohol Use on the Brains of Children, Adolescents, and College Students*. Chicago, IL: American Medical Association, Office of Alcohol and Other Drug Abuse.
8. Arnett, J.J., & Taber, S., 1994. Adolescence terminable and interminable: When does adolescence end? *Journal of Youth and Adolescence*, 23(5), 517-537.
9. Arnett, J.J., 1999. Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317-326. doi:10.1037/0003-066X.54.5.317
10. Arvanitidou, M., Tirodimos, I., Kyriakidis, I., Tsinaslanidou, Z. & Seretopoulos, D., 2007. Decreasing prevalence of alcohol consumption among Greek adolescents. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33, 411–417
11. Atkins, L.A., Oman, R.F., Vesely, S.K., Aspy, C.B., McLeroy, K., 2002. Adolescent Tobacco Use: the Protective Effects of Developmental Assets. *Am J Health Promot*. 16(4): 198-205.
12. Austin, G., 1985. *Alcohol in Western Society from Antiquity to 1800*. Santa Barbara: ABC – CLIO, p. 11.
13. Baer, J.S., 1993. Etiology and secondary prevention of alcohol problems with young adults. In J. S. Baer, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors across the life span: prevention, treatment, and policy issues* (pp. 111–137). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.
14. Bai, F. W., Anderson, W. A., & Moo-Young, M., 2008. Ethanol fermentation technologies from sugar and starch feedstocks. *Biotechnology Advances*, 26(1), 89–105. <http://doi.org/10.1016/j.biotechadv.2007.09.002>

15. Babor, T., 1986. *Alcohol: Customs and Rituals*. NY: Chelsea, , p. 1.b
16. Baliunas, DO., Taylor, BJ., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., et al., 2009. Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*.32(11):2123-32.
17. Barnes, G., 1977. The development of adolescent drinking behaviour: an evaluative review of the impact of the socialization process within the family. *Adolescence* 12,571-591
18. Bava, S., Tapert S.F., 2010. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychol Rev* 20: 398-413.
19. Beck, K.H., Scaffa, M., Swift, R. & Ko, M., 1995. A survey of parent attitudes and practices regarding underage drinking. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 315-334. doi:10.1007/BF01537599
20. Beck, K.H., & Treiman, K.A., 1996. The relationship of social context of drinking, perceived social norms, and parental influence to various drinking patterns of adolescents. *Addictive Behaviors*, 21, 633-644. doi:10.1016/0306-4603(95)00087-9
21. Berkowitz, A. D. (2005). An overview of the social norms approach. In L. Lederman & L. Stewart (Eds.), *Changing the culture of college drinking: A socially situated health communication campaign* (193-214). Creskill, NJ: Hampton Press.
22. Birckmayer, J.D., Holder, H.D., Yacoubian, G.S., Friend, K.B., 2004. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: Assessing the research evidence. *Journal of Drug Education*. 34(2):121–153
23. Black, N., & Mullan, B., 2015. An intervention to decrease heavy episodic drinking in college students: the effect of executive function training. *Journal of American College Health*, 63(4), 280-4. doi:10.1080/07448481.2014.990969
24. Blakemore, S.J. & Choudhury, S., 2006. "Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition." *J Child Psychol Psychiatry* 47(3-4): 296-312.
25. Bloom, M., 1990. The psychosocial constructs of social competency. In Gullotta TP, Adams GR, Montemayor R (eds) *Developing Social Competency in Adolescence* (pp. 11-27). Newbury Park, California: Sage
26. Bonomo, Y., Coffey, C., Wolfe, R., Linskey, M., Bowes, G., Patton, G., 2001. Adverse outcomes of alcohol use in adolescents, *Addiction*, 96 (1485-96)
27. Bor, J., Basu, S., Coutts, A., McKee, M., Stuckler, D., 2013. Alcohol use during the great recession of 2008–2009. *Alcohol and alcoholism*, 48(3), 343-348.
28. Botvin, G.J., Eng, A. & Williams, C.L., 1980. Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine*, 9: 135-143.
29. Bradley, K.A., McDonell, M.B., Bush, K., Kivlahan, D.R., Diehr, P., et al., 1998. The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res* 22: 1842-1849.
30. Bray, J.H, Adams, G.J., Getz, J.G & Baer, P.E. Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: o growth curve approach. In: Gutman L., Eccles J.S. Peck S. Malanchuk O., 2011. *The*

- influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1):119-128
31. Brody, G.H., 1996. *Sibling Relationships: Their Causes and Consequences* (Vol. 10). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
 32. Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S., & Brook, D.W., 1990. The role of older brothers in younger brothers' drug use viewed in the context of parent and peer influences. *Journal of Genetic Psychology*, 151, 59–75.
 33. Brown, S.A., Tapert, S.F., Granholm, E., Delis, D.C., 2000. Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res* 24, 164-171.
 34. Brown, S. & Tapert, S.F., 2004. Adolescence and the trajectory of alcohol use: basic to clinical studies, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1021, pp. 234–244
 35. Burkhardt, G., 2015. Is the Strengthening Families Programme feasible in Europe? *Journal of Children's Services*, 10(2), 133-150. doi:10.1108/JCS-02-2014-0009
 36. Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.B., Fihn, S.D., Bradley, K.A., 1998. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 158: 1789-1795.
 37. Cable, N. & Sacker, A., 2008. Typologies of alcohol consumption in adolescence: predictors and adult outcomes. *Alcohol Alcohol*, 43, 81-90.
 38. Canagasaby, A., Vinson, D.C., 2005. Screening for hazardous or harmful drinking using one two quantity-frequency questions. *Alcohol Alcohol* 40: 208-213.
 39. Casey, B.J. & Jones, R.M., 2010. Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49: 1189-1201; quiz 1285.
 40. Cawley, J., & Ruhm, C., 2011. *The Economics of Risky Health Behaviors*. Policy Analysis. Cambridge, Massachusetts. Retrieved from <http://www.nber.org/papers/w17081>
 41. (CDC) Centers for Disease Control, 2000. Update: West Nile virus activity in Eastern United States, 2000. *MMWR* 49: 1044-1047.
 42. Centers for Disease Control, 2004. Alcohol-attributable deaths and years of potential life lost—United States, 2001. *MMWR*, 53(37):866–870.
 43. Challier, B., Chau, N., Prédine, R., Choquet, M., & Legras, B., 2000. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol and illicit drug use in adolescents. *European Journal of Epidemiology*, 16(1), 33-42. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3582044>
 44. Cherpitel, C.J., Martin, G., MacDonald, S. Brubacher, G.R., Stenstrom, R., 2013. Alcohol and drug use as predictors of intentional injuries in two emergency departments in British Columbia. *AM J Addict* 22(2): 87-92.

45. Chishinga, N., Kinyanda, E., Weiss, H.A., Patel, V., Ayles H., Seedat, E., 2011. Validation of brief screening tools for depressive and alcohol use disorders among TB and HIV patients in primary care in Zambia. *BMC Psychiatry* 11: 75.
46. Coleman, L., & Coleman, J., 2002. The measurement of puberty: a review. *Journal of Adolescence*, 25(5), 535-550. doi: 10.1006/jado.2002.0494
47. Coleman, J., Hendry, L., 1990. *The Nature of Adolescence (Second Edition)*. London: Routledge.
48. Conger, K. J., & Little, W.M., 2010. Sibling relationships during the transition to adulthood. *Child Development Perspectives*, 4, 87–94. PMC2917987
49. Clark, D. B., Thatcher, D. L., & Tapert, S. F., 2008. Alcohol, psychological dys - regulation, and adolescent brain deve - lopment. *Alcohol Clinical and Experi - mental Research*, 32, 375-385.
50. Cleveland, M., Reavy, R., Mallett, K., Turrisi, R., & White, H., 2014. Moderating effects of positive parenting and maternal alcohol use on emerging adults' alcohol use: Does living at home matter? *Addictive Behaviors*, 39, 869–878. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.028
51. Coalition for Juvenile Justice, 2006. *What Are the Implications of Adolescent Brain Development for Juvenile Justice?* Washington, DC: Coalition for Juvenile Justice.
52. Conger, K.J., Stocker, C., & McGuire, S., 2009. Sibling socialization: The effects of stressful life events and experiences. In L. Kramer, & K. J. Conger (Ed.), *Siblings as agents of socialization. New directions for child and adolescent development*, 126, (pp. 45–60). San Francisco: Jossey-Bass.
53. Crews, F.T, Braun, C.J, Hoplight, B., Switzer, R.C. 3rd, Knapp, D.J., 2000. Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24:1712–1723.
54. Cuijpers, P., 2002. Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison, *Journal of Drug Education*, 32(2), pp. 107-19.
55. Curran, P.J., Chassin, L. Stice, E., 1997. The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 130-140.
56. Currie, C., Gabhainn, S.N., Godeau, E., Godeau. E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., Barnekow, V., 2008. *Inequalities in Young People ´s Health. Health Behaviour School-Aged Children (HSBC) International report from the 2005/2006 survey.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
57. Currie, CE, Elton, RA, Todd, J. et al., 1997. Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Educ Res*, 12:385-397.
58. Czechowicz, D., 1988. Adolescent alcohol abuse and its consequences: An over-view. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 14:189-197.
59. De Bellis, M.D., Clark, D.B., Beers, S.R., Soloff, P.H., Boring, A.M., Hall, J., Kersh, A., Keshavan, M.S., 2000. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry*, 157, 737-744.

60. de Goeij, MCM, Suhrcke, M, Toffolutti, V., 2015. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med.* 131:131-46.
61. DeHaan, L. & Boljevac, T., 2009. Alcohol use among rural middle school students: Adolescents, parents, teachers and community leaders' perceptions. *Journal of School Health*, 79(2), 58-66. Retrieved June 20, 2009, from: Education Research Complete database.
62. DeVore, Elise R., & Ginsburg, Kenneth, R., 2005. The protective effects of good parenting on adolescents. *Current opinion in pediatrics*, 17(4), 460.
63. DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D. R., & Ogborne, A.C., 2000. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *The American journal of psychiatry*, 157(5), 745-750. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.745
64. Dickinson, D.M., Hayes, K.A., Jackson, C., Ennett, S. T. & Lawson, C., 2014. Promoting an Alcohol-Free Childhood: A Novel Home-Based Parenting Program. *American Journal of Health Education*, 45(2), 119-128. doi:10.1080/19325037.2013.875963
65. DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L., 1996. Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R. DiClemente, W. Hansen, & L. Ponton (Eds.), *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 1-4). New York: Plenum
66. Dom, G., Samochowiec, J., Evans-Lacko, S., Wahlbeck, K., Van Hal G., McDaid, D., 2016. Impact of the 2008 Economic Crisis on Substance Use Patterns in the Countries of the European Union, *Int J Environ Res Public Health*. 13(1): 122.
67. Donovan, J., & Molina, B.S.G., 2014. Antecedent predictors of children's initiation of sipping/ tasting alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(9), 2488-495. doi:10.1111/acer.12517
68. Duan, L., Chou, C.P., Andreeva, V.A., Pentz, M.A., 2009. Trajectories of Peer Social Influences As Long-Term Predictors of Drug Use From Early Through Late Adolescence. *J Youth Adolesc.* 38(3): 454-65.
69. Dunn, G., Pickles, A., Tansella, M., Vazquez-Barquero, J., 1999. Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 95-100.
70. Edwards G., 1986. The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *Br J Addict* 81:171-83. doi:10.1111/j.1360-0443.1986.tb00313.x
71. Engel, G.L., 1977. The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
72. Englund, M.I., Guermazi, A., Gale, D., Hunter, D.J., Aliabadi, P., Clancy M., Felson D.T., 2008. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med.* ;359(11):1108-15. doi: 10.1056/NEJMoa0800777.
73. Erikson, E., 1968. *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton
74. Fagan, A.A., & Najman, J.M., 2005. The relative contributions of parental and sibling substance use to adolescent tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Issues*, 35(4), 869-883. doi:10.1177/002204260503500410

75. Felice, M.E., & Drotar, D., 2001. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version. Amer Academy of Pediatrics.
76. Fergusson, D.M. & Horwood, L.J., 2000. Alcohol abuse and crime: a fixed-effects regression analysis, *Addiction* 95:10, pp. 1525–36 See also Popovici, I. et al (2012), Alcohol Use and Crime: Findings from a Longitudinal Sample of U.S. Adolescents and Young Adults, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 36:3, pp. 532–43
77. Fehily, A.M., 1992. Factors affecting bone density in young adults, *American Journal of Clinical Nutrition* 56:3, pp. 579–86; Fujita, Y. et al (1999), Factors affecting peak bone density in Japanese women, *Calcified Tissue International* 64:2, pp. 107–11; Neville, C.E. et al (2002), Relationship between physical activity and bone mineral status in young adults: the Northern Ireland Young Hearts Project, *Bone* 30:5, pp. 792–8; Elgøn C et al (2002), *Bone*
78. Fergusson, D.M., Horwood L.J., Lynskey M.T., 1996. The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction* 90(7): 935-946.
79. Fidalgo, T.M., Doering de Silveira, E., & Xavier da Silveira, D., 2008. Psychiatric comorbidity related to alcohol use among adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(1), 83–89
80. Finn, P.R., Hall, J., 2004. Cognitive ability and risk for alcoholism: short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 113 (4), 569-581.
81. Foxcroft, D.R. & Tsertsvadze, A., 2012. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database*
82. Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lowe, G., Breen, R., 2008. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database*.
83. Fraga, S., Sousa, S., Ramos, E., Dias, S., & Barros, H., 2011. Alcohol use among 13-year-old adolescents: associated factors and perceptions. *Public health*, 125(7), 448-456. doi: 10.1016/j.puhe.2011.01.004
84. Frias, J., Rodriguez, R., Torres, J.M., Ruiz, E., Ortega, E., 2000. Effects of acute alcohol intoxication on pituitary-gonadal axis hormones, pituitary-adrenal axis hormones, beta-endorphin and prolactin in human adolescents of both sexes. *Life Sciences* 67:9, pp. 1081–6
85. Frias, J., Torres, J.M., Rodriguez, R., Ruiz, E., Ortega, E., 2000b. Effects of acute alcohol intoxication on growth axis in human adolescents of both sexes. *Life Sciences* 67:22, pp. 2691–7
86. Fu, Q., Heath, AC., Bucholz, KK., Nelson, E., Goldberg, J., Lyons MJ., et al., 2002. Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. *Archives of General Psychiatry*. 59: 1125-32
87. Gatta, M., Facca, I., Colomb, o E., Svanellini, L., Montagnesem S., Schiff, S., 2014. Alexithymia, Psychopathology and alcohol misuse in adolescence: a population based study on 3566 teenagers. *Neuroscience and Medicine*; 55, 60-71

88. Gea, A., Martinez-Gonzalez, M.A., Toledo, E., Sanchez-Villegas, A., Bes-Rastrollo, M., Nuñez-Cordoba, J.M., Sayon-Orea, C., Beunza, J.J., 2012. A longitudinal assessment of alcohol intake and incident depression: the SUN project. *BMC public health*, 12(1), 954.
89. Ghalioungui, P., 1979. Fermented beverages in antiquity. In C.F. Gastineau, W.J. Darby and T.B. Turner (Eds.). *Fermented food beverages in nutrition*. (pp. 3-19). New York: Academic Press.
90. Gmel, G., Rehm, J., 2003. Harmful alcohol use. *Alcohol Research & Health*. 27: 52-62.
91. Goldstein, S., Davis, P.E., Eccles, J.S., 2005. Parents, peers and problem behavior: a longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Dev Psychol*. 41(2):401-13.
92. Goodhart, F.W., Lederman, L.C., Stewart, L.P., & Laitman, L., 2003. Binge drinking: Not the word of choice. *Journal of American College Health*, 52(1), 44-46. doi:10.1080/07448480309595723
93. Grant, B.F. & Dawson, D.A., 1997. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*; 9, 103–110.
94. Grant, J.D., Scherrer, J.F., Lynskey, M.T., Lyons, M.J., Eisen, S.A., Tsuang, M.T., True, W.R., Bucholz, K.K., 2006. Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: Evidence from a twin de - sign. *Psychological Medicine*, 36
95. Gage, J.C., Overpeck, M.D., Nansel, T.R., & Kogan, M.D., 2005. Peer activity in the evenings and participation in aggressive and problem behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 37, 517.e7-517.e14.
96. Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A.C., Rapoport, J.L., 1999. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience* 2:861–863.
97. Goldstein, S., Davis-Kean, P.E., Eccles J.S., 2005. Parents, peers and problem behavior: a longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Dev Psychol.*, 41(2), 401-13.
98. Grant, B.F. & Dawson, D.A., 1997. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*; 9, 103–110.
99. Griffin, K.W., Scheier L.M., Acevedo, B., Grenard, J.L., Botvin, G.J., 2012. Long-term effects of self-control on alcohol use and sexual behavior among urban minority young women. *Int J Environ Res Public Health*. 9(1):1-23.
100. Grunbaum, J.A, Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B., 2002. Youth risk behavior surveillance: United States, 2001. *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report* 51(SS0 4): 1–62.
101. Gutman, L., Eccles, J.S., Peck, S. & Malanchuk, O., 2011. The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128

102. Hägglöf, B.L., Hammarström, A.K., Lintonen, T.P., Nummi, T., Virtanen, P.J., & Westerlund, H., 2015. Mental health in adolescence as determinant of alcohol consumption trajectories in the Northern Swedish Cohort. *International Journal of Public Health*, 60, 335-342.
103. Hall, G.S., 1904. *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vols. I & II). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
104. Hall, J.A., Henggeler, S.W., Ferreira, D.K., East, P.L., 1992. Sibling relations and substance use in high-risk female adolescents. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 2(1), 44–51.
105. Hashimoto, J.G., Wiren, K.M., 2008. Neurotoxic consequences of chronic alcohol withdrawal: expression profiling reveals importance of gender over withdrawal severity. *Neuropsychopharmacology* 33:1084–1096.
106. Hasin, D.S., Stinson, F.S., Ogburn, E., Grant, B.F., 2007. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 64(7), 830-842.
107. Haslam, S.A., Eggins, R.A., Reynolds, K.J., 2003. The ASPIRe model: Actualizing Social and Personal Identity Resources to enhance organizational outcomes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(1), 83-113.
108. Heath, D., 2000. *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. London: Brunner-Routledge;.
109. Heath, D.B., 1995. An anthropological view of alcohol and culture in international perspective. In Heath, D.B. (ed.). *International Handbook on Alcohol and Culture*. London: Greenwood Press; 328-347.
110. Hellandsjø Bu, E.T., Watten, R.G. Foxcroft, D.R., Ingebrigtsen, J.E., 2002. Relling G. Teenage alcohol and intoxication debut: the impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. *Alcohol and Alcoholism*, 37(1):74–80
111. Henkel, D., 2011. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev.*, 4(1):4-27.
112. Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L., 2012. The 2011 ESPAD Report, Substance use among students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
113. Hiller -Sturmhofel, S., & Swartzwelder, H.S., 2004. Alcohol's effects on the adolescent brain. *Alcohol Res Health*, 28(4):213–221
114. Hingson, R.W. & Kenkel, D., 2004. Social, health, and economic consequences of underage drinking. In Bonnie, R.J., and O'Connell, M.E., eds.: *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. (pp. 351–382) Washington, DC: National Academies Press.
115. Hingson, R.W., Heeren, T., Winter, M.R., 2006. Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence; Age at Onset, Duration, and Severity. *Archive of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 739-746.

116. Hingson, R.W., Edwards, E.M., Heeren, T., Rosenbloom, D., 2009. Age of Drinking Onset and Injuries, Motor Vehicle Crashes, and Physical Fights After Drinking and When Not Drinking. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 33(5): 783-790.
117. Hingson, R.W. & Zha W. 2009. Age of Drinking Onset, Alcohol Use Disorders, Frequent Heavy Drinking, and Unintentionally Injuring Oneself and Others After Drinking. *Pediatrics* 123(6): 1477-1484.
118. Hingson, R., Heeren, T., Zakocs, R, Winter, M., Wechsler, H., 2003. Age of first intoxication, heavy drinking, driving after drinking and risk of unintentional injury among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol* 64(1):23–31.
119. Hodgson, R., Alwyn, T., John, B., Thom, B., Smith, A., 2002. The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol* 37: 61-66.
120. Holder, H.D., 1998. *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention*. New York: Cambridge University Press.
121. Howe, N., Aquan-Assee, J., Bukowski, W.M., Lehoux, P.M., & Rinaldi, C.M., 2001. Siblings as confidants: Emotional understanding, relationship warmth, and sibling self-disclosure. *Social Development*, 10(4), 439-454.
122. Howard, DE, Griffin, MA, Boekeloo, B.O., 2008. Prevalence and psychosocial correlates of alcohol-related sexual assault among university students. *Adolescence*. 43: 733-50.
123. Humensky, J., 2010. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 5, 19.
124. Ingemann-Hansen, O., Sabroe, S., Brink, O., Knudsen, M., Charles A.V., 2009. Characteristics of victims and assaults of sexual violence--improving inquiries and prevention. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 16: 182-8.
125. Impinen A., Mäkelä P., Karjalainen K., Haukka J., Lintonen T., Lillsunde P., Rahkonen O., Ostamo A., 2011. The Association between Social Determinants and Drunken Driving: A 15-Year Register-based Study of 81,125 Suspects. *Alcohol and Alcoholism*, 46(6):721–728
126. Jaeger, E., Hahn, N. B., & Weinraub, M., 2000. Attachment in adult daughters of alcoholic fathers. *Addiction*, 95(2), 267–276. doi:10.1046/j.1360-0443.2000.95226713.x
127. Jefferies, E., Patterson, K., Lambon Ralph, M.A., 2008. Deficits of knowledge vs. executive control in semantic cognition: Insights from cued naming. *Neuropsychologia*, 46:649–658.
128. Jernigan, D. H., 2001. *Global Status Report: Alcohol and Young People*. World Health.
129. Jessor, R., & Jessor, S.L., 1977. *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic
130. Jetten, J., Haslam, C., Haslam, S.A., 2012. *The social cure, identity, health and well-being*, Hove. Psychology Press.
131. Jewkes. R., 2002. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 359: 1423-1429.

132. Jones, L., James, M., Jefferson, T., Lushey, C., Morleo, M., Stokes, E., Sumnall, H.R., Witty, K., Bellis, M.A., 2007. A review of effectiveness and cost effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. London: NICE.
133. Kellie, A., 1995. Young people and Alcohol, Drugs and Tobacco. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
134. Kelly, A. B., Toumbourou, J. W., O'Flaherty, M., Patton, G. C., Homel, R., Connpr, J.P., Williams, J., 2011. Family relationship quality and early alcohol use: evidence for gender-specific risk processes. *J Stud Alcohol Drugs*, 72, 399-407.
135. Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J., Neale, M.C., 2003. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*. 60: 929-37.
136. Kochanska, G., & Kim, S., 2013. Early Attachment Organization with Both Parents and Future Behavior Problems: From Infancy to Middle Childhood. *Child Development*, 84(1), 283-296.
137. Kaplow, J.B., Curran, P.J., Dodge, K.A., 2002. Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: a multisite longitudinal study—statistical data. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), 199–216.
138. Keller, M., & Vaillant, G.E., 2011. Alcohol consumption. *Encyclopedia Britannica Online*. Retrieved from <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/13398/alcohol-consumption>
139. King, K.M., Fleming, C.B., Monahan, K.C., Catalano, R.F., 2011. Changes in self-control problems and attention problems during middle school predict alcohol, tobacco, and marijuana use during high school. *Psychol Addict Behav*. 25(1):69-79.
140. Koivusilta, L.K., Rimpelä, A.H., Kautiainen, S.M., 2006. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence or personal social position? *BMC Public Health* 6: 110.
141. Kokkevi, A., Stefanis, C., 1991. The epidemiology of licit and illicit substance use among high school students in Greece. *Am J Public Health*, 81(1), 48-52.
142. Koutra, K., Papadovassilaki, K., Kalpoutzaki, P., Kargatzi, M., Roumeliotaki, T., Koukouli S., 2012. Adolescent drinking, academic achievement and leisure time use by secondary education students in rural area of Crete. *Health Soc Care Community*. 20(1):61–9.
143. Kreitman N., 1986. Alcohol consumption and the preventive paradox. *British Journal of Addiction*, 81, 353-364.
144. Kumpfer K.L. & Tuner C., 1991. The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *Int J Addict* 25 (4A) 435-462
145. Kuntsche, E., Vorst, H., & Engels, R., 2009. The earlier the more? Differences in the links between age at first drink and adolescent alcohol use and related problems according to quality of parent-child relationships. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 346-354.
146. Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., Aittomaki, A., 2004. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health*, 58(4): 327-32.

147. Lee, P.A., 1980. Normal ages of pubertal events among American males and females. *Journal of Adolescent Health Care*, 1(1), 26-29. doi:10.1016/S0197-0070(80)80005-2
148. Lenroot, R. K., Giedd, J.N., 2006. Brain development in children and adolescents: insights from anatomical magnetic resonance imaging". *Neurosci Biobehav Rev* 30(6): 718-29.
149. Leon, D. A., Saburova, L., Tomkins, S., Andreev, E., Kiryanov, N., McKee, M., & Shkolnikov, V.M., 2007. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet* 369, 2001-2009.
150. Levine, H.G., 1978. The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 39, 1, 143-174.
151. Levenson, R.W., Sher, K.J., Grossman, L.M., Newman, J., Newlin, D.B., 1980. Alcohol and stress response dampening: Pharmacological effects, expectancy, and tension reduction. *J Abnorm Psychol.* 08;89(4):528-38.
152. Lewis, G., Pelosi, A.J., Araya, R., Dunn, G., 1992. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22(2), 465–486.
153. Lewis, G., Pelosi, A.J., Glover, E., Wilkinson, G., Stansfeld, S.A., Williams, P. & Shepherd, M., 1988. The development of a computerized assessment for minor psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 18, 737–745.
154. Liu, I.C., Blacker, D.L., Xu R, Fitzmaurice, G., Lyons, M.J., Tsuang, M.T., 2004. Genetic and environmental contributions to the development of alcohol dependence in male twins. *Archives of General Psychiatry.* 61: 897-903.
155. Lloyd – Richarson, E.E., Papandonatos, G, Kazura, A., Stanton, C, & Niaura, R. Differentiating stages of smoking intensity among adolescents: stage-specific psychological and social influences. In: Gutman L., Eccles J. S. Peck, S. Malanchuk, O., 2011. The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1):119-128
156. Lucia, S., 1963a .A History of Wine as Therapy. Philadelphia: Lippincott, 216: 36-40
157. Luo, X., Kranzler, H.R., Zuo, L., Wang, S., Blumberg, H.P., Gelernter, J., 2005. CHRM2 gene predisposes to alcohol dependence, drug dependence and affective disorders: results from an extended case-control structured association study. *Human Molecular Genetics.* 14: 2421-2434.
158. Macaulay, A.P., Griffin, K.W., Gronewold, E., Williams, C., Botvin, G.J., 2005. Parenting practices and adolescent drug-related knowledge, attitudes, norms and behavior. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 49, 67-83.
159. Maisto, S.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., 1979. Comparison of alcoholics' self-reports of drinking behavior with reports of collateral informants. *J Consult Clin Psychol* 47: 106-112.
160. Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K., 2002. Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867–886
161. Marshall, E.J., 2014. Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*, 49(2), 160–164

162. Marshall, E.J., Murray, R.M., 1992. The familial transmission of alcoholism – imitation and inheritance. *Br Med J*, 303: 72- 73.
163. McGue, M., 1994. Genes, environment, and the etiology of alcoholism. In R. Zucker, G. Boyd, & J. Howard (Eds), *The development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk* (pp. 1–40). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
164. Messing, R.O., 2014. Alcohol and the Nervous System. *Aminoff's Neurology and General Medicine: Fifth Edition* (Vol. 125). <http://doi.org/10.1016/B978-0-12-407710-2.00033-3>
165. Messler, E. C., Quevillon, R.P., and Simons, J.S., 2014. The Effect of Perceived Parental Approval of Drinking on Alcohol Use and Problems. *Journal of Alcohol and Drug Education* 58(1): 44-59.
166. Miller, P., 1997. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers, *Drug and Alcohol Dependence* 45:1-2, pp. 121–9
167. Mistral, W., 2013. *Emerging Perspectives on Substance Misuse*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons.
168. Moss, H.B., Kirisci, L., Gordon, H.W., Tarter, R.E., 1994. A neuropsychologic profile of adolescent alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 18(1): 159-163.
169. Mulia, N., Zemore, S.E., Murphy, R., Liu, H., Catalano, R., 2014. Economic loss and alcohol consumption and problems during the 2008 to 2009 US recession. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 38(4), 1026-1034.
170. Newbury-Birch, D., Walker, J., Avery, L., Beyer, F., Brown, N., Jackson, K., Lock, C.A., McGovern, R., Kaner, E., Gilvarry, E., McArdle, P., Ramesh, V., & Stewart, S., 2009. Impact of alcohol consumption on Young people. A systematic Review of Published Reviews. Research Report No. DCSF-RR06, Newcastle University 2009
171. NHMRC (2009): *Australian guidelines To Reduce Health Risks from Drinking Alcohol*. National Health and Medical Research Council, Commonwealth of Australia
172. O'Connell H., Chin A.V., Hamilton F., Cunningham C., Walsh J.B., et al., 2004. A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 19: 1074-1086.
173. Olweus D: *The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire* Bergen, Norway: University of Bergen, 1996.
174. Owens, T.J, Shippee, N.D., Hensel, D.J., 2008. Emotional Distress, Drinking, and Academic Achievement across the Adolescent Life Course. *Journal of youth and adolescence*, 37(10), 1242-1256.
175. Oyserman, D., Yoder, N., & Fryberg, S.A., 2007. Identity-based motivation and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1011-1027.
176. Patrick, M.E., Schulenberg, J.E., 2010. Alcohol use and heavy episodic drinking prevalence and predictors among national samples of American eighth- and tenth-grade students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 41-5.
177. Patton, G.C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J.B., Wolfe, R., Bowes, G., 1999. A computerized screening instrument for adolescent depression: population-based validation and application to a two-phase case–control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 34(3), 166–72.

178. Pechansky F., Szobot C., Scivoletto S., 2004. Alcohol use among adolescents: concepts, epidemiological characteristics and etiopatogenic factors. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(2):iii-v.
179. Perkins, H.W., Meilman, P.W., Leichliter, J.S., Cashin, J.R., Presley, C.A., 1999. Misperceptions of the norms for the frequency of alcohol and other drug use on college campuses. *Journal of American College Health*, 47, 253-258.
180. Perkins, H.W., 2003. The emergence and evolution of the social norms approach to substance abuse prevention. In H. W. Perkins (Ed.), *The social norms approach to preventing school and college age substance abuse: A handbook for educators, counselors, and clinicians*. (pp. 3-17). San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
181. Pettit, G.S., Bates, J.E., Dodge, K.A., Meece, D.W., 1999. The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development*, 70(3), 768-778.
182. Petraitis J., Flay B.R., Miller T.Q., 1995. Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*. 117:67–86
183. Pitkanen, T., Lyyra, A.L. & Pulkkinen, L., 2005. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*, 100, 652-61.
184. Plevova, I., Hlavkova, M., 2016. Alcohol consumption in adolescents. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 7(1), 377-383.
185. Poikolainen, K., Paljarvi, T., Makela, P., 2011. Risk factors for alcohol-specific hospitalizations and deaths: prospective cohort study. *Alcohol Alcohol*, 46, 342-8.
186. Pool, D., 1993. *What Jane Austen ate and Charles Dickens knew. From foxhunting to Whist – the facts of daily life in the 19th Century England*. New York. Touchstone.
187. Quigley, L., Marlatt, A (1996). “Drinking among young adults: Prevalence, Patterns and Consequences.” *Life Stage Issues*, 20(3)185-191.
188. Ray, R., Gornick, J.C., Schmitt, J., 2008. *Parental Leave Policies in 21 Countries: Assessing Generosity and Gender Equality*. Washington DC: Centre for Economic and Policy Research.
189. Ryan, M. et al (2010), Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies; Bremner et al, op. cit.
190. Rehm, J., Kailasapillai, S., Larsen, E., Rehm, M.X., Samokhvalov, A.V., Shield, K.D., Roerecke, M., Lachenmeier, D.W., 2014. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. *Addiction* 109(6): 880-893.
191. Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., Sempos, C.T., 2003. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*, 98, 1209-1228.
192. Ramstedt, M., 2001. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96, S19-S34.

193. Richard D., Lorna J. Templeton, Copello A.G., 2005. "The Role of the Family in Preventing and Intervening with Substance use and Misuse: A Comprehensive Review of Family Interventions, with a Focus on Young People." *Drug and Alcohol Review* 24(2):93-109.
194. Rohde P, Lewinsohn, P.M., Seeley J.R., 1996. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35(1): 101-109
195. Room, R., Babor, T., Rehm, J., 2005. Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519–530. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2)
196. Samet, J.H., Pace, C.A., Cheng, D.M., Coleman, S., Bridden, C., et al., 2010. Alcohol use and sex risk behaviors among HIV-infected female sex workers (FSWs) and HIV-infected male clients of FSWs in India. *AIDS Behav* 14 Suppl 1: S74-83.
197. Sartor CE & Jouniss L., 2002. The relationship between positive parental identify achievement during adolescence. *Adolence*, 37(146), 221-235
198. Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Grant, M., 1993. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 88: 791-804.
199. Schulenberg, J., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Wadsworth, K. N., Johnston, L.D., 1996. Getting drunk and growing up: trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(3), 289–304.
200. Schweinsburg, B.C., Alhassoon, O.M., Taylor, M.J., Gonzalez, R., Videen, J.S., Brown, G.G et al., 2003. Effects of alcoholism and gender on brain metabolism. *American Journal of Psychiatry* 160(6):1180–1183.
201. Sharp, D.J. & Lowe, G., 1989a. Adolescents and alcohol - a review of recent British research. *Journal of Adolescence* 12,295-307
202. Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K. & Brent, E.E., 1991. Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 427-448.
203. Sher, K.J., Trull, T.J., Bartholow, B.D., Vieth, A., 1999. Personality and Alcoholism: Issues, methods, and etiological processes. In K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd ed., pp. 54-105). New York, NY: Guilford Press.
204. Shin, S.H., Miller, D.P., & Teicher, M.H., 2013. Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 127(1), 31–38. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.06.005
205. Shupe,r P.A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., et al., 2010. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS--a systematic review. *Alcohol Alcohol* 45: 159-166.
206. Singletary, K.W., & Gapstur, S.M., 2001. Alcohol and breast cancer: Re - view of epidemiologic and experimen - tal evidence and potential mechanisms. *Journal of the American Medical Associ - ation*, 286, 2143-2151.

207. Skogen J.C, Sivertsen B, Lundervoid A.J, Stormark K.M, Jakobsen R, Hysing M., 2014. Alcohol and drug use among adolescents: and the co-occurrence of mental health problems. Ung@hordaland, a population-based study, *BMJ open*; 4(9):e005357
208. Smart, R.G., 1996. "Behavioral and social consequences related to the consumption of different beverage types." *J. Stud. Alcohol. Drugs* 57:77-84.
209. Sobell, M.B., Sobell, L.C., Klajner, F., Pavan, D., Basian, E., 1986. The reliability of a timeline method for assessing normal drinker college students' recent drinking history: utility for alcohol research. *Addict Behav* 11: 149-161.
210. Soo Hoo, G.W., Hinds, R.L., Dinovo, E., Renner, S.W., 2003. Fatal large-volume mouthwash ingestion in an adult: a review and the possible role of phenolic compound toxicity. *J. Intensive Care Med.* 18, 150-155.
211. Sournia, J.C., 1990. *A History of Alcoholism*. Oxford: Basil Blackwell, pp. 5-6. Raymond, id., p. 55.
212. Spears, L.P., 2000. The adolescent brain and age-related behavioural manifestations. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, 24(4), 417-463.
213. Stacey, B., Davies, J., 1970. Drinking behaviour in childhood and adolescence: An evaluative review. *British Journal of Addiction* 65, 203-212
214. Standage, T., 2006. *A history of the world in six glasses*. Atlantic Books.
215. Steinberg, L., & Morris, A.S., 2001. Adolescent development. *Annual review of psychology*, 52, 83.
216. Stocker, C.M., Lanthier, R.P., Furman, W., 1997. Sibling relationships in early 3200.11.2.210
217. Steinberg, L., 2005. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci* 9: 69-74.
218. Stockwell, W.R., Kirchner, F., Kuhn, M., Seefeld, S., 1997. A New Mechanism for Regional Atmospheric Chemistry Modeling, *J. Geophys. Res.*, 102, 25847-25879.
219. Stolle, M., Sack, P.M., Thomasius, R., 2009. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch. Arztebl. Int.* 106, 323-328.
220. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2013). Report to congress on the prevention and reduction of underage drinking. (Vol. 1, pp. 1-948). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
221. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied studies. 2002. A national survey on drug use and health: National findings. Rockville, MD: NSDUH Series H-22, DHHS Publication No. SMA 03-3836.
222. Swahn, M. H., Bossarte, R. M., Ashby, J. S., & Meyers, J. (2010). Pre-teen alcohol use initiation and suicide attempts among middle and high school students: Findings from the 2006 Georgia Student Health Survey. *Addictive Behaviors*, 35, 4452-4458.
223. Tsoumakas, K., Tanaka, M., Petsios, K., Filditsis, G., Gkoutzivelakis, A. & Pavlopoulou I., 2014. Alcohol drinking habits and negative experiences among adolescents in Greece. *Open journal of Pediatrics*, 4, 222-230
224. Thakker, K.D., 1998. "An overview of Health Risks and Benefits of Alcohol Consumption". *Alc. Clin. Exp Res.* 22(57): 285-298.

225. Tapert, S. F. & Schweinsburg, A.D., 2005. The human adolescent brain and alcohol use disorders. *Recent Dev Alcohol* 17: 177-197.
226. Tarter, R. E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J. R., Pajer, K., Vanyukov, M., Gardner, W., Blackson, T., Clark, D., 2003. Neurobehavioural disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1078-1085. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1078
227. The ESPAD Group. ESPAD Report, 2015. Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
228. Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Luukkaala, T., Rimpelä, A., 2017. Trends in Alcohol Use among Adolescents from 2000 to 2011: The Role of Socioeconomic Status and Depression. *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), 95–103
229. Urbanoski, K.A., & Kelly, J.F., 2011. Understanding genetic risk for substance use and addiction: A guide for non-geneticists. *Clinical Psychology Review*, 32(1), 60-70. doi:10.1016/j.cpr.2011.11.002
230. U.S. Department of Health and Human Services, 2007. The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking. Washington, DC: U.S. DHHS, Office of the Surgeon General.
231. Van der Vorst, H., Engels, R.C.M.E., Burk, W.J., 2010. Do parents and best friends influence the normative increase in adolescents' alcohol use at home and outside the home? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 105-114.
232. Van Zundert, R.M.P., Van Der Vorst, H., Vermulst, A.A., Engels, R.C.M.E., 2006. Pathways to Alcohol Use Among Dutch Students in Regular Education and Education for Adolescents with Behavioural Problems: The Role of Parental Alcohol Use, General Parenting Practices, and Alcohol-Specific Parenting Practices. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 456-467.
233. Velleman, R., 2009. Influences on how children and young people learn about and behave towards alcohol. York: Joseph Rowntree Foundation, pp. 17–19; Bremner, P. et al (2011), Young people, alcohol and influences. York: Joseph Rowntree Foundation
234. Verdurmen, J., Monshouwer, K., Van Dorsselaer, S., ter Bogt T & Vollebergh, W., 2005. Alcohol Use and Mental Health in Adolescents: Interactions with Age and Gender—Findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 605-9
235. Visser, L., de Winter, A F., Reijneveld, S.A., 2012. The parent–child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 12, 886.
236. Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Lee, H., 2000. College binge drinking in the 1990s: a continuing problem: results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 48, 199–210.
237. Wechsler, H., Moeykens, B., Davenport, A., Castillo, S., & Hansen, J., 1995. The adverse impact of heavy episodic drinkers on other college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(6), 628–634.

238. Wang, B., Deveaux, L., Li, X., Marshall, S., Chen, X., Stanton, B., 2014. The impact of youth, family, peer and neighborhood risk factors on developmental trajectories of risk involvement from early through middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 106, 43-52
239. World Health Organization, 2010. Governments confront drunken violence. *Bulletin of the World Health Organization* 88(9), 641-716.
240. Watney, J., 1974. *Beer is Best: A History of Beer*, London: Owen, p. 16
241. Wiers, R.W., Fromme, K., Latvala, A., Stewart, S., 2012. Risk and protective factors for underage drinking. (1st ed., pp. 79-105). Louvain-la-Neuve, Belgique: Presses Universitaires de Louvain.
242. White, A.M. & Swartzwelder, H.S., 2005. Age-related effects of alcohol on memory and memory related brain function in adolescents and adults. In M. Galanter, (Ed.) *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 17: Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults: Epidemiology, Neurobiology, Prevention, and Treatment*. (pp. 161–176). New York: Springer.
243. WHO, 2014. *Global status report on alcohol and health*
244. Wills, T.A., Dishion T.J., 2004. Temperament and adolescent substance use: a transactional analysis of emerging self-control. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 33(1):69-81.
245. Witt, E.D., 2010. Research on alcohol and adolescent brain development: opportunities and future directions. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 44(1), 119–24. <http://doi.org/10.1016/j.alcohol.2009.08.011>
246. Steinberg L., 2005. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci*, 9: 69-74.
247. Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Bergman, M, Reich, W., Hesselbrock, V.M., Smith, T.L., 1997. Comparison with induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 154(7):948-57 .
248. Spoth, R., 2008. Translating Family-Focused Prevention Science Into Effective Practice: Toward a Translational Impact Paradigm. *Current Directions in Psychological Science*, 17(6), 415-421. doi:10.1111/j.1467-8721.2008.00617.x
249. Spear, L.P., 2002. "The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol." *J Stud Alcohol Suppl*(14): 71-81.
250. Skärstrand, E., Larsson, J., Andréasson, S., 2008. Cultural adaptation of the Strengthening Families Programme to a Swedish setting. *Health Education*, 108(4), 287-300. doi:10.1108/09654280810884179
251. Steinberg, L., 2001. We Know Some Things: Parent–Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19. doi: 10.1111/1532-7795.00001
252. Tinsley, M., & Hendrickx, S., 2008. *Asperger Syndrome and Alcohol: Drinking to Cope?*. London, GBR: Jessica Kingsley Publishers.
253. Tsiligianni, I.G., Vardavas, C., Bouloukaki, I., Kosmas, E., Verigou, E., Kiriakaki, M., Sifakas, N., Tzanakis, N., 2012. The association between alcohol and tobacco use among elementary and high school students in Crete, Greece. *Tobacco Induced Diseases*, 10(1):15 .

254. Velleman, R., 2009. Influences on how children and young people learn about and behave towards alcohol. A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation (part one). York: Joseph Rowntree Foundation.
255. Wang J.C., Hinrichs, A.L., Stock, H., Budde, J., Allen, R., Bertelsen S, et al., 2004. Evidence of common and specific genetic effects: association of the muscarinic acetylcholine receptor M2 (CHRM2) gene with alcohol dependence and major depressive syndrome. *Human Molecular Genetics*, 13:1903-1911.
256. White, A.M. & Swartzwelder, H.S., 2005. Age-related effects of alcohol on memory and memory related brain function in adolescents and adults. In M. Galanter, (Ed.) *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 17: Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults: Epidemiology, Neurobiology, Prevention, and Treatment.* (pp. 161–176). New York: Springer.
257. White, M.A., Thornton, P. E., Running, S.W., Nemani, R.R., 2000. Parameterization and sensitivity analysis of the BIOME-BGC terrestrial ecosystem model: net primary production controls. *Earth Interactions* 4: 1–85.
258. Witt, E.D., 2010. Research on alcohol and adolescent brain development: opportunities and future directions. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 44(1), 119–24.
259. Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D., 1995. Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: Development of a mediational model. *Health Psychology*, 14(5), 464-478.
260. White, I.R., 1999. The Level of Alcohol Consumption at Which All-Cause Mortality Is Least. *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 52, Issue 10, October 1999, Pages 967-975
261. Wilson, T.M., 2005. Drinking cultures: Sites and practices in the production and expression of identity. In Wilson, T.M. (ed.). *Drinking cultures: Alcohol and Identity.* London: Berg; 1-24.
262. Windle, M., Spear, L.P., Fuligni, A. J., Angold, A., Brown, J.D., Pine, D., Smith, G., Giedd, J., Dahl, R.E., 2008. Transitions into underage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*, 121(Supplement 4), S273–S289. doi:10.1542/peds.2007-2243C
263. Windle, M., Scheidt, D.M., 2004. Alcohol subtypes: are two sufficient? *Addiction*, 99(12):1508–1519.
264. Windle, M., Zucker, R.A., 2010. Reducing underage and young adult drinking: how to address this developmental period. *Alcohol Res Health*, 33(1):29–44.
265. Woods, B.A., 2011. Social and emotional predictors of alcohol-related problems among diverse adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.* Retrieved from http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqdiss&rft_dat=xri:pqdiss:3431526\nhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc8&NEWS=N&AN=2011-99120-213
266. World Health Organization [WHO], 2007. Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm. Geneva, Switzerland: A60/14.
267. Zablotska IB, Gray RH, Serwadda D, Nalugoda F, Kigozi G, Sewankambo, N., Lutalo, T., Mangen, F.W., Wawer, M., 2006. Alcohol use before sex and HIV acquisition: a longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS* 20: 1191-1196.

268. Zakhari, S., 2006. Overview: how is alcohol metabolized by the body? Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 29(4), 245–254.
269. Zeigler, D, Wang, C.C., Yoast, R.A., Dickinson, B.D., McCaffree, M.A., Robinowitz, C.B., Sterling, M.L., 2005. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine, 40(1):23-32.
270. Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Moses, H.D., 1995. Emergence of alcohol problems and several alcoholism: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation. New York. Wiley, P.677-711

Ελληνική

1. Τσαρούχας, Κ., 2000. Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό. Εκδόσεις «Άγκυρα». Αθήνα.
2. American Psychiatric Association: Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2004.
3. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2001

Ιστοσελίδες

1. British Medical Association, 2009. The cost of Alcohol Harm. Διαθέσιμο στο: <http://bma.org.uk/alcohol> (ανακτήθηκε 11/06/2019).
2. Alchin, L., 2012. The Middle Ages. Διαθέσιμο στο: www.lordsandladies.org. (ανακτήθηκε 24/2/2017).
3. Fact Sheet, 2016. Alcohol use in adolescents. Health behaviour in school-aged children (HBSC) survey. Διαθέσιμο στο :
4. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/303470/HBSC-No.7-factsheet_Alcohol.pdf?ua=1 (Ανακτήθηκε 4/6/ 2017)
5. National Health & Medical Research Council, 2012. New national guidelines for alcohol consumption. Διαθέσιμο στο:
6. [http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/36E6FEE732C8DF1BCA25767200769CD8/\\$File/adult.pdf](http://www.alcohol.gov.au/internet/alcohol/publishing.nsf/Content/36E6FEE732C8DF1BCA25767200769CD8/$File/adult.pdf) (ανακτήθηκε 1/5/ 2018).
7. Talk to Frank. Διαθέσιμο στο: <http://www.talktofrank.com/drug/alcohol> (ανακτήθηκε 11.5.2019)
8. European Information System on Alcohol and Health, 2017. Data and Statistics. Διαθέσιμο στο : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics>. (ανακτήθηκε 11.5.2019)

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AUD:	Alcohol Use Disorders
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE:	Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, and Eye-openers-screening test for problem drinking and potential alcohol problems
DSM IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESPAD:	The European Survey Project Alcohol and Other Drugs.
EISAH:	European Information System on Alcohol and Health
IAS:	Institute of Alcohol Studies
WHO:	World Health Organization
MINI:	Mini International Neuropsychiatric Interview questionnaire
SAMHSA:	Substance Abuse and Mental Health Services Administration

14. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η έναρξη, η τακτική χρήση και συχνά τα πρώτα στάδια κατάχρησης αλκοόλ εντοπίζονται ήδη από την εφηβική ηλικία. Η κατανάλωση αλκοόλ στην εφηβεία ή στη πρώιμη ενήλικη ζωή είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα που θέτει σε κίνδυνο τα νεαρά άτομα, έχοντας σοβαρές προσωπικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες τόσο για τους ίδιους όσο και τις οικογένειές τους αλλά και την κοινωνία γενικότερα. Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν τις επιβλαβείς συνέπειες από τη χρήση του ιδίως σε μικρή ηλικία. Είναι από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για θνησιμότητα και νοσηρότητα παγκοσμίως, έχει συσχετιστεί με προβλήματα ψυχικής υγείας, θεωρείται αιτία ατυχημάτων, τραυματισμών, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, βίας και διακοπής διαπροσωπικών σχέσεων. Τα πρότυπα κατανάλωσης αλκοόλ που διαμορφώνονται σ' αυτή την ηλικιακή φάση φαίνεται να επηρεάζουν τις μετέπειτα συνήθειες του ενήλικου ατόμου σχετικά με την χρήση της νόμιμης αυτής ψυχοδραστικής ουσίας. Το γεγονός αυτό καθιστά τον εντοπισμό προκαθοριστικών παραγόντων εκδήλωσης προβληματικής χρήσης και την έγκαιρη παρέμβαση καθοριστικής σημασίας.

Στόχοι: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού και των κοινωνικοδημογραφικών συσχετίσεων της χρήσης αλκοόλ σε ένα δείγμα εφήβων μαθητών Δ/θμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Μελετήθηκε επίσης η συννοσηρότητα με κοινές ψυχικές διαταραχές και κατανάλωση άλλων ουσιών αλλά και η χρήση υπηρεσιών υγείας από εφήβους που κάνουν επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ. Η μελέτη περιελάμβανε ερευνητικά δεδομένα από δύο χρονικές περιόδους: το 2008, δηλαδή λίγο πριν την έναρξη της κρίσης του 2009 και το 2016, κατά τη διάρκεια της κρίσης. Δίνεται έτσι και η ευκαιρία σύγκρισης των δεδομένων αυτών και εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων.

Μέθοδοι: Μέσω μιας διαδικασίας τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας προέκυψε ένα δείγμα 2,431 εφήβων, στους οποίους χορηγήθηκε στη δεύτερη φάση της μελέτης του 2008 μια λεπτομερής ψυχιατρική συνέντευξη. Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε μέσω της πλήρους δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R). Για την εκτίμηση της χρήσης αλκοόλ επιλέχθηκαν ερωτήσεις από τη διεθνή έκδοση του ερωτηματολογίου HBSC. Επίσης, αντλήθηκαν δεδομένα για διάφορες κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, τη σχολική επιθετικότητα, τη χρήση υπηρεσιών υγείας και τη χρήση νικοτίνης και κάναβης. Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας του 2016 (n = 507 έφηβοι) χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε μια συνοπτική αξιολόγηση που εκτιμά η ψυχιατρική συνέντευξη CIS-R, κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση νικοτίνης, κάναβης και αλκοόλ.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των εφήβων μαθητών πίνουν, με ήπια συχνότητα και δείχνοντας προτίμηση στα ελαφριά αλκοολούχα ποτά. Ένας σημαντικός αριθμός εφήβων μεθά αν και οι περισσότεροι απέχουν από αυτήν την επικίνδυνη συμπεριφορά. Αναφορικά με τα δύο φύλα, τα αγόρια πίνουν και μεθούν συχνότερα από τα κορίτσια ενώ η μεγαλύτερη ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο μέθης. Κακή σχέση με τους γονείς, κυρίως με τον πατέρα, σχετίζεται με ανάπτυξη αρνητικών προτύπων συμπεριφοράς αλκοόλ. Το κάπνισμα αναδεικνύεται σε ένα σταθερό παράγοντα συσχετισμού τόσο με τη συχνή χρήση όσο και με τη μέθη, ενώ η κάναβη αυξάνει τον κίνδυνο κυρίως για συχνή χρήση. Οι μαθητές με μέτριες επιδόσεις έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμπλακούν με προβληματική κατανάλωση αλκοόλ όπως επιβεβαιώνουν και οι δύο μελέτες. Όσον αφορά την ψυχιατρική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζεται με προβληματική χρήση.

Συμπεράσματα: Ανεξάρτητα από τις κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί στο πέρασμα των χρόνων και παρά τις σαφείς απαγορεύσεις του νόμου, μεγάλο ποσοστό αγοριών και κοριτσιών στη χώρα μας έπινε και συνεχίζει να πίνει πριν την ηλικία των 18 ετών. Η κρίση που διέρχεται η χώρα μας τα τελευταία χρόνια δε φαίνεται να αύξησε τα ποσοστά συχνής χρήσης ή μέθης στο μαθητικό πληθυσμό. Το κρασί και η μπίρα, επιλέγονται πιο συχνά από τους Έλληνες εφήβους. Όσοι απευθύνονται για βοήθεια και κυρίως όσοι ταυτόχρονα εμφανίζουν ψυχιατρική νοσηρότητα καθώς επίσης και οι μαθητές που κάνουν χρήση καπνού, κάναβης ή παρουσιάζουν μειωμένη σχολική επίδοση θα πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα για ένταξη σε παρεμβάσεις πρόληψης καθώς ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

SUMMARY

Background: Onset of alcohol use and alcohol-related problems mainly occur during adolescence. Drinking alcohol in adolescence or early adulthood is a global problem that puts young people at risk, with serious personal, social and economic consequences for themselves, their families and society. Its potential positive effects on mood and social life as well as familiarity with the negative consequences make alcohol a socially acceptable substance, in many cases even for use by minors. Many studies however confirm the harmful effects of its use especially at an early age. Alcohol is a major risk factor for morbidity and mortality in youth. Furthermore, alcohol related problems have been associated with physical and mental health problems, risky and violent behaviours, low achievement in school, road accidents and injuries. Patterns of alcohol use at this period of life are strongly associated with alcohol related behaviors later in adulthood. This makes the identification of predefined problem exposure agents and timely intervention crucial.

Aims: Aim of the current study is to examine the prevalence of various patterns of alcohol consumption and the association of hazardous alcohol use with mental health, a range of school and family related variables and the use of health services in a community sample of Greek adolescents. The study included research data from two time periods: a) 2008, just before the start of the 2009 crisis and b) 2016, during the crisis.

Methods: 2431 adolescents attending 25 senior high schools in Greece were the stratified random sample that participated at the second phase of 2008 study consisted of the computerized Greek version of a fully-structured psychiatric interview (revised Clinical Interview Schedule). The alcohol use was assessed using questions taken from a previous WHO school survey. Several sociodemographic and socioeconomic variables, health services use, nicotine and cannabis use have been also assessed. A brief questionnaire was used to collect the 2016 survey data (n= 507 adolescents), which included a summary evaluation assessed by the CIS-R psychiatric interview, socio-demographic and socioeconomic variables and alcohol, tobacco and substance use questions.

Results: The majority of the adolescents consume alcohol with a mild frequency and they prefer light alcoholic beverages. A significant number of teenagers get drunk although most abstain from this harmful behavior. Boys drink and get drunk more often than girls and the older the age, the greater the risk of intoxication. Frequent alcohol consumption and drunkenness are strongly associated with the presence of psychiatric disorders, smoking and cannabis use, lower school performance, bad or fair relationship with father and increased health services use as both surveys show.

Conclusions: Regardless of the socio-economic changes that have taken place over the years and despite

the explicit prohibitions of the law, a large proportion of boys and girls in our country drink before the age of 18. The crisis that our country is going through in recent years does not seem to have increased the rates of frequent use or drunkenness in the student population. Wine and beer are more often chosen by Greek teenagers. Those who seek help, especially those who are at the same time mentally ill, as well as students who use tobacco, cannabis or have low school performance should be a priority for inclusion in prevention interventions as they belong to the high-risk group.

Research Article

Epidemiology of Alcohol Use in Late Adolescence in Greece and Comorbidity with Depression and Other Common Mental Disorders

Grigorios Michalis, Stefanos Bellos, Spyridon Politis, Konstantina Magklara, Petros Petrikis, and Petros Skapinakis 

Department of Psychiatry, University of Ioannina School of Medicine, Ioannina, Greece

Correspondence should be addressed to Petros Skapinakis; p.skapinakis@gmail.com

Received 31 December 2018; Revised 18 June 2019; Accepted 3 July 2019; Published 25 September 2019

Academic Editor: Janusz K. Rybakowski

Copyright © 2019 Grigorios Michalis et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Background. The aim of the current study was to examine the prevalence and associations of hazardous alcohol use with sociodemographic variables and its comorbidity with depression and other common mental disorders in a sample of Greek adolescents between 16 and 18 year old. **Methods.** We recruited 2431 adolescents attending 25 senior high schools in Greece. We assessed depressive and anxiety disorders using the computerized version of a fully-structured psychiatric interview (the revised Clinical Interview Schedule / CIS-R). Alcohol use was assessed using questions taken from a previous WHO school survey. **Results.** Approximately one-third of adolescents (overall: 30.7%, boys: 39.2%, girls: 21.9%, $p < 0.00$) consumed alcohol on a weekly basis. The experience of excessive consumption, leading to drunkenness at least two or more times in their lifetime, was reported by 15.39% of the adolescents (19.42% for the boys and 11.24% for the girls, $p < 0.00$). Frequent alcohol consumption and drunkenness were strongly associated with the presence of depression, all other anxiety disorders except panic disorder, current smoking, and lifetime cannabis use, lower school performance, bad or fair relationship with parents, and increased health services use. **Conclusion.** Alcohol use is highly prevalent among Greek adolescents. Special attention for the development of more focused preventive strategies should be paid to adolescents suffering from depression or other common mental disorders.

1. Introduction

The onset of alcohol use and alcohol-related problems mainly occur during adolescence [1, 2]. The way alcohol is consumed at this period of life, including age of onset, quantity, and frequency of use, is strongly associated with alcohol related behaviors later in adulthood [3]. Alcohol is a major risk factor for morbidity and mortality in youth, as 1 out of 4 deaths among aged 15–29 in the developed world is associated with alcohol use [4]. Furthermore, alcohol-related problems have been associated with physical and mental health problems, psychosomatic symptoms, risky and violent behaviors, low achievement in school, road accidents, and injuries [5–7].

Data from large international epidemiological studies, although very useful for cross-cultural comparisons do not study extensively hazardous alcohol consumption and its associations with

sociodemographic variables and comorbidity with other common mental disorders in this age period [8, 9]. The association between hazardous alcohol consumption and those determinants are useful for informing etiopathology of alcohol-related problems or planning prevention strategies. Furthermore, these associations may significantly differ across different cultures of alcohol consumption, especially between Southern and Northern Europe countries. Thus, reliance on data about those associations from countries with different alcohol-related culture may be inconclusive. Based on the above, the more detailed study at the country level of the prevalence of hazardous alcohol use and its association with depression or anxiety disorders would be of special importance for planning culture-specific prevention strategies and would lead to useful conclusions about the possible differences in risk-factors and consequences of alcohol-related problems across cultures.



Taylor & Francis

Taylor & Francis Group
https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1324038

ORIGINAL ARTICLE

Epidemiology and comorbidity of obsessive–compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece

Spyridon Politis^a, Konstantina Magklara^a, Petros Petrikis^a, Grigorios Michalis^a, Gregoris Simos^b and Petros Skapinakis^a^aDepartment of Psychiatry, University of Ioannina School of Medicine, Ioannina, Greece; ^bDepartment of Educational and Social Policy, School of Social Sciences, Humanities and Arts, University of Macedonia, Thessaloniki, Greece

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the epidemiology, comorbidity and use of health services of obsessive–compulsive disorder (OCD) and subclinical obsessive–compulsive symptoms in late adolescence.**Methods:** A total of 2427 adolescents attending senior high schools in Greece were selected for a detailed psychiatric interview using the revised clinical interview schedule (CIS-R). Use of alcohol, nicotine and cannabis, and several socio-demographic and socio-economic variables were also assessed.**Results:** The prevalence of OCD was 1.39% (95% confidence interval [CI]: 1.05–1.84) while that of subclinical obsessive–compulsive symptoms was 2.77% (2.22–3.45). There was a female preponderance for subclinical symptoms. Financial difficulties of the family was the only socio-demographic variable that was significantly associated with OCD but not with subclinical symptoms. The pattern of comorbidity was similar for both conditions but milder in the subclinical form. About one in three reported use of general health services and one in ten use of psychiatric services.**Conclusions:** OCD and subclinical obsessive–compulsive symptoms were relatively common. Comorbidity with other psychiatric disorders and use of substances was considerable even in subclinical status, but use of specialised health services was small. Clinical and research implications are discussed.

ARTICLE HISTORY

Received 17 November 2016

Revised 8 March 2017

Accepted 19 April 2017

KEYWORDS

Epidemiology; obsessive–compulsive disorder; adolescent; comorbidity; Greece/epidemiology

Introduction

Obsessive–compulsive disorder (OCD) is a complex neuropsychiatric disorder that affects quality of life and is associated with a great amount of disability (Macy et al. 2013). OCD often emerges during childhood or adolescence: in clinical studies, about one third to one half of adult patients reported that the disorder had an onset before the age of 15 (Skoog & Skoog 1999; Fenske & Schwenk 2009). OCD in children/adolescents is being diagnosed using the same criteria as for the adult disorder and the clinical picture is similar in all age groups (Stewart et al. 2004; Geller 2006).

The worldwide prevalence of OCD in children and adolescents shows great variation, from 0.2 to 4%, depending on the methods used and the population studied (Douglass et al. 1995; Heyman et al. 2001; Fontenelle et al. 2006; Jaisoorya et al. 2015). Studies that reported a higher prevalence tend to use lay interviewers and assess milder symptomatology, including subclinical forms of illness (Verhulst et al. 1997; Rapoport & Inhoff-Germain 2000). The relationship of these subclinical forms of illness with more severe OCD remains unclear (Fineberg et al. 2013a, 2013b), although it is likely that there is a continuum from mild symptoms to clinically significant illness as observed in other mood or anxiety disorders (Ayuso-Mateos et al. 2010; Skapinakis et al. 2011c).

Socio-demographic and socio-economic associations have been also examined in epidemiological studies. Most studies do not show gender differences in prevalence (Valleni-Basile et al. 1996; Heyman et al. 2001) although a male preponderance has been reported in others (de Mathis et al. 2011). Association with education or other socio-economic status (SES) variables is conflicting (Guerrero et al. 2003; Heyman et al. 2003; Fontenelle et al. 2006). One of the difficulties in examining these associations is that OCD is often comorbid with other anxiety or mood disorders (Fineberg et al. 2013c). Studies in non clinical samples of children or adolescents that have taken into account this comorbidity are sparse (Douglass et al. 1995; Guerrero et al. 2003; Mathews et al. 2004).

In Greece, research assessing the epidemiology and comorbidity of all forms of OCD in children and adolescent populations is limited (Roussos et al. 2003) and there is a need for further research in this topic. The aim of this study was to examine the epidemiology and comorbidity of OCD and symptoms in late adolescence and to investigate whether subclinical forms of illness have a similar pattern of associations with more severe OCD.

Methods

15. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αγαπητέ/τή μαθητή / μαθήτρια του

Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και εγώ προσωπικά, εκ μέρους της ομάδας των συνεργατών μου, θα θέλαμε να σε ευχαριστήσουμε για την συμμετοχή σου στην έρευνα που κάνουμε σε Λύκεια της περιφέρειας Ηπείρου. Σκοπός της έρευνας είναι να καταγράψει το επίπεδο της ψυχικής υγείας των εφήβων μαθητών της ηλικίας σου, καθώς και την επίδραση που ασκούν το αλκοόλ, το κάπνισμα και η κάναβη στην ψυχοσωματική υγεία.

Θα θέλαμε να σε παρακαλέσουμε να **διαβάσεις προσεκτικά** την κάθε ερώτηση και να προσπαθήσεις να διαλέξεις την απάντηση που **πραγματικά σε εκφράζει** σήμερα που το συμπληρώνεις. Γνωρίζουμε ότι μερικοί μαθητές ή μαθήτριες **δεν διαλέγουν αυτό που πραγματικά τους εκφράζει**, π.χ. για να κάνουν «πλάκα» ή διότι ντρέπονται. Για το τελευταίο θα θέλαμε να σε ενημερώσουμε ότι τα δεδομένα σου είναι ανώνυμα και καλύπτονται από το **ιατρικό απόρρητο** για το οποίο εγγυώμαι προσωπικά. Για το πρώτο, θα ήθελα να σε παρακαλέσω να το αποφύγεις: είναι καλύτερο να μην προχωρήσεις στην συμπλήρωση από το να κάνεις επιλογές που δεν σε αντιπροσωπεύουν και οι οποίες θα έχουν σαν αποτέλεσμα να ακυρώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Ελπίζω ότι θα προσπαθήσεις να ανταποκριθείς και θα βοηθήσεις να κάνουμε ένα σημαντικό βήμα για την καλύτερη αναγνώριση προβλημάτων υγείας που δυστυχώς απασχολούν πολλά παιδιά της ηλικίας σου.

Με εκτίμηση,

Πέτρος Σκαπινάκης

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

<http://www.stress.gr/stressteen>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ που αφορούν ΕΣΕΝΑ

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις

EP1. Ποιο έτος γεννήθηκες;	—————▶	
EP2. Ποιο είναι το φύλο σου;	—————▶	<input type="checkbox"/> ₁ Αγόρι <input type="checkbox"/> ₂ Κορίτσι
EP3. Γενικά, θα χαρακτήριζα τον εαυτό μου σχετικά με την επίδοσή μου στο σχολείο σαν : (Σημειώστε ένα μόνο κουτί)		<input type="checkbox"/> ₁ Άριστο <input type="checkbox"/> ₂ Πολύ Καλό <input type="checkbox"/> ₃ Καλό <input type="checkbox"/> ₄ Μέτριο
EP4. Γενικά, θα έλεγες ότι η υγεία σου το τελευταίο διάστημα είναι:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Άριστη Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅
EP5. Πως νιώθεις ψυχολογικά το τελευταίο διάστημα;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Εξαιρετικά Πολύ καλά Καλά Μέτρια Κακά	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

ΣΤΟΙΧΕΙΑ που αφορούν την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΟΥ

EP6. Πόσα αδέρφια έχεις (βάλε μηδέν εάν δεν έχεις κανένα)	—————▶	
EP7. Η ηλικία του πατέρα σου: (εάν δεν θυμάσαι ακριβώς: κατά προσέγγιση) (μην συμπληρώνεις εάν ο πατέρας δεν ζει)	—————▶	
EP8. Η ηλικία της μητέρας σου: (εάν δεν θυμάσαι ακριβώς: κατά προσέγγιση) (μην συμπληρώνεις εάν η μητέρα δεν ζει)	—————▶	

EP9. Οι γονείς σου:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Είναι παντρεμένοι	<input type="checkbox"/> ₁
EP10. Η μητέρα σου:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Είναι απόφοιτη Δημοτικού / λίγες τάξεις Δημοτικού	<input type="checkbox"/> ₁
	Είναι απόφοιτη Γυμνασίου	<input type="checkbox"/> ₂
	Είναι απόφοιτη Λυκείου	<input type="checkbox"/> ₃
	Είναι απόφοιτη TEI	<input type="checkbox"/> ₄
EP11. Ο Πατέρας σου:	Είναι απόφοιτη Λυκείου	<input type="checkbox"/> ₄
	Είναι απόφοιτη TEI	<input type="checkbox"/> ₄
	Είναι απόφοιτη Ανώτατης Πανεπιστημιακής Σχολής	<input type="checkbox"/> ₅
	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Είναι απόφοιτος Δημοτικού / λίγες τάξεις Δημοτικού	<input type="checkbox"/> ₁
Είναι απόφοιτος Γυμνασίου	<input type="checkbox"/> ₂	
Είναι απόφοιτος Λυκείου	<input type="checkbox"/> ₃	
Είναι απόφοιτος TEI	<input type="checkbox"/> ₄	
Είναι απόφοιτος Ανώτατης Πανεπιστημιακής Σχολής	<input type="checkbox"/> ₅	

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

EP12. Απασχόληση της μητέρας σου		EP13. Απασχόληση του πατέρα σου	
<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>		<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
Είναι μισθωτή στο δημόσιο τομέα	<input type="checkbox"/> ₁	Είναι μισθωτός στο δημόσιο τομέα	<input type="checkbox"/> ₁
Είναι μισθωτή στον ιδιωτικό τομέα	<input type="checkbox"/> ₂	Είναι μισθωτός στον ιδιωτικό τομέα	<input type="checkbox"/> ₂
Έχει την δικιά της δουλειά	<input type="checkbox"/> ₃	Έχει την δικιά του δουλειά	<input type="checkbox"/> ₃
Είναι συνταξιούχος	<input type="checkbox"/> ₄	Είναι συνταξιούχος	<input type="checkbox"/> ₄
Είναι άνεργη – δεν δουλεύει αλλά ψάχνει για δουλειά	<input type="checkbox"/> ₅	Είναι άνεργος – δεν δουλεύει αλλά ψάχνει για δουλειά	<input type="checkbox"/> ₅
Φροντίζει το σπίτι	<input type="checkbox"/> ₆	Δεν μπορεί να δουλέψει λόγω προβλημάτων	<input type="checkbox"/> ₆
Άλλο	<input type="checkbox"/> ₇	Άλλο	<input type="checkbox"/> ₇
EP14. Πώς πιστεύεις ότι τα πηγαίνει η οικογένειά σου στον οικονομικό τομέα;		<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
		Δεν αντιμετωπίζει καμιά δυσκολία	<input type="checkbox"/> ₁
		Αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες	<input type="checkbox"/> ₂
		Αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες	<input type="checkbox"/> ₃
		Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες	<input type="checkbox"/> ₄
EP15. Γενικά, θα έλεγες ότι οι σχέσεις σου με τον πατέρα σου το τελευταίο διάστημα είναι: (μην συμπληρώνεις εάν ο πατέρας δεν ζει)		<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
		Άριστες	<input type="checkbox"/> ₁
		Πολύ καλές	<input type="checkbox"/> ₂
		Καλές	<input type="checkbox"/> ₃
		Μέτριες	<input type="checkbox"/> ₄
		Κακές	<input type="checkbox"/> ₅
EP16. Γενικά, θα έλεγες ότι οι σχέσεις σου με τη μητέρα σου το τελευταίο διάστημα είναι: (μην συμπληρώνεις εάν η μητέρα δεν ζει)		<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
		Άριστες	<input type="checkbox"/> ₁
		Πολύ καλές	<input type="checkbox"/> ₂
		Καλές	<input type="checkbox"/> ₃
		Μέτριες	<input type="checkbox"/> ₄
		Κακές	<input type="checkbox"/> ₅

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΟΥΣΙΩΝ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 10 προτάσεις **επίλεξε** στο αντίστοιχο κουτάκι την απάντηση που σε **εκφράζει περισσότερο**.

EP1. Πόσο συχνά πίνεις μπύρα αυτή την περίοδο;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Ποτέ	<input type="checkbox"/> ₁
	Σπάνια	<input type="checkbox"/> ₂
	Μια φορά το μήνα	<input type="checkbox"/> ₃
	Μια φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/> ₄
	Καθημερινά	<input type="checkbox"/> ₅
EP2. Πόσο συχνά πίνεις κρασί αυτή την περίοδο;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Ποτέ	<input type="checkbox"/> ₁
	Σπάνια	<input type="checkbox"/> ₂
	Μια φορά το μήνα	<input type="checkbox"/> ₃
	Μια φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/> ₄
	Καθημερινά	<input type="checkbox"/> ₅
EP3. Πόσο συχνά πίνεις - αυτή την περίοδο - άλλα οινοπνευματώδη ποτά (Ουίσκι, βότκα, τζιν, ούζο, λικέρ, κτλ)	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Ποτέ	<input type="checkbox"/> ₁
	Σπάνια	<input type="checkbox"/> ₂
	Μια φορά το μήνα	<input type="checkbox"/> ₃
	Μια φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/> ₄
	Καθημερινά	<input type="checkbox"/> ₅
EP4. Έχεις πιεί ποτέ στην ζωή σου, τόσο πολύ αλκοόλ που να μέθυσες πραγματικά	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Όχι, ποτέ	<input type="checkbox"/> ₁
	Ναι, μια φορά	<input type="checkbox"/> ₂
	Ναι, 2-3 φορές	<input type="checkbox"/> ₃
	Ναι, 4-10 φορές	<input type="checkbox"/> ₄
	Ναι, πάνω από 10 φορές	<input type="checkbox"/> ₅
EP5. Σε τι ηλικία ήπιας πρώτη φορά κάποια ποσότητα αλκοόλ (περισσότερο από μια απλή δοκιμή);	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	12 ετών ή μικρότερος/η	<input type="checkbox"/> ₁
	13 ετών	<input type="checkbox"/> ₂
	14 ετών	<input type="checkbox"/> ₃
	15 ετών	<input type="checkbox"/> ₄
	16 ετών	<input type="checkbox"/> ₅
	17 ετών	<input type="checkbox"/> ₆
	18 ετών ή μεγαλύτερος/η	<input type="checkbox"/> ₇
	Δεν έχω πιει ποτέ αλκοόλ	<input type="checkbox"/> ₈

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

EP6. Σε τι ηλικία ήπιας πρώτη φορά τόσο ποσότητα αλκοόλ ώστε να μεθύσεις;"	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	12 ετών ή μικρότερος/η 13 ετών 14 ετών 15 ετών 16 ετών 17 ετών 18 ετών ή μεγαλύτερος/η Δεν έχω πει ποτέ τόσο μεγάλη ποσότητα αλκοόλ ώστε να μεθύσω	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇ <input type="checkbox"/> ₈
EP7. Έχεις καπνίσει ποτέ τσιγάρο (ή πούρο κ.λ.π);	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Ναι Όχι	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
EP8. Πόσο συχνά καπνίζεις αυτή την περίοδο;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Καθημερινά Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα αλλά όχι κάθε μέρα Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα Δε καπνίζω	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄
EP9. Πόσο χρονών ήσουν όταν κάπνισες για πρώτη φορά περισσότερο από μια ρουφηξιά τσιγάρο (ή πούρο κ.λ.π);	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	12 ετών ή μικρότερος/η 13 ετών 14 ετών 15 ετών 16 ετών 17 ετών 18 ετών ή μεγαλύτερος/η Δεν έχω καπνίσει ποτέ	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇ <input type="checkbox"/> ₈
EP10. Καπνίζουν οι γονείς σου;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Δε καπνίζει κανένας από τους γονείς μου Καπνίζει μόνο ο πατέρας μου Καπνίζει μόνο η μητέρα μου Καπνίζουν και οι δύο	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄
EP11. Έχεις κάνει χρήση κάνναβης (χασίς, μαριχουάνα) στη ζωή σου ποτέ;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Ναι Όχι	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
EP12. Έχεις κάνει χρήση κάνναβης (χασίς, μαριχουάνα) κατά τον τελευταίο χρόνο;	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Όχι Ναι, 1-2 φορές Ναι, 3-5 φορές Ναι, 6-9 φορές Ναι, 10-19 φορές Ναι, 20-39 φορές Πάνω από 40 φορές	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 16 ερωτήσεις **κύκλωσε** την απάντηση που σε εκφράζει περισσότερο από την κλίμακα δίπλα. Σκέψου πώς ήσουν τον τελευταίο μήνα.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ:

1. Ένωσες κουρασμένος-η;	NAI	OXI
2. Είχες καθόλου δυσκολία να συγκεντρωθείς στα πράγματα που κάνεις συνήθως;	NAI	OXI
3. Παρατήρησες να ξεχνάς διάφορα πράγματα ή να έχεις προβλήματα με τη μνήμη σου;	NAI	OXI
4. Είχες καθόλου πρόβλημα να κοιμηθείς;	NAI	OXI
5. Παρατήρησες να κοιμάσαι περισσότερο από ότι συνήθως;	NAI	OXI
6. Ένωσες εκνευρισμό ή θυμό με τους ανθρώπους γύρω σου;	NAI	OXI
7. Εκνευρίστηκες ή θύμωσες για πράγματα που σου φαίνονται ασήμαντα τώρα που το ξανασκεύτεις;	NAI	OXI
8. Σε ανησύχησε καθόλου η κατάσταση της σωματικής σου υγείας;	NAI	OXI
9. Ένωσες λύπη, στενοχώρια ή ακεφιά περισσότερο απ' ότι συνήθως;	NAI	OXI
10. Έχασες το ενδιαφέρον σου για τα πράγματα γύρω σου ή για τις καθημερινές σου δραστηριότητες;	NAI	OXI
11. Ένωσες καθόλου άγχος ή νευρικότητα;	NAI	OXI
12. Ένωσες σφιζιμο ή τέντωμα στους μύες του κορμιού σου ή ότι είσαι σε τάση και δεν μπορούσες να χαλαρώσεις;	NAI	OXI
13. Ανησυχούσες για τα θέματά σου ή τα καθημερινά πράγματα που σε αφορούν περισσότερο απ' όσο θα έπρεπε;	NAI	OXI
14. Μερικοί άνθρωποι αγχώνονται ή νιώθουν άβολα με συγκεκριμένα πράγματα ή καταστάσεις, παρότι δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος (π.χ. όταν μιλούν μπροστά σε αγνώστους, όταν βρίσκονται μακριά από το σπίτι τους ή βρεθούν σε κλειστούς χώρους, ή μπορεί να φοβούνται τα ύψη. Άλλοι νιώθουν άβολα στη θέα αίματος ή εντόμων όπως οι αράχνες.) Τον τελευταίο μήνα ένωσες άγχος, νευρικότητα ή υπερένταση όταν ήρθες αντιμέτωπος-η με συγκεκριμένα πράγματα ή καταστάσεις (παρόμοια με αυτά που σου ανέφερα), παρότι δεν υπήρχε πραγματικός κίνδυνος;	NAI	OXI
15. Μήπως σου έμπαιναν στο μυαλό διάφορες δυσάρεστες ή ανεπιθύμητες σκέψεις ή ιδέες, τις οποίες θα προτιμούσες να μην κάνεις, αλλά παρόλα αυτά συνέχιζαν να σου έρχονται στο μυαλό;	NAI	OXI
16. Μήπως είχες την τάση να κάνεις πράγματα ξανά και ξανά ενώ ήξερες ότι τα είχες ήδη κάνει, σα να κολλάς χωρίς λόγο σε αυτά; (Για παράδειγμα, να ελέγχεις συνέχεια αν έκλεισες τη βρύση, το θερμοσίφωνα ή την πόρτα ή να πλένεις συνεχώς τα χέρια σου, ενώ το είχες ήδη ξανακάνει;)	NAI	OXI

Έφτασες στο Τέλος

