



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

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

**Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΑΧΩΝ
ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΦΗΒΩΝ**

ΜΑΓΚΛΑΡΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Ιατρός

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

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

**Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΡΑΧΩΝ
ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΦΗΒΩΝ**

ΜΑΓΚΛΑΡΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Ιατρός

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2015

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2
(νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος).

Ημερομηνία αίτησης της κ. Μαγκλάρα Κωνσταντίνας: 9-3-2007

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 607^α/29-5-2007

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη

Δαμίγος Δημήτριος Επίκουρος Καθηγητής με έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία

Σκαπινάκης Πέτρος Λέκτορας Ψυχιατρικής

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 26-6-2007

«Η επιδημιολογία των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σε πληθυσμό εφήβων»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: 773^α/16-12-2014

1. Μαυρέας Βενετσάνος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Κολαΐτης Γεράσιμος Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής του Παν/μίου ΕΚΠΑ
3. Σκαπινάκης Πέτρος Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
4. Δαμίγος Δημήτριος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής με ιδιαίτερη έμφαση στην Ιατρική Ψυχολογία του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Ντζάνη Ευαγγελία Επίκουρη Καθηγήτρια Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην Επιδημιολογία του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Σιώμου Αικατερίνη Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής με έμφαση στην Παιδιατρική Νεφρολογία του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
7. Πετρικής Πέτρος Λέκτορας Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 17-12-2014

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η Γραμματέας του Τμήματος

Μηνάς Πασχόπουλος

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

Στη Σοφία και τον Στάθη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας διδακτορικής διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Β. Μαυρέα, ιδιαιτέρως το μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής κ. Π. Σκαπινάκη, καθώς και το μέλος της συμβουλευτικής επιτροπής κύριο Δ. Δαμίγο, τους κ. Σ. Μπέλλο και Γ. Μιγάλη και την κα Τ. Γκάτσα για τη συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωσή της.

Τα δεδομένα αντλήθηκαν από το ερευνητικό έργο «Σχολική μελέτη της Ηπείρου», το οποίο συγχρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση - Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) & Εθνικούς Πόρους, στα πλαίσια του προγράμματος με τίτλο «ΠΥΘΑΓΟΡΑΣ ΙΙ», το οποίο εντάσσεται στο ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ του 3ου Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης του ΥΠ.Ε.Π.Θ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ -----	12
1.1. Η μελέτη της κοινής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στην κοινότητα -----	14
1.2. Καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία -----	17
1.3. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αυτό-αναφερόμενη υγεία στην εφηβεία -----	20
1.3.1. Θεωρητικές ερμηνείες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας -----	24
1.4. Σχολική επιθετικότητα και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία -----	28
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ -----	31
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ -----	33
3.1. Περιγραφή της δέσμης δεδομένων -----	33
3.2. Η επιλογή των σχολείων -----	34
3.3. Σχεδιασμός της μελέτης - Δειγματοληψία δύο φάσεων -----	35
3.4. Εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας -----	39
3.5. Κοινωνικοοικονομικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές -----	40
3.6. Εκτίμηση της αυτό-αναφερόμενης υγείας -----	43
3.7. Εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού -----	44
3.9. Εκτίμηση της σχολικής επιθετικότητας -----	46
3.10. Στατιστική ανάλυση δεδομένων -----	48
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ -----	50
4.1 Περιγραφή του δείγματος -----	50
4.2. Η κοινή ψυχιατρική συμπτωματολογία στην κοινότητα -----	53
4.2.1. Επιπολασμός συμπτωμάτων -----	53
4.2.2. Συσχετίσεις των συμπτωμάτων και τιμές «Cronbach's alpha» για το CIS-R -----	56
4.3. Καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία -----	58
4.3.1. Επιπολασμός κατάθλιψης -----	58
4.3.2. Συν-νοσηρότητα κατάθλιψης -----	60
4.3.3. Χρήση ιατρικών υπηρεσιών -----	62
4.3.4. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις -----	64
4.4. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αυτό-αναφερόμενη υγεία στην εφηβεία -----	68
4.4.1. Αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία -----	68
4.4.2. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης -----	69
4.5. Σχολική επιθετικότητα και αυτοκτονικότητα -----	74
4.5.1. Επιπολασμός σχολικής επιθετικότητας και αυτοκτονικού ιδεασμού -----	74
4.5.2. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης -----	77
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ -----	79
5.1. Η κοινή ψυχιατρική συμπτωματολογία στην κοινότητα -----	79
5.1.1. Κύρια ευρήματα -----	79
5.1.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες -----	79

5.2. Καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία	81
5.2.1. Κύρια ευρήματα	81
5.2.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες και ερμηνεία των ευρημάτων	82
5.3. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αυτό-αναφερόμενη υγεία στην εφηβεία	87
5.3.1. Κύρια ευρήματα	87
5.3.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες και ερμηνεία των ευρημάτων	88
5.4. Σχολική επιθετικότητα και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία	91
5.4.1. Κύρια ευρήματα	91
5.4.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες και ερμηνεία των ευρημάτων	91
5.5. Περιορισμοί της μελέτης	95
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	120
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	128
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	133
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	134
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ	134
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	134

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις δύο φάσεις της μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Μέση τιμή συμπτωμάτων (SD) και επιπολασμός κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων σε εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ανάλυση εσωτερικής συνοχής για την ψυχιατρική συνέντευξη «revised Clinical Interview Schedule» (CIS-R) σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Επιπολασμός καταθλιπτικών διαταραχών σε εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, κατά φύλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Τύπος συν-νοσηρότητας του καταθλιπτικού επεισοδίου με τις κυριότερες αγχώδεις διαταραχές σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου 16-18 ετών (N=2,431).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συν-νοσηρότητα καταθλιπτικού επεισοδίου με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή κλινικές καταστάσεις και χρήση ιατρικών υπηρεσιών σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Χρήση ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Λόγοι πιθανοτήτων για το καταθλιπτικό επεισόδιο κατά ICD-10 και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, σταθμισμένοι για διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε έφηβους μαθητές Λυκείου, ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία σε δείγμα 5,614 εφήβων μαθητών Λυκείου, κατά φύλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Λόγοι πιθανοτήτων για την αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική και γενική υγεία σταθμισμένοι για διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε έφηβους μαθητές Λυκείου, ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Επιπολασμός συμπεριφορών επιθετικότητας σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, κατά φύλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Επιπολασμός αυτοκτονικού ιδεασμού κατά συμπεριφορά σχολικής επιθετικότητας και κατά φύλο σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Σταθμισμένοι λόγοι πιθανοτήτων του αυτοκτονικού ιδεασμού για τις διάφορες συχνότητες συμπεριφορών σχολικής επιθετικότητας σε δείγμα 2,431 εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωής είχαν θεωρηθεί για αρκετές δεκαετίες ως η μοναδική ίσως περίοδος απόλυτης υγείας μέσα στον κύκλο της ζωής. Σύμφωνα με τον ορισμό της υγείας, όπως αυτός διατυπώθηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υγεία είναι «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (World Health Organization, 1946). Με δεδομένο, λοιπόν, ότι η έννοια της υγείας περιλαμβάνει τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχική υγεία, φαίνεται ότι η άποψη της απόλυτης υγείας στην εφηβεία δεν ισχύει. Και τούτο, γιατί η συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών εμφανίζεται υψηλή κατά την εφηβεία σε διεθνές επίπεδο (Bird, 1996). Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι έως και 16% των εφήβων παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή (Roberts et al, 2014; Sawyer et al, 2000), ενώ αναμένεται ότι ένας στους δέκα εφήβους θα εμφανίσει μία τουλάχιστον διαταραχή, η οποία ενδεχομένως να απαιτήσει θεραπεία (Ford et al, 2003).

Μεταξύ των διαφόρων αιτίων νοσηρότητας του πληθυσμού, ιδιαίτερη σημασία με όρους δημόσιας υγείας κατέχουν εκείνα, τα οποία απαντώνται με αυξημένη συχνότητα στην κοινότητα. Όσον αφορά στις ψυχιατρικές διαταραχές, τα νοσήματα αυτά συχνά αναφέρονται με τον όρο «κοινές ψυχιατρικές διαταραχές», οι οποίες περιλαμβάνουν σειρά διαταραχών, που παλαιότερα είχαν περιγραφεί με μία ποικιλία όρων, όπως νευρώσεις, μη-ψυχωσική ψυχιατρική νοσηρότητα, ελάσσονα ψυχιατρική νοσηρότητα κτλ. Σήμερα, έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «κοινές ψυχιατρικές διαταραχές», δεδομένου ότι πρόκειται για έναν όρο περιγραφικό, αποφορτισμένο από ηθικό ή ταπεινωτικό περιεχόμενο και με έμφαση στη σημασία των διαταραχών αυτών για τη δημόσια υγεία (Goldberg & Huxley, 1992, Weich & Lewis, 1998). Οι διαταραχές, που κατά κανόνα περιλαμβάνονται υπό τον όρο «κοινές ψυχιατρικές διαταραχές» ανήκουν στις εξής δύο κατηγορίες κατά ICD-10: διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές διαταραχές) και νευρωτικές, σχετιζόμενες με το άγχος και σωματόμορφες

διαταραχές. Η Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) αποτελεί το ταξινομητικό σύστημα των νόσων, που ανέπτυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, και το οποίο στην πράξη έχει αναδειχθεί ως το διεθνές πρότυπο ταξινόμησης των διαγνώσεων για όλους τους γενικούς επιδημιολογικούς σκοπούς και, σε πολλές περιπτώσεις, για την αντιμετώπιση προβλημάτων της υγείας. Στις ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς αφορά το κεφάλαιο V (F) του συστήματος ICD-10 (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001).

Προκειμένου λοιπόν να αποτυπωθεί η πραγματική εικόνα του επιπέδου υγείας των εφήβων, καθοριστικής σημασίας φαίνεται να είναι η μελέτη της συμπτωματολογίας των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στον εν λόγω πληθυσμό. Στο πλαίσιο αυτά, ιδιαίτερα σημαντική είναι η διερεύνηση ορισμένων βασικών πτυχών της συχνότερης διαταραχής της διάθεσης των εφήβων, δηλαδή της καταθλιπτικής διαταραχής. Ωστόσο, σημαντικές με όρους δημόσιας υγείας δεν είναι μόνο οι κλινικές καταστάσεις, που εμφανίζονται με υψηλή συχνότητα σε έναν πληθυσμό, αλλά και εκείνες, που συσχετίζονται με επιφυλακτική πρόγνωση. Ως εκ τούτου, η μελέτη ορισμένων διαστάσεων της αυτοκτονικότητας στους εφήβους και οι συσχετίσεις της με το συχνό πλέον φαινόμενο του εκφοβισμού και της επιθετικότητας στο χώρο του σχολείου, παρουσιάζει αξιοσημείωτο ενδιαφέρον. Τέλος, η ανάδειξη και η μελέτη των συσχετίσεων σημαντικών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με την υγεία των εφήβων αναμένεται να συμβάλει αποφασιστικά στην αρτιότερη κατανόηση της εικόνας της εφηβικής υγείας γενικά, αλλά και ειδικότερα της υγείας των εφήβων μέσα στο πλαίσιο της σοβαρής κοινωνικοοικονομικής κρίσης, που αντιμετωπίζει η Ελλάδα κατά τα τελευταία χρόνια.

1.1. Η μελέτη της κοινής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας στην κοινότητα

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα σε όλους σχεδόν τους πληθυσμούς (Kroenke & Price 1993). Πολλές είναι οι επιδημιολογικές μελέτες ενηλίκων, αλλά και παιδιών και εφήβων, που έχουν αναδείξει την ιδιαίτερη σημασία των νοσημάτων αυτών (Prince et al., 2007; Patel et al., 2007). Οι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από έναν άλλοτε άλλο συνδυασμό καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων (Goldberg et al., 1987), εμφανίζονται συχνότερα στις γυναίκες (Alonso et al., 2004; Verhulst et al., 2003) και τείνουν να συσχετίζονται μεταξύ τους, τόσο με τον τύπο της συννοσηρότητας, όσο και με αυτόν της ετερότυπης συνέχειας (de Graaf et al., 2002). Φαινομενολογικές (Clark and Watson, 1991, Mineka et al., 1998), επιδημιολογικές (Regier et al., 1984) και ψυχο-φαρμακολογικές μελέτες (Klein, 1964), κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, οδήγησαν στη διαμόρφωση της επικρατούσας άποψης σχετικά με την κατάθλιψη και το άγχος, που αντικατοπτρίζεται στην επίσημη ψυχιατρική νομενκλατούρα. Σύμφωνα με τα συστήματα ταξινόμησης των ασθενειών “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, τέταρτη έκδοση (DSM-IV)” (American Psychiatric Association, 2004) και “International Classification of Diseases, 10^η αναθεώρηση (ICD-10)” (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001), οι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές ομαδοποιούνται σε αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές και οι τελευταίες διαφοροποιούνται ξεκάθαρα μεταξύ τους (Clark and Watson, 1991). Η άποψη αυτή ωστόσο αμφισβητείται από το ερευνητικό εύρημα της σημαντικής συννοσηρότητας, μεταξύ (αλλά και εντός) των διαγνωστικών κατηγοριών (Kessler et al., 1994), όπως και από την κλινική παρατήρηση ότι οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν μικτά αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα (Barlow & Campbell, 2000).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, το κατηγορικό μοντέλο του άγχους και της κατάθλιψης δεν επαρκεί, ώστε να ερμηνεύσει την παρατηρούμενη συννοσηρότητα, με αποτέλεσμα οι ερευνητές να στραφούν σε εναλλακτικές θεωρήσεις διαστάσεων της συμπτωματολογίας. Υποστηρίζεται ότι οι κοινές ψυχιατρικές διαταραχές παρουσιάζουν μια συνεχή κατανομή στον πληθυσμό και

δεν υπάρχει σαφές όριο, που να διαφοροποιεί ανάμεσα σε περιπτώσεις και μη. Οι Goldberg και συν. (1987) ανέφεραν σε μια παλαιότερη μελέτη τους ότι δύο διαστάσεις, που συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους, θα μπορούσαν να εξηγήσουν το μεγαλύτερο μέρος της μεταβλητότητας μεταξύ των συμπτωμάτων. Η πρώτη διάσταση απαρτίζεται από συμπτώματα σχετιζόμενα με το άγχος και η δεύτερη από συμπτώματα σχετιζόμενα με την κατάθλιψη. Η υψηλή συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών διαστάσεων υποστήριξε έτσι την ιδέα μια ευρύτερης λανθάνουσας διάστασης πίσω από την κατάθλιψη και το άγχος. Αυτή η υψηλότερης τάξης διάσταση είναι ανάλογη της έννοιας του νευρωτισμού (Eysenck, 1990) ή εκείνης των διαταραχών εσωτερίκευσης στη βιβλιογραφία για τα παιδιά και τους εφήβους (Achenbach, 1978, King et al., 1991).

Στο επόμενο διάστημα μια σειρά μελετών βασίστηκαν σε αυτή την προσέγγιση, επιδιώκοντας να εξετάσουν εμπειρικά τη δομή των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα είτε με το DSM-IV, είτε με το ICD-10, μέσω της χρήσης πλήρως δομημένων ψυχιατρικών συνεντεύξεων (Krueger, 1999; Vollebergh et al., 2001; Krueger et al., 2003; Slade and Watson, 2006). Γενικά, φαίνεται να επιβεβαιώνεται η ύπαρξη ενός ευρέος παράγοντα εσωτερίκευσης, ο οποίος υποδιαιρείται σε δύο υπο-παράγοντες: έναν παράγοντα δυσφορίας, που απαρτίζεται από την κατάθλιψη, τη δυσθυμία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και έναν παράγοντα φόβου-πανικού, που απαρτίζεται από τις φοβίες και τη διαταραχή πανικού. Παρόμοια εικόνα έχει περιγραφεί και σε μία μελέτη όψιμης εφηβείας και νεαρής ενήλικης ζωής (Fergusson et al., 2006). Όπως έχει περιγραφεί από τον Watson (2005), ένας σημαντικός περιορισμός ορισμένων εξ αυτών των μελετών είναι ότι έχουν βασίσει τις αναλύσεις τους σε διχοτομημένους δείκτες διαγνώσεων κατά DSM-IV και ICD-10. Η προσέγγιση αυτή ενέχει κινδύνους, όπως είναι ο αποκλεισμός από τις αναλύσεις διαταραχών με σχετικά χαμηλό επιπολασμό, για παράδειγμα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Vollebergh et al., 2001), η αλληλοεπικάλυψη συμπτωμάτων μεταξύ των διαταραχών, που αυξάνει τον κίνδυνο λανθασμένης ερμηνείας (Wittchen et al., 1999), η αποτυχία να ληφθεί υπόψη η ετερογένεια, που είναι εγγενής σε αρκετές διαταραχές, ο

αποκλεισμός υπο-ουδικών διαταραχών και η έλλειψη πληροφορίας σχετικά με τη βαρύτητα των διαταραχών. Σημειώνεται επίσης, ότι όλες οι μελέτες, που προαναφέρθηκαν, έχουν χρησιμοποιήσει την ψυχιατρική συνέντευξη «Composite International Diagnostic Interview (CIDI)». Σε αυτήν τη δομημένη συνέντευξη αξιολογούνται τα συμπτώματα, εφόσον περιλαμβάνονται στα προκαθορισμένα διαγνωστικά κριτήρια για τις συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες και όχι ανεξάρτητα από αυτές (Robins et al., 1988). Άλλοι περιορισμοί είναι η χρήση δεικτών, όπως ο επιπολασμός ζωής (Kueger, 1999), που έχει συσχετιστεί με προβληματική ανάκληση (Thompson et al., 2004), καθώς και η μελέτη δειγμάτων, που κατά κύριο λόγο προέρχονται από αγγλόφωνες χώρες.

1.2. Καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία

Μεταξύ των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών, ιδιαίτερη είναι η σημασία της κατάθλιψης, αφού αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες νόσου και διαταραχής σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Lopez et al, 2006.). Οι έφηβοι φαίνεται να είναι ιδιαίτερος ευπαθείς σε καταθλιπτικές διαταραχές (Thapar et al, 2012). Η συχνότητα της νόσου είναι χαμηλή στα παιδιά, χωρίς διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Kessler et al 2001), ενώ στη συνέχεια αυξάνεται καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας (Fleming & Offord, 1990; Garrison et al, 1992; Kaltiala-Heino et al, 2001; Lewinsohn, et al, 1993), με ταυτόχρονη εμφάνιση των γνωστών από τις μελέτες ενηλίκων διαφορών φύλου. Η παραπάνω αύξηση της συχνότητας δεν αφορά μόνο στον επιπολασμό των καταθλιπτικών διαταραχών με βάση τα κριτήρια της συστηματικής ταξινόμησης των νόσων (Hankin & Abramson, 2001), αλλά και στα ποσοστά των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ανεξάρτητα από το αν πληρούνται ή όχι τα κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου (Ge, Conger & Elder, 2001; Ge et al, 1998). Ο επιπολασμός έτους της νόσου στη μέση και όψιμη εφηβεία εμφανίζεται να είναι της τάξης του 4-5% και είναι συγκρίσιμος με τον αντίστοιχο των ενηλίκων (Costello et al, 2006), ενώ ο αθροιστικός επιπολασμός της νόσου αυξάνεται από 5% περίπου κατά την πρώιμη εφηβεία σε 20% κατά την τελευταία φάση αυτής (Lewinsohn et al 1999; Hankin et al 1998).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα της κατάθλιψης στην εφηβεία φαίνεται να έχει αυξηθεί (Fombonne et al, 1995). Παρόλο που ακόμη δεν είναι σαφές, εάν το γεγονός αυτό οφείλεται σε μία πραγματική αύξηση της νοσηρότητας ή εάν μπορεί εν μέρει τουλάχιστον να αποδοθεί και σε μεθοδολογικά προβλήματα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει αύξηση των ποσοστών της νόσου και το ψήφισμα της Παγκόσμιας Συνέλευσης για την Υγεία τον Μάιο του 2012 καλεί σε μία συγχρονισμένη προσπάθεια ανταπόκρισης στις νέες ανάγκες, όσον αφορά στις ψυχικές διαταραχές, σε επίπεδο κράτους πλέον (World Health Organization, 2012). Στην Ελλάδα, η έρευνα στον τομέα της επιδημιολογίας των ψυχικών διαταραχών κατά

την διάρκεια της εφηβείας είναι σχετικά περιορισμένη. Μία πρόσφατη μελέτη, η οποία διερεύνησε τα συμπτώματα της νόσου σε Έλληνες εφήβους μαθητές Λυκείου, ανέφερε ποσοστό της τάξης του 26.2% (Lazaratou et al, 2010). Παλαιότερη μελέτη είχε επίσης αναδείξει υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε Έλληνες εφήβους ηλικίας 12-17 ετών (Madianos et al, 1993). Σύμφωνα με τη μελέτη των Μ. Οικονόμου και συν., ο επιπολασμός μηνός της σοβαρής κατάθλιψης στην υποομάδα των νέων κάτω των 24 ετών έχει αυξηθεί σημαντικά από το 2008 έως το 2011. Στην ίδια μελέτη, η νεαρότερη ηλικία αναγνωρίζεται ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στον ελληνικό πληθυσμό (Economou et al, 2013). Αξίζει, ωστόσο, στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι η παραπάνω μελέτη βασίστηκε σε τηλεφωνική συλλογή δεδομένων. Μια άλλη πρόσφατη ελληνική μελέτη ενηλίκων, που εφάρμοσε διαφορετική δειγματοληπτική διαδικασία και χρησιμοποίησε μια πλήρως δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη, ανέφερε χαμηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης, που παρουσίαζε αύξηση με την ηλικία (Skaripnakis et al, 2013).

Η κατάθλιψη στην εφηβεία παρουσιάζει σημαντική συννοσηρότητα με το άγχος και τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και τα ευρήματα αυτά έχουν επιβεβαιωθεί από διάφορες μελέτες (Costello et al, 2003; Axelson & Birmaher, 2001). Οι συννοσηρές διαταραχές αποτελούν συχνότερο φαινόμενο σε σχέση με τις αμιγείς μορφές τους, ενώ η συννοσηρότητα μεταξύ άγχους και κατάθλιψης στους εφήβους είναι μεγαλύτερη από εκείνη που εμφανίζεται εντός της διαγνωστικής κατηγορίας των αγχωδών διαταραχών. Ένα άλλο συχνό εύρημα, όσον αφορά στην εφηβική κατάθλιψη, είναι το χαμηλό ποσοστό χρήσης υπηρεσιών υγείας, παρά τον υψηλό επιπολασμό και τη σημαντική δυσλειτουργία, που χαρακτηρίζουν το νόσημα. Η χρήση μάλιστα των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να είναι ακόμη χαμηλότερη στις περιπτώσεις καταθλιπτικής διαταραχής χωρίς συννοσηρότητα (Merikangas et al, 2011).

Όσον αφορά στους παράγοντες που συσχετίζονται με την κατάθλιψη, πέρα από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου της ηλικίας και του γυναικείου φύλου, οι κοινωνικοοικονομικές

παράμετροι φαίνεται να είναι επίσης εξαιρετικά σημαντικοί. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας, όσον αφορά στην κατάθλιψη των εφήβων, έχουν αναφερθεί τόσο σε δείγματα από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όσο και σε εκείνα της Ευρώπης. Όπως και στις μελέτες των ενηλίκων (Blazer et al, 1994), έτσι και στους εφήβους, τα χαμηλότερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα εμφανίζονται να είναι περισσότερο ευπαθή στην εμφάνιση κατάθλιψης (Roberts, Roberts & Chen, 1997). Αναδεικνύεται έτσι μια συνέχεια των ανισοτήτων υγείας για την κατάθλιψη μεταξύ της εφηβείας και της ενήλικης ζωής. Το θεωρητικό υπόβαθρο του ζητήματος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας στην εφηβεία πρόκειται να αναλυθεί εκτενέστερα παρακάτω.

1.3. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αυτό-αναφερόμενη υγεία στην εφηβεία

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η κατάθλιψη στην εφηβεία χαρακτηρίζεται από σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Ωστόσο, η διερεύνηση του ευρύτερου ζητήματος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων της υγείας στην εφηβεία φαίνεται ότι δεν έχει ολοκληρωθεί. Περισσότερο από τρεις δεκαετίες μετά τη δημοσίευση της Αναφοράς του Black (Townsend & Davidson, 1982), οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας εξακολουθούν να αποτελούν πεδίο σημαντικού επιστημονικού ενδιαφέροντος. Ενώ οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αποτελούν σταθερό και αδιαμφισβήτητο εύρημα, τόσο για τον πληθυσμό των παιδιών (DiLiberti, 2000) όσο και για εκείνον των ενηλίκων (Mackenbach, 1997), οι αντίστοιχες ενδείξεις για την υγεία των εφήβων είναι πολύ λιγότερο σταθερές. Αρκετές μελέτες ανέφεραν σημαντικές ανισότητες στην εφηβική υγεία (Geckova et al, 2004; Goodman et al, 1999; Halldorsson et al, 2000; Piko & Fitzpatrick, 2001; Piko & Fitzpatrick, 2007; Starfield et al, 2002; Torsheim et al, 2004), άλλες ωστόσο δεν κατόρθωσαν να τις επιβεβαιώσουν (Macintyre et al, 1991; Rahkonen & Lahelma, 1992; Tunistra et al, 1998; West et al, 1990). Η ασυνέχεια αυτή των ευρημάτων ήταν που οδήγησε ορισμένους μελετητές στη διατύπωση της υπόθεσης της «κοινωνικής εξίσωσης στην υγεία» κατά την εφηβεία (West, 1997), με αποτέλεσμα οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία να εμφανίζονται ως ηλικιακά καθορισμένες, με την καμπύλη της σχέσης των ανισοτήτων με την ηλικία να λαμβάνει τη μορφή του λατινικού γράμματος «U» (West et al, 1990).

Η εφηβεία αποτελεί μια καθοριστική περίοδο κατά την αναπτυξιακή διαδικασία, η οποία χαρακτηρίζεται από ορισμένες σημαντικές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές. Η γονεϊκή επιρροή αρχίζει να ελαττώνεται, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια όλο και μεγαλύτερη προσπάθεια αυτονόμησης από την πλευρά του εφήβου. Σύμφωνα με την υπόθεση της κοινωνικής εξίσωσης, η οποία για πρώτη φορά διατυπώνεται από τον West στη σημαντική ανασκόπησή του που δημοσιεύθηκε το 1997, οι επιρροές που σχετίζονται με την ηλικία, όπως

το σχολικό περιβάλλον της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι συνομήλικοι και η νεανική κουλτούρα, φαίνεται να υπερισχύουν αυτών που σχετίζονται με την κοινωνική τάξη, όπως το οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική καταγωγή και η γειτνίαση. Υποστηρίζεται κατά συνέπεια ότι παρατηρείται αντιστροφή της εικόνας του προτύπου των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας της παιδικής ηλικίας και η εφηβεία (12-19 ετών) αναδεικνύεται ως η περίοδος της ζωής του ατόμου με τις λιγότερες ανισότητες υγείας (West, 1997).

Εντούτοις, η εξίσωση αποτελεί μία μόνο από τις πιθανές εξηγήσεις της έλλειψης σταθερών ευρημάτων σχετικά με την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία των εφήβων. Μια σειρά μεθοδολογικών ζητημάτων θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν μερικώς τουλάχιστον την παρατηρούμενη ασυνέχεια των ευρημάτων. Καταρχάς, η μέτρηση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου κατά την εφηβεία συχνά γίνεται με έμμεσο τρόπο. Τα γονεϊκά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο και η κοινωνική/ επαγγελματική τάξη ή το οικογενειακό εισόδημα συχνά χρησιμοποιούνται στη μέτρηση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου των εφήβων. Αναφέρεται, ωστόσο, ότι οι έφηβοι ενδεχόμενα να μη είναι σε θέση να εκτιμήσουν με ακρίβεια το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων τους (Torsheim et al, 2004). Από την άλλη πλευρά, η βιβλιογραφία για τον πληθυσμό των ενηλίκων αναφέρει ότι περισσότερο υποκειμενικοί δείκτες, όπως για παράδειγμα η ύπαρξη οικονομικών δυσκολιών στο νοικοκυριό, μπορεί να συσχετίζονται ισχυρότερα με το επίπεδο υγείας του ατόμου (Skaripakis et al, 2006). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε μελέτες με πληθυσμούς εφήβων (Piko & Fitzpatrick, 2001). Ορισμένες μελέτες επιχείρησαν να εκτιμήσουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των εφήβων με βάση το ατομικό εκπαιδευτικό επίπεδο ή την παρούσα απασχόληση των ίδιων των εφήβων (Illsley & Svensson, 1990). Κάτι τέτοιο ωστόσο δεν είναι δυνατό σε χώρες, όπως είναι η Ελλάδα, όπου η πλειοψηφία των εφήβων παραμένουν στο σχολείο έως την ηλικία των 18 ετών. Σε αυτές τις χώρες η ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο έχει χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική μέθοδος εκτίμησης της κοινωνικής θέσης των εφήβων και παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις με το επίπεδο υγείας (Koivusilta et al, 2006).

Μια άλλη πιθανή εξήγηση της έλλειψης σταθερότητας στα ευρήματα που σχετίζονται με τις ανισότητες στην εφηβική υγεία θα μπορούσαν να είναι οι διακρατικές διαφορές που παρατηρούνται στη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και υγείας. Έτσι, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες φαίνεται να είναι παρούσες σε έρευνες που διεξήχθησαν σε εφηβικούς πληθυσμούς της Βόρειας Αμερικής (Goodman, 1999; Starfield et al, 2002), της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (Geckova et al, 2004; Piko & Fitzpatrick et al, 2007; Piko et al., 2001), καθώς και των Σκανδιναβικών χωρών (Halldorsson et al, 2000), ενώ δεν ανευρίσκονται σε πληθυσμούς από το Ηνωμένο Βασίλειο (Macintyre & West, 1991; West, 1997; West et al, 1990) και την Ολλανδία (Tunistra et al, 1998). Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, ότι το πρότυπο της γεωγραφικής κατανομής των ανισοτήτων, όπως αυτές έχουν αναδειχθεί από τις έως τώρα μελέτες, δεν φαίνεται να βασίζεται σε κάποιον προφανή κανόνα, όπως για παράδειγμα να ακολουθεί κατ' αναλογία τον πλούτο της χώρας, που μπορεί να εκφράζεται με δείκτες, όπως το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν. Μέχρι σήμερα στην Ελλάδα, μια μεσογειακή χώρα με αρκετές διαφορές σε σχέση με τη Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, όπου έχει διεξαχθεί ο κύριος όγκος των αντίστοιχων μελετών, τόσο ως προς τις οικογενειακές δομές και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όσο και ως προς την ανάπτυξη του συστήματος πρόνοιας, μικρή ερευνητική δραστηριότητα έχει σημειωθεί στον τομέα αυτόν (Petridou et al, 1997).

Ταυτόχρονα, η αυτό-αναφερόμενη υγεία αποτελεί έναν από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους δείκτες υγείας σε μελέτες σχετικά με την υγεία των εφήβων. Η αυτό-αναφερόμενη υγεία χρησιμοποιείται συνηθέστερα με τη μορφή μιας απλής ερώτησης, κατά την οποία οι ερωτώμενοι καλούνται να αξιολογήσουν το επίπεδο υγείας τους από «φτωχό» σε «άριστο» σε μια κλίμακα τύπου Likert. Έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια και τα έως τώρα ευρήματα δείχνουν ότι πρόκειται για έναν αξιόπιστο δείκτη κλινικού αποτελέσματος και θνησιμότητας (Idler & Benyamini, 1997), που συσχετίζεται αρκετά καλά με άλλους περισσότερο πολύπλοκους δείκτες υγείας (Lundberg & Manderbracka, 1996).

Όσον αφορά στους παράγοντες που καθορίζουν την αυτό-αναφερόμενη υγεία, φαίνεται ότι οι αναφορές των ατόμων εκφράζουν ένα συνδυασμό του επιπέδου υγείας τους σύμφωνα την ιατρική έννοια και των λειτουργικών της συνεπειών. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι αναφορές αυτές αντικατοπτρίζουν κατά βάση τις χρόνιες καταστάσεις, ενώ επηρεάζονται λιγότερο από τα οξεία συμβάντα, ακόμη και εάν αυτά απαιτήσουν χρήση ιατρικής περίθαλψης ή προκαλέσουν περιορισμό της λειτουργικότητας και των δραστηριοτήτων (Pope, 1988). Ωστόσο, διαφορετικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι αναφορές των ατόμων εκφράζουν μια ευρύτερη εικόνα και περιλαμβάνουν, πέρα από τα συμπτώματα, και «θετικές» εκφράσεις της υγείας, όπως είναι η φυσική κατάσταση, οι συμπεριφορές υγείας, οι παράγοντες κινδύνου και το αίσθημα ευεξίας (Fylkesnes & Ferde, 1991). Μάλιστα, υποστηρίζεται από πολλούς μελετητές ότι ο δείκτης της αυτό-αναφερόμενης υγείας επιτρέπει μεταξύ άλλων τη δημιουργία ενός συνεχούς από την κακή υγεία στη μέτρια και από εκεί στην καλή, ιδιαίτερα όταν ταυτόχρονα λαμβάνονται υπόψη δείκτες ασθένειας και παράγοντες κινδύνου (Manderbacka et al, 1998).

Έχει, ωστόσο, διατυπωθεί η άποψη ότι μία ερώτηση σχετικά με το συνολικό επίπεδο υγείας πιθανά να μην μπορεί να συλλάβει την ψυχολογική διάσταση της υγείας, αφού αναμένεται ότι οι απαντήσεις των ατόμων θα αφορούν κατά κύριο λόγο σε προβλήματα σωματικής υγείας (Fayers & Sprangers, 2002). Κάτι τέτοιο όμως παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία, αφού διάφορες έρευνες έχουν αναδείξει αξιοσημείωτη συχνότητα ψυχολογικών προβλημάτων κατά την εφηβεία (Sawyer et al, 2000; Ford et al, 2003; Steinhausen et al, 1998; Van Roy et al, 2006; Verhulst et al, 1997). Ενώ η εισαγωγή λεπτομερούς ψυχιατρικής εξέτασης των εφήβων στις γενικές επιδημιολογικές μελέτες δεν είναι πάντα εφικτή, μελέτες οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει, παράλληλα με την ερώτηση για την αυτό-αναφερόμενη υγεία, και σχετικά απλούς τρόπους αδρής εκτίμησης της ψυχολογικής παραμέτρου της υγείας, έχουν αναδείξει σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες σε αρκετές περιπτώσεις (Ravens-Sieberer et al, 2008).

1.3.1. Θεωρητικές ερμηνείες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας

(α) Θεωρητικές ερμηνείες στα πλαίσια της «Αναφοράς του Black»

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η κοινωνική τάξη φαίνεται ότι αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, με το προσδόκιμο επιβίωσης να εμφανίζεται σημαντικά μικρότερο στα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα και επαγγελματικό γόητρο (Adler & Ostrove, 1999). Το πώς οι διαφαινόμενες αυτές ανισότητες παράγονται και για ποιό λόγο, αποτελεί βέβαια ένα ξεχωριστό ερώτημα. Στην «Αναφορά του Black» παρατίθενται ως πιθανές απαντήσεις του ερωτήματος αυτού η τεχνική ερμηνεία, η υπόθεση της γενετικής προδιάθεσης, η θεωρία της κοινωνικής επιλογής, καθώς και εκείνη της κοινωνικής αιτιότητας (Goldman, 2001).

Πιο συγκεκριμένα, οι θιασώτες της τεχνικής ερμηνείας υποστηρίζουν ότι μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση των κοινωνικοοικονομικών δεικτών και των δεικτών υγείας ευθύνονται για την ανάδειξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ωστόσο, η ερμηνεία αυτή έχει δεχτεί αρκετές κριτικές και πλέον σχεδόν σύσσωμη η επιστημονική κοινότητα αποδέχεται ότι, ακόμη και αν τα διάφορα μεθοδολογικά προβλήματα επηρεάζουν την έκταση και το πρότυπο των διαφαινόμενων ανισοτήτων, η ύπαρξή τους αποτελεί ένα πραγματικό φαινόμενο (Vagero & Illsley, 1995). Παρόμοια κριτική έχει δεχθεί και η υπόθεση της γενετικής προδιάθεσης, αφού δεν φαίνεται να υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις σχετικά με διαφορετική κατανομή του γενετικού φορτίου μεταξύ των κοινωνικών τάξεων (Stronks et al, 1996).

Μεγαλύτερη επιστημονική ισχύ φαίνεται ότι διαθέτουν οι δύο τελευταίες θεωρίες. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής αιτιότητας (social causation) η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου επηρεάζει το επίπεδο της υγείας του. Η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου διαμεσολαβείται μέσω μιας σειράς παραγόντων. Έτσι, ένα άτομο χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης τείνει να ζει υπό δυσμενέστερες συνθήκες διαβίωσης, να υιοθετεί

περισσότερες συμπεριφορές αρρώστιας και λιγότερες συμπεριφορές υγείας, να χρησιμοποιεί χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες περίθαλψης και να υπόκειται συνηθέστερα σε καταστάσεις, όπως είναι η ανεργία, οι επαγγελματικοί κίνδυνοι, το ελλιπές οικογενειακό υποστηρικτικό σύστημα και η έλλειψη αυτονομίας. Οι παραπάνω παράγοντες, και για μεθοδολογικούς κυρίως λόγους, θα μπορούσαν να διακριθούν αδρά στους σχετικούς με τη συμπεριφορά και στους σχετικούς με τις συνθήκες διαβίωσης παράγοντες (Smith & Morris, 1994). Από τους πρώτους που συνέβαλαν στη διατύπωση της θεωρίας αυτής ήταν οι Faris και Dunham, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την κατανομή των ψυχιατρικών ασθενών στην πόλη του Σικάγου κατά τη δεκαετία του 1930. Ένα από τα βασικά ευρήματα της έρευνας, το οποίο τους οδήγησε στη διατύπωση της υπόθεσης αυτής, ήταν το γεγονός ότι στις περιοχές, όπου επικρατούσε μεγαλύτερη κοινωνική αποδιοργάνωση, κατοικούσαν περισσότεροι ασθενείς με σχιζοφρένεια (Faris & Dunham, 1939).

Τέλος, η θεωρία της κοινωνικής επιλογής (social selection / social drift) υποστηρίζει ότι το επίπεδο υγείας του ατόμου επηρεάζει την κοινωνικοοικονομική του θέση, αφού η χρόνια διαδρομή μιας ασθένειας μειώνει την πιθανότητα της κοινωνικής ανόδου. Η ανοδική κοινωνική κινητικότητα προϋποθέτει τη συνδυασμένη επίδραση στόχων, προσωπικών ικανοτήτων και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, πράγμα που φαίνεται να μην είναι δυνατόν να ευοδωθεί, στις περιπτώσεις που το άτομο δεν απολαμβάνει υγεία. Σαν αποτέλεσμα, όχι μόνο δεν παρατηρείται ανέλιξη του ατόμου στην κοινωνική κλίμακα, αλλά ενδεχόμενα να πραγματοποιηθεί και διολίσθηση. Ανάλογα με την περίοδο της ζωής του ατόμου, κατά την οποία επισυμβαίνει η διαδικασία της επιλογής, η κοινωνική κινητικότητα μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε κατά την παιδική ηλικία (intergenerational selection), είτε κατά την ενήλικη ζωή (intragenerational selection). Η κοινωνική κινητικότητα διαπιστώνεται συγκρίνοντας το παρόν κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου στη μεν πρώτη περίπτωση με αυτό των γονέων του, στη δε δεύτερη με αυτό του ιδίου του ατόμου νωρίτερα κατά την ενήλικη ζωή.

(β) Νεότερες θεωρητικές ερμηνείες

Από τη δημοσίευση της «Αναφοράς του Black», ωστόσο, έως σήμερα διάφορες επιπρόσθετες θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν διατυπωθεί, οι οποίες επιχειρούν να ερμηνεύσουν το εύρημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στο χώρο της υγείας. Μία από τις σημαντικές προσπάθειες είναι αυτή, η οποία προτείνει την ενσωμάτωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων ως διαμεσολαβητών της σχέσης ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την υγεία. Τέτοιοι παράγοντες είναι για παράδειγμα το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα, τα σημαντικά γεγονότα της ζωής, η διαχειριστική ικανότητα και η προσωπικότητα (Macintyre, 1986). Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η μεγαλύτερη νοσηρότητα που παρατηρείται στις χαμηλότερες τάξεις οφείλεται σε μεγαλύτερη έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα, άλλοι ότι οφείλεται σε μεγαλύτερη ευαισθησία στις επιπτώσεις των γεγονότων αυτών και άλλοι ότι οφείλεται σε συνδυασμό των ανωτέρω. Ταυτόχρονα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν θεωρηθεί ως ανεξάρτητοι διαμεσολαβητικοί παράγοντες στη διαδικασία της γένεσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας. Ως τέτοια χαρακτηριστικά νοούνται ο ενδογενής/ εξωγενής έλεγχος, η αυτό-αποτελεσματικότητα, η συνεκτικότητα, το σθένος και τα πρότυπα διαχείρισης. Έχει υποστηριχθεί ότι τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου θεωρούν ότι διαθέτουν μειωμένο έλεγχο στα εξωτερικά γεγονότα και ότι τέτοιου είδους πεποιθήσεις συνδέονται με χαμηλό επίπεδο υγείας. Έτσι, μπορεί να θεωρηθεί, είτε ότι οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές ποικίλουν ανάλογα με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, είτε ότι οι γνωστικές αξιολογήσεις των ατόμων, όπως αυτές επηρεάζονται από την προσωπικότητα και τις ενδοψυχικές τους διαδικασίες, διαφέρουν ανάμεσα στα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και αυτές με τη σειρά τους μπορεί να έχουν καθοριστικές επιπτώσεις στις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές (Elstad, 1998).

Μια νεότερη θεωρία που αφορούσε στον τρόπο γένεσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας, η θεωρία του «βιολογικού προγραμματισμού» (biological programming), διατυπώθηκε

κατά τη δεκαετία του 1990 από τον Barker και τους συνεργάτες του. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η απουσία υγείας κατά την ενήλικη ζωή είναι το αποτέλεσμα βιολογικού προγραμματισμού, που συμβαίνει κατά την ενδομήτρια ζωή και τη βρεφική ηλικία. Η φτώχεια, ο υποσιτισμός, οι κακές συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης και άλλοι παράγοντες πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, μπορεί να επηρεάσουν αποφασιστικά την ανάπτυξη του παιδιού. Το χαμηλό βάρος γέννησης, για παράδειγμα, έχει συνδεθεί με διάφορες νόσους της ενήλικης ζωής, όπως είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.ά. (Barker, 1991). Η παραπάνω θεωρία στη συνέχεια δέχθηκε κριτική και υποστηρίχθηκε ότι τελικά η υγεία καθορίζεται όχι μόνο από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κατά την ενδομήτρια ζωή, αλλά και από εκείνες που χαρακτηρίζουν τα πρώτα έτη της ζωής του ατόμου.

Τέλος, η «θεωρία των ευεργετικών αποτελεσμάτων» (salutogenic approach) έδωσε έμφαση στο ρόλο τόσο των προστατευτικών παραγόντων, όσο και εκείνων που προωθούν την υγεία. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή λοιπόν προτείνεται, αντί να διερευνάται το γιατί οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις απολαμβάνουν χειρότερη υγεία, να αναζητηθούν οι αιτίες του καλύτερου επιπέδου υγείας, που εμφανίζουν οι υψηλότερες τάξεις. Οι θιασώτες της ερμηνείας αυτής υποστηρίζουν ότι οι ανώτερες τάξεις παρουσιάζονται υγιέστερες, όχι μόνο επειδή σε αυτές απαντώνται λιγότεροι παράγοντες κινδύνου, αλλά επειδή σε αυτές εμφανίζονται συγχρόνως περισσότεροι προστατευτικοί ή ευεργετικοί παράγοντες. Η θεωρία αυτή εισήγαγε επίσης την έννοια της «αίσθησης συνεκτικότητας» (sense of coherence). Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η αίσθηση αυτή, η οποία συσχετίζεται θετικά με την υγεία, αναπτύσσεται αποτελεσματικότερα στα άτομα που μεγαλώνουν σε ευνοϊκά κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα (Antonovsky, 1993).

1.4. Σχολική επιθετικότητα και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία

Πέρα από τα φαινόμενα που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα σε έναν πληθυσμό, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη στους εφήβους, εξαιρετικής σημασίας με όρους δημόσιας υγείας κατέχουν κι εκείνα, που συσχετίζονται με υψηλή θνησιμότητα στον πληθυσμό ενδιαφέροντος. Μεταξύ μάλιστα των φαινομένων αυτών ιδιαίτερη θέση, και πάλι με όρους δημόσιας υγείας, κατέχουν εκείνα, τα οποία θα μπορούσαν δυνητικά να προληφθούν μέσω κατάλληλων χειρισμών. Ένα τέτοιο φαινόμενο αποτελεί η αυτοκτονικότητα στην εφηβεία. Η αυτοκτονία αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες θνησιμότητας των εφήβων, η οποία μάλιστα θα μπορούσε δυνητικά να προληφθεί (Anderson et al, 2002). Από την άλλη μεριά, η σχολική επιθετικότητα είναι μία συγκεκριμένη μορφή επιθετικότητας, που παρατηρείται συχνά μεταξύ των εφήβων στο σχολικό περιβάλλον (Olweus 1993; Olweus 1999; Smith-Khuri et al, 2004; Due et al, 2005). Η σχολική επιθετικότητα στην εφηβεία έχει συσχετιστεί τόσο με τη γενική ψυχολογική δυσφορία, όσο και με συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές (Salmon et al 1998; Forero et al, 1999; Katliala-Heino et al, 2000; Bond et al, 2001; Nansel et, 2001; Nansel et al; 2004), ενώ έχει θεωρηθεί και ως παράγοντας κινδύνου για τη ανάπτυξη κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (Roth et al, 2002; Sourander et al, 2007).

Ιδιαίτερης σημασίας αποτελεί η αναφερόμενη συσχέτιση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Katliala-Heino et al, 1999; Roland, 2002; Van der Wal et al, 2003; Ivarsson et al, 2005; Kim et al, 2005; Klomek et al, 2007; Kim et al, 2009). Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει ισχυρές συσχετίσεις με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ιδιαίτερα για τα θύματα της σχολικής επιθετικότητας. Η ερμηνεία ωστόσο της συσχέτισης αυτής είναι σχετικά δυσχερής και αρκετοί παράγοντες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πριν οδηγηθούμε σε σταθερά συμπεράσματα σχετικά με την αιτιότητα. Πιθανά το πιο σημαντικό ζήτημα είναι η δυνητικά συγχυτική επίδραση της ψυχιατρικής νοσηρότητας, η οποία αφενός μεν είναι αρκετά συχνή στη εφηβεία, αφετέρου δε έχει συσχετιστεί τόσο με τη σχολική επιθετικότητα (Salmon et

al 1998; Forero et al, 1999; Katliala-Heino et al, 2000; Bond et al, 2001; Nansel et al; 2004), όσο και με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Beautrais et al, 1996; Pelkonen et al, 2003). Παρ' όλα αυτά, ωστόσο, μεταξύ των έως τώρα μελετών σχετικά με τη συσχέτιση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, οι περισσότερες εκ των οποίων ανασκοπήθηκαν από τους Kim και συνεργάτες (Kim et al, 2009), μόνο οι έξι είχαν ελέγξει για την παρουσία ψυχιατρικής νοσηρότητας (Katliala-Heino et al, 1999; Kim et al, 2005; Kim et al, 2002; Park et al, 2006; Klomek et al, 2008; Klomek et al, 2009) και οι δύο από αυτές δεν έδειξαν κάποια συσχέτιση μετά τον έλεγχο (Park et al, 2006; Klomek et al, 2008).

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες από τις παραπάνω μελέτες εκτίμησαν την ψυχιατρική νοσηρότητα με αρκετά αδρούς τρόπους, χρησιμοποιώντας απλά αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να θεωρηθεί πιθανό, πως μία λεπτομερέστερη εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας θα μπορούσε να ερμηνεύσει μέρος της συγχυτικής επίδρασης και να ελαττώσει έτσι τις αναφερόμενες συσχετίσεις ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί, ότι η συγχυτική επίδραση διαφόρων παραγόντων αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα ανεξάρτητα από τον σχεδιασμό της εκάστοτε μελέτης και θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα τόσο των συγχρονικών, όσο και των διαχρονικών μελετών. Πέρα από το παραπάνω ζήτημα, μια ανεξάρτητη συσχέτιση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και την αυτοκτονικότητα θα μπορούσε να υποστηριχθεί περαιτέρω, στην περίπτωση που υπάρξουν ενδείξεις μιας σχέσης τύπου δόσης-αποτελέσματος, όπου μια αύξηση στην ένταση της σχολικής επιθετικότητας (είτε με κριτήρια συχνότητας, είτε με κριτήρια βαρύτητας του φαινομένου) θα οδηγούσε σε αύξηση της αναφοράς αυτοκτονικού ιδεασμού. Μία μελέτη που ασχολήθηκε με το ζήτημα αυτό δεν ανέδειξε κάποια σταθερή συσχέτιση (Kim et al, 2009). Επιπλέον, δεν υπάρχει συμφωνία στη βιβλιογραφία σχετικά με τις επιμέρους σχέσεις ανάμεσα στους διάφορους τύπους σχολικής επιθετικότητας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα θύματα της σχολικής επιθετικότητας είναι περισσότερο πιθανό να

αναφέρουν αυτοκτονικές σκέψεις σε σχέση με τους θύτες, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν ότι εκείνοι που είναι τόσο θύματα, όσο και θύτες εμφανίζουν τον υψηλότερο κίνδυνο (Katliala-Heino et al, 1999; Roland et al, 2002; Van der wal et al, 2003; Kim et al, 2005; Kim et al, 2009; Klomek et al, 2009; Liang et al, 2009). Το τελευταίο εύρημα θα μπορούσε να οδηγήσει στην υπόθεση μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε θύτες και θύματα, ωστόσο οι περισσότερες από τις μελέτες που ανέδειξαν υψηλότερο κίνδυνο δεν είχαν ελέγξει τη στατιστική αλληλεπίδραση με κατάλληλες μεθόδους.

Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες με τον χαμηλότερο δείκτη αυτοκτονιών στον κόσμο (Chishti et al, 2003). Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον από επιδημιολογικής άποψης, αφού μια ενδεχόμενη συσχέτιση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε μια τέτοια περιοχή είναι λιγότερο πιθανό να αποτελεί το αποτέλεσμα συγχυτικών παραγόντων, που δεν μετρήθηκαν κατάλληλα.

2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

Στόχοι της παρούσας εργασίας είναι οι εξής:

- Η διερεύνηση της συχνότητας των κοινών ψυχιατρικών συμπτωμάτων με τη χρήση της πλήρως δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης «revised Clinical Interview Schedule (CIS-R)» (Lewis et al, 1992). Το CIS-R εκτιμά τα βασικά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα ανεξάρτητα από τα διαγνωστικά κριτήρια και μετρά όλο το φάσμα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων και των υπο-ουδικών.
- Η μελέτη του επιπολασμού, της συννοσηρότητας και των κοινωνικοοικονομικών συσχετίσεων των καταθλιπτικών διαταραχών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την όψιμη εφηβεία στην Ελλάδα. Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα κατά τα έτη 2007-2008. Σχετικά πρόσφατα η Ελλάδα εισήλθε σε μια μακρά περίοδο κοινωνικοοικονομικής κρίσης με ποικίλες δυσμενείς συνέπειες και σε πολλαπλά επίπεδα για το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού της χώρας. Ενώ η κρίση άρχισε να γίνεται έκδηλη περί τα τέλη του 2009, οι απαρχές και οι αιτίες της είναι αναμενόμενο να τοποθετούνται σε παλαιότερα έτη. Είναι επομένως λογικό η καθημερινή ζωή στη χώρα να είχε επηρεαστεί σημαντικά, αρκετά πριν η οικονομική κρίση διαδοθεί ευρέως. Για το λόγο λοιπόν αυτό, θεωρούμε σκόπιμη τη διερεύνηση σημαντικών διαστάσεων της ψυχικής υγείας των Ελλήνων εφήβων κατά την διάρκεια της περιόδου ακριβώς πριν την εμφάνιση της κρίσης.
- Η διερεύνηση του ζητήματος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας κατά την εφηβεία, μέσω της μελέτης της σχέσης μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της γενικής και ψυχολογικής υγείας, εκτιμώμενες με παρόμοιο αδρό τρόπο. Υποθέσαμε ότι η σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και του επιπέδου υγείας των εφήβων θα είναι περισσότερο ισχυρή για την παράμετρο της ψυχολογικής, παρά για εκείνη της γενικής υγείας.

- Η μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τα αρχικά στάδια του αυτοκτονικού ιδεασμού κατά την εφηβεία και η διερεύνηση του ενδεχόμενου αυτή να είναι ανεξάρτητη από την παρουσία ψυχιατρικής νοσηρότητας, όπως αυτή εκτιμάται μέσω μιας λεπτομερειακής δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις στην ερώτηση «κατά την τελευταία εβδομάδα έχεις νιώσει ότι η ζωή δεν αξίζει» (Dennis et al, 2007), που θεωρείται ως το πρώτο στάδιο του φάσματος του αυτοκτονικού ιδεασμού (Dennis et al, 2007; Goldney et al, 2000; Lewinsohn et al, 1996).

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Περιγραφή της δέσμης δεδομένων

Τα δεδομένα, που θα παρουσιαστούν, αντλήθηκαν από τη μελέτη “Epirus School Project” (Skaripnakis et al, 2007), η οποία αποτελεί μια συγχρονική μελέτη, που έλαβε χώρα σε επιλεγμένα Γενικά Λύκεια της Ελλάδας. Η μελέτη έλαβε την άδεια τόσο της Επιτροπής Δεοντολογίας από το Τμήμα Ερευνών του Υπουργείου Παιδείας (ΥΠΕΠΘΟ), όσο και του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (αριθμός απόφασης: 61390/γ2/19-06-2006). Απαραίτητη προϋπόθεση για την διεξαγωγή της μελέτης ήταν επιπλέον η έγκριση του διευθυντή του κάθε σχολείου, καθώς και του συλλόγου διδασκόντων. Οι εγκρίσεις αυτές χορηγήθηκαν για όλα τα σχολεία της έρευνας χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τους όρους της διακήρυξης του Ελσίνκι. Πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού και των συσχετίσεων των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην όψιμηεφηβεία.

3.2. Η επιλογή των σχολείων

Τα σχολεία επιλέχθηκαν ως εξής: (α) Όλα τα Γενικά Λύκεια των μεγάλων πόλεων της Βορειοδυτικής Ελλάδας (περιφέρειες Ηπείρου και Αιτωλοακαρνανίας). Οι λόγοι για την επιλογή της περιφέρειας Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας ήταν οι εξής: [i] Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που ανέλαβε την έρευνα, είχε άμεση πρόσβαση σε αυτές τις περιοχές, τις οποίες και εξυπηρετεί ιατρικά. Τονίζεται ιδιαίτερα, ότι ο νομός Αιτωλοακαρνανίας έχει στενές ιατρικές και εκπαιδευτικές σχέσεις με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. [ii] Η περιφέρεια της Ηπείρου και ο νομός Αιτωλοακαρνανίας έχουν, σύμφωνα με τα επίσημα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Στατιστικής υπηρεσίας, ένα από τα χαμηλότερα μέσα εισοδήματα σε ολόκληρη την Ευρώπη. Έτσι είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να συγκριθούν τα αποτελέσματα από αυτήν την περιοχή με άλλες πιο πλούσιες περιοχές της Ευρώπης. (β) Όλα τα Γενικά Λύκεια σε μια τυχαία επιλεγμένη περιοχή της μητροπολιτικής περιοχής της Αττικής (επιλέχθηκε η περιοχή της Καλλιθέας, λόγω εγγύτητας με το Πάντειο Πανεπιστήμιο, που συνεργάστηκε με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων για την ολοκλήρωση της μελέτης). (γ) Όλα τα Γενικά Λύκεια του νησιού της Πάρου (το νησί επιλέχθηκε προς διευκόλυνση των ερευνητών). Συνολικά 25 σχολεία συμμετείχαν στη μελέτη. Ο μέσος αριθμός των συμμετεχόντων ανά σχολείο ήταν 225 μαθητές με τον αριθμό να κυμαίνεται μεταξύ 138 και 425. Η κυρίως έρευνα πεδίου έλαβε χώρα μεταξύ Ιανουαρίου του 2007 και Απριλίου του 2008. Όλοι οι μαθητές στα επιλεγμένα σχολεία κλήθηκαν να συμμετάσχουν, ενώ η συμμετοχή ήταν προαιρετική. Έγινε προετοιμασία του σχολείου και των μαθητών πριν την ημερομηνία συλλογής των στοιχείων. Η προετοιμασία αυτή έγινε με τις επισκέψεις των ερευνητών στο σχολείο και τη σχετική ενημέρωση για τους σκοπούς της μελέτης, τόσο των καθηγητών, όσο και των μαθητών. Προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η συναίνεση των γονέων των μαθητών για την συμμετοχή των παιδιών τους. Θα θέλαμε να σημειώσουμε, ότι σε αυτό το σημείο απαιτήσαμε διπλή συναίνεση, δηλαδή τόσο τη συναίνεση των γονέων, όσο κι εκείνη των ίδιων των μαθητών. Αυτό έγινε για να εξασφαλίσουμε την υψηλότερη συμμετοχή των μαθητών στην δεύτερη φάση της μελέτης, αλλά

και για να σεβαστούμε το δικαίωμα των εφήβων να καθορίζουν οι ίδιοι την συμμετοχή τους σε έρευνες που τους αφορούν.

3.3. Σχεδιασμός της μελέτης - Δειγματοληψία δύο φάσεων

Η παρούσα μελέτη ήταν δισταδιακή (Dunn, 1999). Η δειγματοληψία δύο φάσεων αποτελεί μια τεχνική δειγματοληψίας, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά συχνά στην ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα. Σύμφωνα με τους Dunn και συνεργάτες (1999) το κύριο πλεονέκτημά της αφορά στην αποδοτικότητα με οικονομικούς όρους. Πιο συγκεκριμένα, οι πιο έγκυρες επιδημιολογικές έρευνες χρησιμοποιούν συνήθως λεπτομερειακές διαγνωστικές συνεντεύξεις και όχι απλά αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Το κόστος χορήγησης των συνεντεύξεων αυτών είναι συνήθως υψηλό, αφού απαιτούν την ύπαρξη ανθρώπων-συνεντευκτών ή πολλών ερευνητών σε περίπτωση που γίνεται χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ένας τρόπος μείωσης του κόστους είναι η χορήγηση της συνέντευξης σε ένα μικρότερο δείγμα των συμμετεχόντων. Για να γίνει η επιλογή του δείγματος αυτού, είναι δυνατό να χορηγηθεί ένα απλό ερωτηματολόγιο διαλογής σε όλο τον πληθυσμό της μελέτης και στην συνέχεια να γίνει τυχαία διαστρωματική δειγματοληψία για την επιλογή του δείγματος για την δεύτερη φάση της μελέτης. Η διαστρωμάτωση γίνεται συνήθως ανάλογα με το σκορ στο ερωτηματολόγιο διαλογής.

Στην παρούσα μελέτη κατά την πρώτη φάση χορηγήθηκε σε όλους τους μαθητές που συναίνεσαν (N=5,614, ποσοστό συμμετοχής: 82%) ένα σύντομο εργαλείο διαλογής στην αίθουσα διδασκαλίας. Το εργαλείο διαλογής της πρώτης φάσης αναπτύχθηκε από τη δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη “Clinical Interview Schedule revised (CIS-R)”, που χρησιμοποιήθηκε στη δεύτερη φάση της μελέτης. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις διαλογής για κάθε μία από τις ενότητες συμπτωμάτων, από τις οποίες απαρτίζεται το εργαλείο CIS-R, όπως θα περιγραφεί και παρακάτω. Το ερωτηματολόγιο διαλογής που προέκυψε αποτελείται από 16

απλές ερωτήσεις που διερευνούν την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων κατά την διάρκεια του περασμένου μήνα (ολόκληρο το ερωτηματολόγιο στο παράρτημα). Για να μπορέσουμε να μελετήσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία της μεθόδου αυτής, χορηγήσαμε επιπλέον κατά την πρώτη φάση της μελέτης δύο καθιερωμένα ερωτηματολόγια, με σκοπό να τα συγκρίνουμε με το «CIS-R screener»:

- Το πρώτο ήταν το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ) στη μορφή των 12 λημμάτων (Goldberg & Williams, 1988). Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά την παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης τον τελευταίο μήνα.
- Το δεύτερο ήταν το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (“Strengths and Difficulties Questionnaire”) που έχει αναπτύξει ο Goodman (Goodman, 1997). Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί τέσσερις διαστάσεις ψυχοπαθολογίας, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων διαγωγής και ελλειμματικής προσοχής, που δεν αξιολογούνται από το GHQ-12. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί ειδικά για παιδιά και εφήβους.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι μαθητές επιλέχθηκαν για τη δεύτερη φάση της μελέτης χρησιμοποιώντας μια διαδικασία στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας, δηλαδή επιλέχθηκαν: το 100% των μαθητών με σκορ 11 και πάνω (>75^ο εκατοστημόριο), το 30% εκείνων με σκορ 6-10, και το 10% εκείνων με σκορ 0-5 (<25^ο εκατοστημόριο). Στη δεύτερη φάση της μελέτης (N₂=2,431, ποσοστό συμμετοχής: 95%), η οποία έλαβε χώρα στα εργαστήρια ηλεκτρονικών υπολογιστών των σχολείων, χορηγήθηκε η ηλεκτρονική μορφή της πλήρως δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, που θα περιγραφεί λεπτομερώς στην επόμενη ενότητα. Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην ψυχιατρική επιδημιολογική έρευνα. Όλες οι διαγνωστικές συνεντεύξεις όπως το Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ή το Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) υπάρχουν σε ηλεκτρονική μορφή, που επιτρέπει τη χορήγηση μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών. Σχετικά με

το CIS-R, είχε αναπτυχθεί αρκετά γρήγορα μια ισοδύναμη προς την έντυπη μορφή για χορήγηση μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών, η οποία βρέθηκε να έχει παρόμοια αξιοπιστία με την πρωτότυπη (Lewis και συν. 1988). Τα κύρια πλεονεκτήματα της ηλεκτρονικής χορήγησης είναι: το μειωμένο κόστος διότι δεν υπάρχει ανάγκη πρόσληψης συνεντευκτών, η γρήγορη συλλογή δεδομένων λόγω της δυνατότητας ταυτόχρονης συλλογής δεδομένων από ομάδα μαθητών, η άμεση διαθεσιμότητα των δεδομένων για ανάλυση, η αποφυγή του κόστους εισαγωγής των δεδομένων και τέλος το γεγονός ότι ο ηλεκτρονικός υπολογιστής προσφέρει πολύ μεγαλύτερη εχεμύθεια, ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν στην χρήση ουσιών ή συμπτωμάτων που μπορεί να φέρουν σε αμηχανία τους εφήβους, εάν ερωτηθούν από ερευνητές πρόσωπο με πρόσωπο. Να σημειωθεί τέλος, ότι η υπάρχουσα υποδομή στα Ελληνικά σχολεία με εργαστήρια πληροφορικής σε σχετικά καλή κατάσταση, έδωσε την δυνατότητα πραγματοποίησης της συλλογής με ταυτόχρονη αξιοποίηση των σχολικών υποδομών.

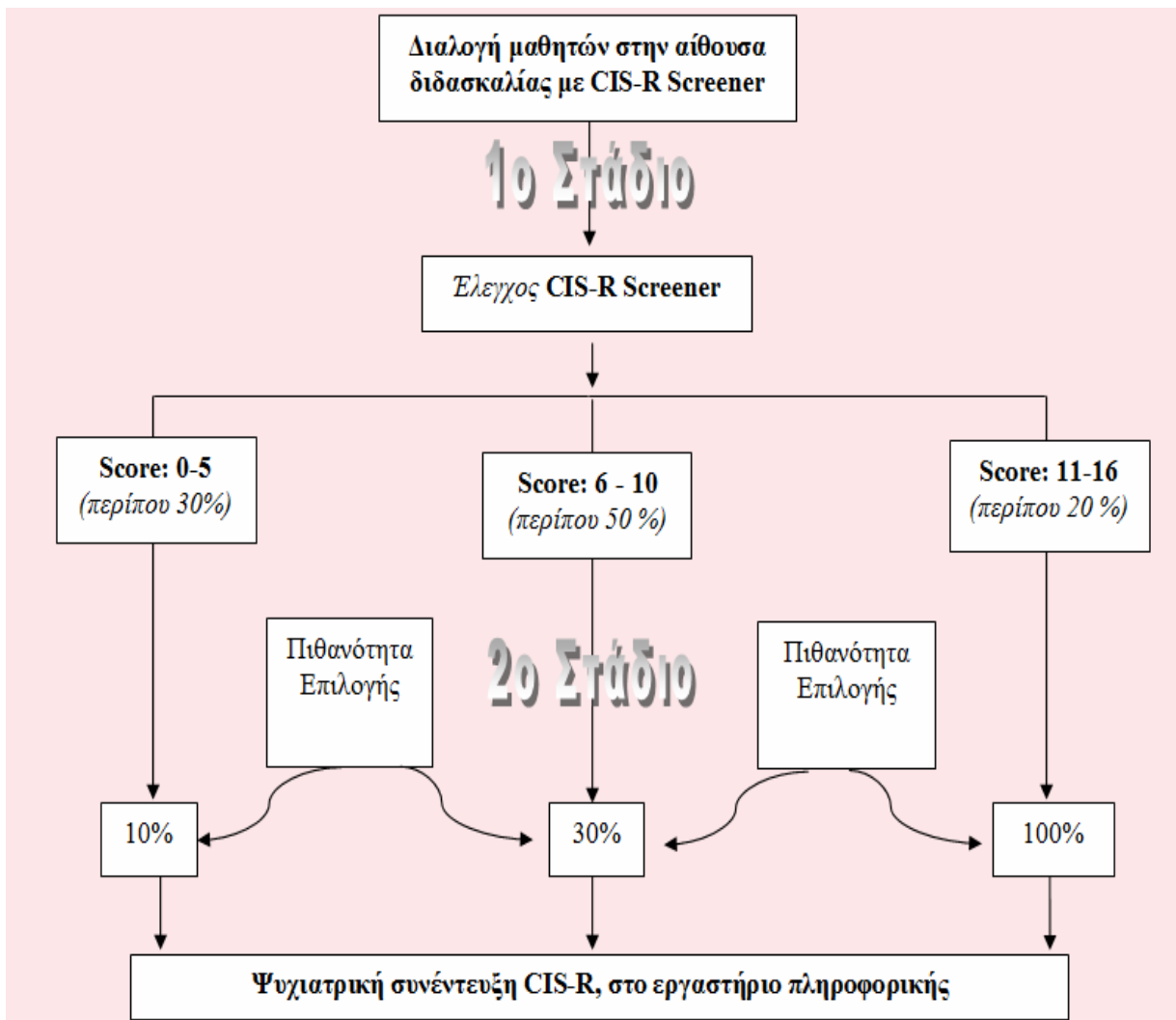


Εικόνα 1: Συλλογή δεδομένων στο εργαστήριο ηλεκτρονικών υπολογιστών του σχολείου.

Ας σημειωθεί ότι σε δύο από τα σχολεία (και τα δύο στο νησί της Πάρου) σε όλους τους μαθητές που συναίνεσαν χορηγήθηκε η συνέντευξη (οι δύο φάσεις συνενώθηκαν). Ο λόγος ήταν η διαθεσιμότητα των ερευνητών πεδίου στο νησί της Πάρου, που μας επέτρεψε να χορηγήσουμε το εργαλείο CIS-R σε όλους τους μαθητές που συναίνεσαν. Από τους υπόλοιπους 1,960 μαθητές

που επιλέχθηκαν σύμφωνα με τη διαδικασία της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας, 926 (47.2%) ανήκαν στην υποομάδα του 100%, 866 (44.2%) στην υποομάδα του 30% και 168 (8.6%) σε εκείνη του 10%.

Συνοπτικά, το δειγματοληπτικό σχέδιο της μελέτης απεικονίζεται στο παρακάτω γράφημα (Εικόνα 2):



Εικόνα 2: Το δειγματοληπτικό σχέδιο της μελέτης “Epirus School Project”

3.4. Εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας

Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε μέσω της διαγνωστικής συνέντευξης «Clinical Interview Schedule - Revised» (Αναθεωρημένη Κλινική Διαγνωστική Συνέντευξη) (Lewis et al, 1992). Αυτή είναι μια πλήρως δομημένη συνέντευξη, η οποία έχει σχεδιαστεί κατά τέτοιον τρόπο, ώστε να μπορεί να χορηγηθεί από συνεντευκτές, που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι ή ψυχολόγοι). Για τον λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στον γενικό πληθυσμό σε όλον τον κόσμο (Botega et al, 1995; Jenkins et al, 1997; Araya et al, 2001). Οι ηλικίες στις οποίες μπορεί να χορηγηθεί η συνέντευξη είναι από 16 ετών και άνω. Ωστόσο, κατά την δημιουργία της είχε ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για την απλότητα της συνέντευξης και ο δείκτης ευκολίας ανάγνωσης κατά Fleisch είναι αρκετά υψηλός (78.5), δείχνοντας ότι μπορεί να γίνει κατανοητή ακόμη και από άτομα μικρότερης ηλικίας (Lewis et al, 1992). Για τον λόγο αυτό η συνέντευξη έχει κατά το παρελθόν χρησιμοποιηθεί ακόμη και από μαθητές του γυμνασίου (13-14 ετών) (Bond et al, 2001; Monck et al, 1994). Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί σε εφήβους άνω των 15 ετών στο περιβάλλον του σχολείου (Patton et al, 2000) και σε κλινικά περιβάλλοντα (Freitas et al, 2002). Η συνέντευξη διερευνά την παρουσία και βαρύτητα, κατά τις τελευταίες επτά ημέρες, 14 κοινών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά είναι κατά σειρά διερεύνησης τα εξής: σωματικά συμπτώματα, κόπωση, συγκέντρωση και προσοχή, προβλήματα κατά τον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανησυχία για την σωματική υγεία, κατάθλιψη (συναίσθημα), καταθλιπτικές ιδέες, αγχώδεις ιδέες (ανησυχίες), άγχος (σωματικό), φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες και καταναγκασμοί. Δύο ερωτήσεις διαλογής σε κάθε ενότητα συμπτωμάτων ρωτούν για την παρουσία του συμπτώματος κατά τον τελευταίο μήνα και έπειτα ακολουθεί μια πιο λεπτομερής εκτίμηση της παρουσίας, συχνότητας, διάρκειας και βαρύτητας του συμπτώματος κατά τις τελευταίες επτά ημέρες. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται με ένα σκορ από μηδέν έως τέσσερα εκτός από τις καταθλιπτικές σκέψεις που έχουν μέγιστο σκορ 5. Έτσι η συνολική βαθμολογία στην συνέντευξη μπορεί να κυμαίνεται από

μηδέν έως 57. Στη Μεγάλη Βρετανία και αλλού σκορ πάνω από 12 θεωρείται ενδεικτικό κλινικής περίπτωσης.

Εκτός του συνολικού σκορ, που αποτελεί μια γενική ένδειξη ψυχιατρικής νοσηρότητας, με την βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων μπορεί να γίνει εκτίμηση των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10). Η εφαρμογή των αλγορίθμων γίνεται με την βοήθεια ειδικού προγράμματος στον υπολογιστή. Οι διαγνωστικές κατηγορίες, οι οποίες μπορούν να εκτιμηθούν, είναι οι ακόλουθες: κατάθλιψη, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ειδικές φοβίες και κοινωνική φοβία, διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μικτή αγχώδης/ καταθλιπτική διαταραχή, και σύνδρομο ανεξήγητης κόπωσης (νευρασθένεια κατά ICD-10).

Η ελληνική έκδοση του CIS-R μεταφράστηκε και μεταφράστηκε εκ νέου προς την αντίθετη κατεύθυνση χρησιμοποιώντας της διαδικασία, που προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της ελληνικής έκδοσης του CIS-R θα περιγραφούν στην ενότητα των αποτελεσμάτων.

3.5. Κοινωνικοοικονομικές και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Συμπεριλάβαμε τις ακόλουθες κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές:

- *Μορφωτικό επίπεδο των γονέων*

Μετρήσαμε τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και των δύο γονέων, αφού από τη σχετική βιβλιογραφία προκύπτει ότι τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά της μητέρας έχουν μια εξίσου σημαντική, αν όχι σημαντικότερη, επίδραση στο επίπεδο υγείας των παιδιών και των εφήβων (Van der Lucht & Groothoff, 1995). Οι μαθητές ερωτήθηκαν σχετικά με την υψηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα, που έχουν ολοκληρώσει οι γονείς τους.

- *Επαγγελματική απασχόληση των γονέων*

Όσον αφορά στην επαγγελματική απασχόληση, επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε τη μεταβλητή «τύπος απασχόλησης», η οποία διαφοροποιεί όχι μόνο μεταξύ της κατάστασης απασχόλησης (εργάζεται – άνεργος), αλλά και μεταξύ των διαφόρων μορφών απασχόλησης (ελεύθερος επαγγελματίας, υπάλληλος ιδιωτικού τομέα, υπάλληλος δημόσιου τομέα). Πιο συγκεκριμένα, η απασχόληση συμπεριλάμβανε τις εξής επτά κατηγορίες: «δημόσιος υπάλληλος», «ιδιωτικός υπάλληλος», «ελεύθερος επαγγελματίας», «συνταξιούχος», «άνεργος», «φροντίζει το σπίτι» (όσον αφορά στην απασχόληση της μητέρας) ή «ανικανότητα εργασίας λόγω προβλημάτων» (όσον αφορά στην απασχόληση του 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 κτλ.) διαφέρει σημαντικά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (Ray et al, 2008). Η κοινωνική έρευνα στην Ελλάδα χρησιμοποιεί αυτού του είδους την τυπολογία, που συνάδει με τις υπάρχουσες δομές και τον τρόπο, που είναι οργανωμένος ο δημόσιος βίος στη χώρα. Σαν αποτέλεσμα, η διαφοροποίηση ανάμεσα σε ελεύθερους επαγγελματίες και υπαλλήλους δημόσιου και ιδιωτικού τομέα εμφανίζεται ως ιδιαίτερα σημαντική για την χώρα, αφού καθορίζει ως ένα μεγάλο βαθμό τον τρόπο που οι οικογένειες ζουν και λειτουργούν. Επιπλέον, αναμένεται ότι το ποσό της πληροφορίας που πιθανά χάνεται λόγω μη ερώτησης του ακριβούς επαγγέλματος των γονέων, θα μπορούσε να υποκατασταθεί από την πληροφορία, που φέρει η μεταβλητή της εκπαίδευσης των γονέων (Lahelma et al, 2004).

- *Οικονομικό επίπεδο της οικογένειας*

Στη βιβλιογραφία έχει υποστηριχθεί ότι η απευθείας ερώτηση στους εφήβους σχετικά με το εισόδημα της οικογένειάς τους μπορεί να μην είναι αξιόπιστη (Currie et al, 1997). Για το λόγο αυτό ρωτήσαμε τους εφήβους να αναφέρουν την υποκειμενική τους άποψη σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες, που ενδεχομένως αντιμετωπίζει η οικογένειά τους κατά το τελευταίο διάστημα. Η ακριβής ερώτηση ήταν η εξής: «Πώς πιστεύεις ότι τα πηγαίνει η οικογένειά σου

στον οικονομικό τομέα;». Οι πιθανές απαντήσεις ήταν οι εξής: «Δεν αντιμετωπίζει καμιά δυσκολία», «Αντιμετωπίζει λίγες δυσκολίες», «Αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες» και «Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες». Η ερώτηση αυτή λαμβάνει υπόψη την υποκειμενική άποψη των εφήβων σχετικά με την οικονομική θέση της οικογένειάς τους.

- *Προσωπική θέση των εφήβων στο πλαίσιο του σχολείου*

Στην Ελλάδα, όπου συνήθως οι έφηβοι ηλικίας 16-18 ετών δεν έχουν ούτε ακόμη εισαχθεί στην αγορά εργασίας, αλλά ούτε και έχουν ολοκληρώσει την εκπαίδευσή τους, το προσωπικό επίπεδο εκπαίδευσης ή το επάγγελμα των εφήβων δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο της προσωπικής κοινωνικής θέσης του εφήβου. Η ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο έχει χρησιμοποιηθεί συχνά ως μέτρο της κοινωνικής θέσης των μαθητών στο σχολείο (Koivusilta et al, 2006). Για το λόγο αυτό συμπεριλάβαμε την ακαδημαϊκή επίδοση στους κοινωνικοοικονομικούς μας δείκτες ζητώντας από τους εφήβους να εκτιμήσουν τη σχολική τους επίδοση (βασισμένη στη πρόσφατη βαθμολογία τους) σε μια κλίμακα τύπου Likert με τέσσερις επιλογές («άριστη», «πολύ καλή», «καλή», «μέτρια»).

Άλλες μεταβλητές

Επιπρόσθετα, στα αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια συμπεριλήφθησαν διάφορες κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η ηλικία των γονέων, η οικογενειακή κατάσταση των γονέων και ο αριθμός των αδελφών. Επιπλέον, υπήρχε και ερώτηση για την αξιολόγηση της σχέσης του εφήβου με τους γονείς του. Επρόκειτο για μια αδρή ερώτηση σχετικά με τη σχέση του εφήβου με τους γονείς, που είχε στόχο να διερευνήσει πιθανά προβλήματα που παρουσιάζονται στο σπίτι, καθώς και το γενικό κλίμα που επικρατεί στις σχέσεις του μαθητή με τους γονείς του.

3.6. Εκτίμηση της αυτό-αναφερόμενης υγείας

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήσαμε δύο δείκτες της υγείας των εφήβων: την αυτό-αναφερόμενη γενική υγεία και την αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική υγεία. Η αυτό-αναφερόμενη γενική υγεία μετρήθηκε μέσω μιας συνήθους ερώτησης, στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να εκτιμήσουν το πρόσφατο επίπεδο της υγείας τους. Υπήρχαν πέντε πιθανές απαντήσεις: «άριστη», «πολύ καλή», «καλή», «μέτρια», «κακή». Παρομοίως, η αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική υγεία μετρήθηκε μέσω μιας ερώτησης που καλούσε τους συμμετέχοντες να εκτιμήσουν το επίπεδο της ψυχολογικής τους υγείας. Υπήρχαν και πάλι πέντε πιθανές απαντήσεις: «άριστη», «πολύ καλή», «καλή», «μέτρια», «κακή». Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης συγκεντρώσαμε και άλλα μεγέθη μέτρησης της ψυχολογικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της λεπτομερειακής πλήρως δομημένης συνέντευξης της δεύτερης φάσης (CIS-R). Σε ένα μέρος της πρώτης φάσης της μελέτης, αποτελούμενο από 10 σχολεία και 2363 μαθητές, εδόθη επίσης και το ερωτηματολόγιο «Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)» (Goldberg & Williams, 1988), καθώς και η μορφή με 12 πεδία του ερωτηματολογίου «General Health Questionnaire (GHQ-12)» (Goodman, 1997). Στις αναλύσεις, που θα παρουσιαστούν παρακάτω, χρησιμοποιήσαμε την απλή εκτίμηση της ψυχολογικής υγείας για δύο λόγους: (α) Πρωταρχικός μας στόχος ήταν η διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την γενική υγεία και η σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτών με μια παρόμοια απλή ερώτηση, που θα ρωτά ξεκάθαρα σχετικά με το εκτιμώμενο επίπεδο της ψυχολογικής υγείας των μαθητών. (β) Οι δύο αυτές ερωτήσεις είχαν ερωτηθεί στο σύνολο του δείγματος της πρώτης φάσης της μελέτης, πράγμα που μας επιτρέπει τη χρήση ολόκληρης της δέσμης δεδομένων (5,614 μαθητές από 25 σχολεία).

3.7. Εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός εκτιμάται συνήθως μέσω μιας σειράς ερωτήσεων αυξανόμενης βαρύτητας των συμπτωμάτων, που στοχεύουν στη διερεύνηση όλου του φάσματος των αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών. Το εργαλείο CIS-R ξεκινά με την ακόλουθη ερώτηση: «Κατά την τελευταία εβδομάδα έχεις νιώσει ότι η ζωή δεν αξίζει;». Τα άτομα που απαντούν θετικά συνεχίζουν κατόπιν στις επόμενες ερωτήσεις σχετικά με ευχές θανάτου («εύχεται να είχες πεθάνει;») και τις καθαυτές αυτοκτονικές σκέψεις («έχεις σκεφτεί να αυτοκτονήσεις, ακόμη και εάν δεν θα το έκανες πραγματικά;»). Σε αυτό το πλαίσιο επιλέξαμε να θέσουμε σε όλους τους συμμετέχοντες την πρώτη ερώτηση μόνο, χωρίς να εκτιμήσουμε περαιτέρω τον βαρύτερο αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι λόγοι που το κάναμε αυτό ήταν οι εξής: (α) το δείγμα μας ήταν μη κλινικό και αποτελούταν από γενικά υγιείς εφήβους στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Θεωρήσαμε ότι βαρύτερος αυτοκτονικός ιδεασμός θα ήταν σχετικά σπάνιος σε αυτόν τον πληθυσμό και ως εκ τούτου οι στατιστικές αναλύσεις θα είχαν χαμηλή ισχύ. (β) Φαίνεται ότι υπάρχει ένα συνεχές ανάμεσα σε λιγότερο σοβαρές μορφές αυτοκτονικού ιδεασμού, όπως η «κόπωση από την ζωή» (όπως αυτή εκτιμάται από την ερώτηση σχετικά με το ότι «η ζωή δεν αξίζει») και στις σοβαρότερες μορφές των ευχών θανάτου ή των καθαυτό αυτοκτονικών σκέψεων, ενώ δεν υπάρχει κάποιο σαφώς οριζόμενο όριο μεταξύ αυτών των τριών υποομάδων (Dennis et al, 2007). Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι το είδος των συσχετίσεων ανάμεσα στους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και την ψυχιατρική νοσηρότητα είναι παρόμοιο μεταξύ των υποομάδων αυτών και οι όποιες παρατηρούμενες μεταξύ τους διαφορές είναι μάλλον ποσοτικής παρά ποιοτικής φύσης (Dennis et al, 2007; Thomas et al, 2002). (γ) Η εισαγωγή περισσότερο σοβαρών μορφών αυτοκτονικού ιδεασμού στη μελέτη μας θα έκανε απαραίτητη την εφαρμογή παρέμβασης για αυτούς τους μαθητές, που θα ανέφεραν ιδέες αυτοκαταστροφής. Τέτοιου είδους παρέμβαση, ωστόσο, δεν ήταν εφικτή για περίπου το ήμισυ των σχολείων, που σχεδιάζαμε να συμπεριλάβουμε στη μελέτη. Σαν αποτέλεσμα προτιμήσαμε να αποκλείσουμε αυτές τις ερωτήσεις, με στόχο να συμπεριλάβουμε

μεγαλύτερο δείγμα σχολείων και μαθητών. Για όλους τους παραπάνω λόγους λοιπόν αποφασίσαμε να αποκλείσουμε τις ερωτήσεις αυτές. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ τριών πιθανών απαντήσεων στην ερώτηση εάν σκέφτηκαν ότι η ζωή δεν αξίζει κατά την τελευταία εβδομάδα: «όχι», «ναι, κάποιες φορές», «ναι, συνέχεια». Δεδομένου του ότι η ερώτηση αυτή είναι η λιγότερο σοβαρή μορφή του φάσματος του αυτοκτονικού ιδεασμού, θεωρήσαμε ότι οι μαθητές παρουσίαζαν αυτοκτονικό ιδεασμό, εάν επέλεξαν την τελευταία απάντηση, δηλαδή «ναι, συνέχεια». Όλοι οι υπόλοιποι μαθητές κωδικοποιήθηκαν ως κατηγορία «όχι/αβέβαιο».

3.8. Εκτίμηση της χρήσης ουσιών

Η εκτίμηση της χρήσης ουσιών έγινε στη δεύτερη φάση, δηλαδή στους εφήβους που επιλέχθηκαν για συνέντευξη στο εργαστήριο πληροφορικής. Το ενδιαφέρον μας εστιάστηκε (όπως και στην ψυχιατρική συμπτωματολογία) μόνο στην εκτίμηση της χρήσης των κοινών ουσιών και δεν επεκταθήκαμε στην διερεύνηση πιο σπάνιων ουσιών, ιδιαίτερα στο περιβάλλον του σχολείου, δηλαδή ναρκωτικών ουσιών του τύπου της ηρωίνης ή της κοκαΐνης. Εκτιμήθηκε η χρήση (συχνότητα, ποσότητα) της νικοτίνης (κάπνισμα), του αλκοόλ και τέλος, μεταξύ των παράνομων ουσιών, της κάνναβης, αφού παλαιότερες μελέτες στον ελληνικό χώρο έχουν δείξει την εκτεταμένη χρήση της ακόμη και από παιδιά, που φοιτούν στο σχολείο. Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν προέρχονται από τις αντίστοιχες ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο της μελέτης “Health Behavior in the School Context (HBSC)” (Currie et al, 2000). Να σημειωθεί ότι η εκτίμηση της χρήσης έγινε κατευθείαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και μόνο στους μαθητές που συμμετείχαν στη δεύτερη φάση της μελέτης.

3.9. Εκτίμηση της σχολικής επιθετικότητας

Για την εκτίμηση της σχολικής επιθετικότητας («bullying») χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της επιθετικότητας του Olweus για το θύμα και το θύτη (Olweus, 1996), η οποία χορηγήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή. Η παραπάνω κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί επίσης σε έρευνα σχετική με το επίπεδο υγείας των νέων σε μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2000). Αρχικά δόθηκε στους μαθητές μια γενική περιγραφή της έννοιας της επιθετικής συμπεριφοράς με τη βοήθεια της παρακάτω εισαγωγικής πρότασης: *«Πολλές φορές τα παιδιά της ηλικίας σου τσακώνονται ή μαλώνουν. Κάποιες φορές όμως συμβαίνει κάποιο παιδί ή μια ομάδα παιδιών να λέει ή να κάνει άσχημα και δυσάρεστα πράγματα σε κάποιο άλλο παιδί. Η συμπεριφορά αυτή ονομάζεται "σχολική επιθετικότητα". Επιθετικότητα είναι και όταν ένα παιδί υφίσταται συνεχώς*

πειράγματα από τα άλλα παιδιά, ή οι άλλοι συμμαθητές του το απομονώνουν επίτηδες. Δεν θεωρείται επιθετικότητα όταν 2 μαθητές με παρόμοια σωματική διάπλαση και σωματική δύναμη μαλώνουν ή τσακώνονται για κάτι ή όταν γίνεται καλοπροαίρετο χιούμορ και πείραγμα μεταξύ φίλων.» Οι μαθητές ερωτήθηκαν πόσες φορές έχουν πέσει «θύματα» (υπέστησαν την βλάβη) ή έχουν λειτουργήσει ως «θύτες» (προκάλεσαν την βλάβη) σε τέτοιες καταστάσεις κατά τους τελευταίους 2 μήνες στο σχολείο. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: «πολλές φορές την εβδομάδα», «περίπου μια φορά την εβδομάδα», «2 ή 3 φορές τον μήνα», «1 ή 2 φορές κατά τους τελευταίους 2 μήνες» ή «καθόλου». Βασιζόμενοι στις παραπάνω απαντήσεις οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν ως εξής: (α) «Θύτης» έναντι «Μη θύτης» (κατηγορία αναφοράς) και (β) «Θύμα» έναντι «Μη θύμα» (κατηγορία αναφοράς). Η παραπάνω ταξινόμηση επιτρέπει «συννοσηρότητα» μεταξύ των δύο καταστάσεων, δηλαδή ο θύτης μπορεί να είναι και θύμα ή αντιστρόφως. Άλλες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει αμιγείς καταστάσεις («αμιγή θύματα», «αμιγείς θύτες», «θύτες-θύματα»), ωστόσο στην παρούσα μελέτη η ανωτέρω ταξινόμηση μας επέτρεψε να διερευνήσουμε ακριβέστερα την ύπαρξη τυχόν στατιστικής αλληλεπίδρασης μεταξύ θυμάτων και θυτών. Εάν ο μαθητής εμπλεκόταν στη συμπεριφορά τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, αυτό ταξινομούταν ως «συχνή» συμπεριφορά θύματος ή θύτη αντίστοιχα, ενώ όλες οι άλλες συχνότητες κωδικοποιούνταν ως «σπάνιες» συμπεριφορές θύτη ή θύματος αντίστοιχα. Αν και η παραπάνω κατηγοριοποίηση είναι σχετικά αυθαίρετη, έχει χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες παλαιότερα (Nansel, 2001; Nansel, 2004). Η σχολική επιθετικότητα θεωρείται ως ένα συνεχές και η εισαγωγή στην κατηγορία της «σχολικής επιθετικότητας» μαθητών, που έχουν εμπλακεί μόνο μία ή δύο φορές κατά τους τελευταίους δύο μήνες πιθανά να μην ήταν καθολικά αποδεκτή. Ωστόσο, συμπεριλάβαμε και αυτούς τους μαθητές στον ορισμό μας, ώστε πρώτον να αυξήσουμε τη στατιστική ισχύ και δεύτερον επειδή οι μαθητές αυτές εμπειρικά εμφανιζόταν παρόμοιοι, όσον αφορά στην ψυχιατρική τους νοσηρότητα, με τους μαθητές με υψηλής συχνότητας συμπεριφορές σχολικής επιθετικότητας.

3.10. Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Λόγω της ιεραρχικής δομής των δεδομένων, κατά την οποία οι μαθητές κατανομούνται σε τάξεις του ίδιου σχολείου, η ανάλυση έγινε με τεχνικές οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τους αυτήν την ιεραρχία. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήσαμε πολυ-επίπεδη ανάλυση (multilevel analysis), όπου το επέτρεπε η υπόθεση προς έλεγχο με την χρήση του προγράμματος STATA 9.0. (Rabe-Hesketh & Skrondal, 2008). Το κυριότερο είδος ανάλυσης, που εφαρμόσαμε, ήταν η λογιστική παλινδρόμηση δύο επιπέδων («two-level logistic regression» - πρώτο επίπεδο οι μαθητές και δεύτερο επίπεδο το σχολείο). Το κύριο μέτρο συσχέτισης που χρησιμοποιήσαμε είναι το odds ratio (με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης). Δεδομένου ότι εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας μπορεί να γίνει και με τη μορφή συνεχούς μεταβλητής, επιπρόσθετα έγινε και ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης δύο επιπέδων. Από την πολύ-επίπεδη ανάλυση θα είναι δυνατό να διερευνηθεί το ποσοστό της ανερμήνευτης μεταβλητότητας, που οφείλεται στο επίπεδο του μαθητή, καθώς και εκείνο που οφείλεται στο επίπεδο του σχολείου. Κατ' αυτόν τον τρόπο θα είναι δυνατό να εκτιμηθεί η επίδραση, που ασκούν οι διάφορες μεταβλητές στο επίπεδο του σχολείου στην ψυχική υγεία των μαθητών, ενώ ταυτόχρονα θα μπορεί να γίνει στάθμιση για μεταβλητές στο ατομικό επίπεδο. Για τις περισσότερες αναλύσεις χρησιμοποιήσαμε το πρόγραμμα STATA (Stata Corporation 1999), ενώ για την διαχείριση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε επίσης και το SPSS. Δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος του ερευνητικού εργαλείου ήταν ενσωματωμένο στο ηλεκτρονικό πρόγραμμα της συνέντευξης, η ανάγκη για εισαγωγή δεδομένων προέκυψε από το γεγονός ότι μέρος των κοινωνικο-δημογραφικών ερωτήσεων συμπληρώθηκαν από όλα τα παιδιά της έρευνας στην τάξη. Στην εισαγωγή αυτή έλαβαν μέρος όλα τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, ενώ ο έλεγχος της ακρίβειας της εισαγωγής έγινε από τον επιστημονικό υπεύθυνο του προγράμματος. Όσον αφορά το ηλεκτρονικό πρόγραμμα της συνέντευξης, αν και τα δεδομένα ήταν ήδη καταχωρημένα ηλεκτρονικά με το τέλος της συνέντευξης, απαιτήθηκε η δημιουργία ειδικού προγράμματος για να είναι δυνατή η μετατροπή των δεδομένων σε μορφή που να είναι δυνατό να αναγνωριστεί

από τα συνήθη στατιστικά προγράμματα και το πρόγραμμα «excel». Το πρόγραμμα αυτό σχεδιάστηκε από μέλη της ερευνητικής ομάδας και μετατρέπει την μορφή στην οποία αποθηκεύονται τα δεδομένα στην συνέντευξη (αρχεία με κατάληξη dat) σε μορφή [csv], που είναι δυνατό να αναγνωριστούν από το πρόγραμμα «excel». Μετά την μετατροπή των δεδομένων απαραίτητη ήταν η συγχώνευση των δεδομένων από τα διάφορα σχολεία σε ένα ενιαίο αρχείο και ο έλεγχος για πιθανά λάθη ή παραλείψεις. Τέλος, στο αρχείο που προέκυψε έπρεπε να προστεθούν οι μεταβλητές που ερωτήθηκαν μόνο μέσα στην τάξη (δηλαδή όλες σχεδόν οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές). Όλες αυτές οι εργασίες έγιναν με την χρήση των εντολών “merge” του STATA.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Περιγραφή του δείγματος

Στον Πίνακα 1 αναφέρονται τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις δύο φάσεις της μελέτης. Και στις δύο φάσεις της μελέτης τα κορίτσια ήταν ελαφρώς περισσότερα από τα αγόρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν μαθητές της Α΄ Λυκείου, είχαν έναν αδελφό/ αδελφή, ενώ σχεδόν 9 στους 10 εφήβους ζούσαν σε οικογένειες με παντρεμένους γονείς. Ως προς τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, οι περισσότεροι γονείς ήταν απόφοιτοι Λυκείου ή Α.Ε.Ι. και απασχολούνταν κυρίως οι μεν πατέρες ως δημόσιοι υπάλληλοι ή ελεύθεροι επαγγελματίες, οι δε μητέρες ως δημόσιοι υπάλληλοι ή με τα οικιακά. Τέλος, οι περισσότεροι έφηβοι ανέφεραν λίγες οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας και «καλή» επίδοση στο σχολείο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος στις δύο φάσεις της μελέτης

Μεταβλητή	Φάση 1 (n=5,614)	Φάση 2 (N=2,431)
Φύλο		
Αγόρι	2530 (45%)	989 (41%)
Κορίτσι	3084 (55%)	1442 (59%)
Ηλικία		
≤16	2265 (41%)	957 (40%)
17	1869 (33%)	825 (34%)
≥18	1440 (26%)	627 (26%)
Σχολική τάξη		
Α΄ Λυκείου	2281 (41%)	942 (39%)
Β΄ Λυκείου	1772 (31%)	778 (32%)
Γ΄ Λυκείου	1561 (28%)	711 (29%)
Οικογενειακή Κατάσταση		
Παντρεμένοι	5012 (89%)	2145 (88%)
Διαζύγιο/ Σε διάσταση	394 (7%)	178 (7.5%)
Χηρεία	159 (3%)	82 (3.5%)
Ελλείπουσες τιμές	49 (1%)	26 (1%)
Ηλικία πατέρα	47.97 (5.14)	47.8 (4.9)
Ηλικία μητέρας	42.60 (4.7)	42.7 (4.6)
Αριθμός αδελφών		
Κανένα	446 (8%)	194 (8%)
Ένα	3087 (55%)	1.407 (59,5%)
Δύο	1313 (24%)	537 (23%)
Τρία ή περισσότερα	722 (13%)	225 (9,5%)

Απασχόληση πατέρα		
Δημόσιος υπάλληλος	1828 (33%)	796 (33%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	1183 (22%)	511 (21%)
Ελ. επαγγελματίας	1949 (35.5%)	839 (34.5%)
Ανεργος	42 (0.5%)	17 (0.5%)
Συνταξιούχος	290 (5%)	123 (5%)
Υπολειμματική κατηγορία	224 (4%)	145 (6%)
Απασχόληση μητέρας		
Δημόσια υπάλληλος	1679 (30%)	681 (28%)
Ιδιωτική υπάλληλος	1056 (19%)	446 (18.5%)
Ελ. επαγγελματίας	741 (13%)	347 (14%)
Οικιακά	1720 (31%)	748 (31%)
Ανεργη	234 (4%)	109 (4.5%)
Υπολειμματική κατηγορία	184 (3%)	100 (4%)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα		
Δημοτικό	791 (14%)	382 (16%)
Γυμνάσιο	849 (15%)	344 (14%)
Λύκειο	1589 (29%)	733 (30%)
ΤΕΙ	738 (13%)	309 (13%)
ΑΕΙ	1562 (28%)	663 (27%)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας		
Δημοτικό	743 (13%)	338 (14%)
Γυμνάσιο	784 (14%)	365 (15%)
Λύκειο	2086 (37.5%)	915 (37.5%)
ΤΕΙ	584 (10.5%)	233 (9.5%)
ΑΕΙ	1385 (25%)	580 (24%)

Οικονομικές δυσκολίες οικογένειας		
Καμιά	1776 (32%)	708 (29%)
Λίγες	3028 (54%)	1317 (54.5%)
Αρκετές	675 (12%)	328 (13.5%)
Πολλές	118 (2%)	66 (3%)
Σχολική επίδοση		
Αριστη	510 (9%)	209 (8.5%)
Πολύ καλή	1898 (34%)	751 (31%)
Καλή	2135 (38%)	932 (38.5%)
Μετρία	1047 (19%)	526 (22%)

4.2. Η κοινή ψυχιατρική συμπτωματολογία στην κοινότητα

4.2.1. Επιπολασμός συμπτωμάτων

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές και οι σταθερές αποκλίσεις για τα σκορ των συμπτωμάτων και ο επιπολασμός των συμπτωμάτων σε επίπεδο κλινικής σημαντικότητας. Χρησιμοποιήσαμε σκορ μεγαλύτερο ή ίσο με 3 για τον ορισμό της κλινικής σημαντικότητας (με την εξαίρεση των καταθλιπτικών σκέψεων, όπου χρησιμοποιήσαμε σκορ μεγαλύτερο ή ίσο με 4, αφού το εύρος των τιμών ήταν από 0 έως 5). Να σημειωθεί ότι ο όρος «κλινικά σημαντικό» δεν υπονοεί ότι το σύμπτωμα αυτό θα έπρεπε να αξιολογηθεί από κάποιον επαγγελματία υγείας, αλλά χρησιμοποιείται κυρίως για να διακρίνει τα ελαφριά και ασθενή συμπτώματα, από εκείνα τα οποία μπορεί να έχουν την τάση να επιμένουν περισσότερο και να ενοχλούν τον μαθητή, ακόμη και εάν τα αντιμετωπίζει μόνος του. Όλα τα συμπτώματα ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερα στα κορίτσια, με την εξαίρεση των καταναγκασμών και των δυσκολιών ύπνου. Όπως

προκύπτει από τον πίνακα 2 η κόπωση, η ευερεθιστότητα και οι ανησυχίες για διάφορα καθημερινά πράγματα είναι τα τρία πιο συχνά συμπτώματα τόσο συνολικά, όσο και στους επιμέρους πληθυσμούς των κοριτσιών και των αγοριών.

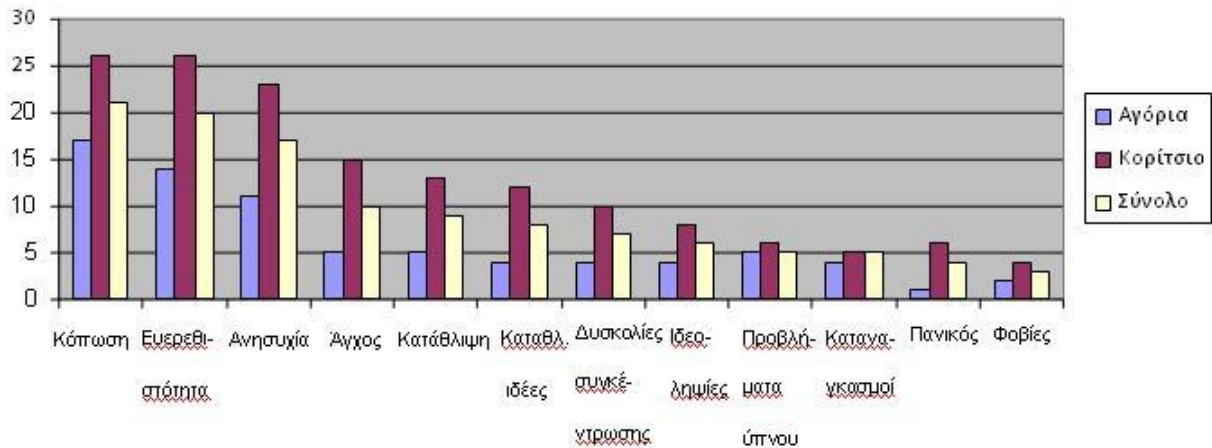
Πίνακας 2: Μέση τιμή συμπτωμάτων (SD) και επιπολασμός κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων σε εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

Σύμπτωμα ¹	Μέση τιμή (SD)	Επιπολασμός κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων (95% ΔΕ)	
Κόπωση			
Αγόρια	1.27 (1.36)	16.99% (14.35 – 19.99)	
Κορίτσια	1.77 (1.40)	25.82% (23.29 – 28.53)	
Σύνολο	1.57 (1.41)	21.34% (19.47 – 23.33)	p<0.001
Ευερεθιστότητα			
Αγόρια	1.39 (1.28)	13.89% (11.76 – 16.35)	
Κορίτσια	1.88 (1.29)	25.72% (23.17 – 28.44)	
Σύνολο	1.68 (1.31)	19.72% (18.01 – 21.55)	p<0.001
Ανησυχία			
Αγόρια	0.98 (1.22)	10.98% (8.81 – 13.59)	
Κορίτσια	1.58 (1.37)	22.60% (20.10 – 25.31)	
Σύνολο	1.34 (1.34)	16.70% (15.00- 18.56)	p<0.001
Άγχος			
Αγόρια	0.62 (1.07)	4.97% (3.81 – 6.46)	
Κορίτσια	1.16 (1.34)	14.81% (12.88 – 16.97)	
Σύνολο	0.94 (1.27)	9.81% (8.65 – 11.12)	p<0.001
Καταθλιπτική διάθεση			
Αγόρια	0.78 (1.03)	4.86% (3.72 – 6.33)	
Κορίτσια	1.22 (1.18)	13.41% (11.65 – 15.40)	
Σύνολο	1.04 (1.14)	9.07% (7.99 – 10.29)	p<0.001
Καταθλιπτικές ιδέες			
Αγόρια	1.00 (1.35)	3.75% (2.85 – 4.93)	

Κορίτσια	1.69 (1.58)	12.37% (10.64 – 14.35)	
Σύνολο	1.41 (1.53)	8.00% (6.99 – 9.14)	p<0.001
Προβλήματα συγκέντρωσης/ μνήμης			
Αγόρια	0.61 (1.06)	3.92% (3.03 – 5.06)	
Κορίτσια	1.02 (1.27)	9.94% (8.55 – 11.53)	
Σύνολο	0.85 (1.20)	6.89% (6.04 – 7.85)	p<0.001
Ιδεοληψίες			
Αγόρια	0.36 (0.92)	4.35% (3.22 – 5.84)	
Κορίτσια	0.48 (1.12)	7.98% (6.56 – 9.67)	
Σύνολο	0.43 (1.04)	6.13% (5.20 – 7.22)	p<0.001
Προβλήματα ύπνου			
Αγόρια	0.61 (1.06)	4.55% (3.25 – 6.34)	
Κορίτσια	1.02 (1.27)	6.12% (4.98 – 7.49)	
Σύνολο	0.85 (1.20)	5.32% (4.42 – 6.40)	p=0.14
Καταναγκασμοί			
Αγόρια	0.54 (1.02)	4.34% (3.23 – 5.81)	
Κορίτσια	0.57 (1.03)	4.79% (3.85 – 5.95)	
Σύνολο	0.56 (1.03)	4.56% (3.80 – 5.47)	p=0.595
Πανικός			
Αγόρια	0.57 (1.10)	1.15% (0.75 – 1.76)	
Κορίτσια	1.03 (1.31)	6.37% (5.14 – 7.85)	
Σύνολο	0.90 (1.27)	3.72% (3.06 – 4.51)	p<0.001
Φοβίες			
Αγόρια	0.38 (0.85)	1.84% (1.28 – 2.65)	
Κορίτσια	0.70 (1.02)	4.40% (3.41 – 5.66)	
Σύνολο	0.57 (0.97)	3.10% (2.51 – 3.82)	p<0.001

¹Τα συμπτώματα παρουσιάζονται με σειρά μειούμενης συχνότητας.

Ο επιπολασμός των συμπτωμάτων, που παρουσιάστηκε στον παραπάνω πίνακα, απεικονίζεται στο Γράφημα 1, που ακολουθεί.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Επιπολασμός κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων κατά φύλο σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

4.2.2. Συσχετίσεις των συμπτωμάτων και τιμές «Cronbach's alpha» για το CIS-R

Όλα τα συμπτώματα συσχετίζονταν ισχυρά μεταξύ τους. Οι συντελεστές συσχέτισης («correlation coefficients») ήταν μεγαλύτεροι του 0.30 για τα περισσότερα συμπτώματα και μόνο τα προβλήματα ύπνου, οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί παρουσίαζαν σταθερά ασθενέστερες συσχετίσεις. Αυτό είναι συμβατό με το γεγονός ότι το CIS-R μετρά μία διάσταση συμπτωμάτων εσωτερικευσης. Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει την ανάλυση αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής («internal consistency reliability analysis»). Οι συσχετίσεις «στοιχείο - τεστ» («item-test correlations») κυμαίνονταν μεταξύ 0.42 και 0.74, οι συσχετίσεις «στοιχείο - υπόλοιπα στοιχεία» («item-rest correlations») μεταξύ 0.30 και 0.67 και οι τιμές «Cronbach's alpha» από 0.84 έως 0.87, με ένα συνολικό «alpha» για το CIS-R ίσο με 0.86.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ανάλυση εσωτερικής συνοχής για την ψυχιατρική συνέντευξη «revised Clinical Interview Schedule» (CIS-R) σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

Σύμπτωμα	Συσχετίσεις «στοιχείο - τεστ»	Συσχετίσεις «στοιχείο - υπόλοιπα στοιχεία»	Μέση τιμή ενδοστοιχειακών συσχετίσεων	Cronbach's alpha ^a
Κόπωση	0.6486	0.5612	0.3380	0.8489
Προβλήματα συγκέντρωσης/ μνήμης	0.6552	0.5690	0.3371	0.8484
Προβλήματα ύπνου	0.5282	0.4224	0.3546	0.8580
Ευερεθιστότητα	0.6765	0.5942	0.3342	0.8467
Καταθλιπτική διάθεση	0.7401	0.6704	0.3255	0.8415
Καταθλιπτικές σκέψεις	0.7337	0.6627	0.3264	0.8420
Άγχος	0.6781	0.5961	0.3340	0.8465
Ανησυχία	0.7313	0.6597	0.3267	0.8422
Πανικός	0.6305	0.5400	0.3405	0.8503
Φοβίες	0.5866	0.4891	0.3465	0.8537
Ιδεοληψίες	0.4172	0.2989	0.3698	0.8659
Καταναγκασμοί	0.5222	0.4156	0.3554	0.8584
CIS-R			0.3407	0.8611

^a «Ενδοστοιχειακές συσχετίσεις» και συντελεστής Cronbach's alpha στο CIS-R μείον το σύμπτωμα στην κάθε σειρά.

4.3. Καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία

4.3.1. Επιπολασμός κατάθλιψης

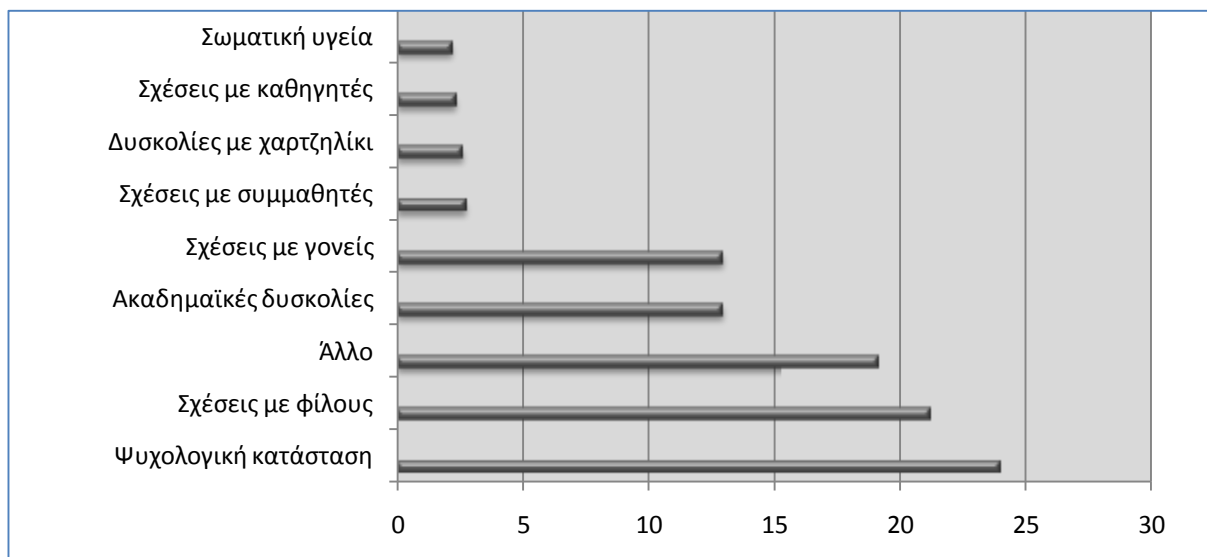
Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται ο επιπολασμός του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του ταξινομικού συστήματος ICD-10, ο επιπολασμός της ταυτόχρονης παρουσίας των πυρηνικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και εκείνος των συμπτωμάτων «καταθλιπτική διάθεση» και «καταθλιπτικές σκέψεις», ανά φύλο. Για όλες τις μεταβλητές που μελετήθηκαν, ο επιπολασμός ήταν σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των κοριτσιών στο δείγμα μας ($p < 0.001$). Η ταυτόχρονη παρουσία συμπτωμάτων καταθλιπτικής διάθεσης και καταθλιπτικών σκέψεων ήταν τρεις φορές συχνότερη (17.43%, CI:15.81-19.17) σε σχέση με την εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10 (5.67%, CI 4.90-6.56). Όσον αφορά στα επιμέρους συμπτώματα, 21.80% και 31.47% των εφήβων ανέφεραν καταθλιπτική διάθεση και καταθλιπτικές σκέψεις αντίστοιχα. Στο γράφημα 2 παρουσιάζονται οι αναφερόμενοι από τους εφήβους λόγοι των αισθημάτων θλίψης. Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος ήταν η «ψυχολογική μου κατάσταση» και ο λιγότερο συχνά αναφερόμενος η «σωματική μου υγεία». Στα πλαίσια αυτά αξίζει να σημειωθεί, ότι μεταξύ των μαθητών με καταθλιπτικές σκέψεις, αυτοί που ανέφεραν δυσκολίες σχετικά με τα χρήματα που λάμβαναν ως χαρτζιλίκι από την οικογένειά τους, ανέφεραν και τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας των γονέων τους (16.22%), καθώς και σημαντικά οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια (37.84%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Επιπολασμός καταθλιπτικών διαταραχών σε εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, κατά φύλο.

	Σύνολο N* (%)	Κορίτσια N* (%)	Αγόρια N* (%)
Καταθλιπτικό επεισόδιο κατά ICD-10	246 (5.67%, CI: 4.90-6.56)	194 (8.87%, CI: 7.54-10.41)	52 (2.57%, CI: 1.87-3.53)
Καταθλιπτικά συμπτώματα¹	643 (17.43%, CI: 15.81-19.17)	472 (24.03%, CI: 21.59-26.66)	171 (11.01%, CI: 9.06-13.33)
CIS-R υποκλίμακες:			
<i>Καταθλιπτική διάθεση</i>	755 (21.80%, CI: 19.91-23.81)	533 (28.22%, CI: 25.50-31.11)	222 (15.56%, CI: 13.09-18.39)
<i>Καταθλιπτικές σκέψεις</i>	1085 (31.47%, CI: 29.24-33.79)	758 (40.92%, CI: 37.68-44.23)	327 (22.30%, CI: 19.46-25.42)

Απόλυτος αριθμός παρατηρήσεων; τα ποσοστά σταθμίστηκαν, ώστε να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας; CI: Διαστήματα Εμπιστοσύνης («Confidence Interval»)

¹Καταθλιπτικά συμπτώματα: Καταθλιπτική διάθεση και καταθλιπτικές σκέψεις ταυτόχρονα



ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Αναφερόμενοι από τους εφήβους λόγοι αισθημάτων θλίψης μεταξύ εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

4.3.2. Συν-νοσηρότητα κατάθλιψης

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα ποσοστά συν-νοσηρότητας του καταθλιπτικού επεισοδίου με τις κύριες αγχώδεις διαταραχές, καθώς και με τη χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα τσιγάρων και τη χρήση κάνναβης. 49.38% των εφήβων με καταθλιπτικό επεισόδιο παρουσίαζε τουλάχιστον μία συννοσηρή διαταραχή άγχους, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα για τους εφήβους χωρίς κατάθλιψη ήταν 9.38% [OR: 7.76 (5.52-10.92)]. Όλες οι αγχώδεις διαταραχές ήταν σημαντικά πιο συχνές στους μαθητές με κατάθλιψη. Η ισχυρότερη συσχέτιση αναδείχθηκε για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή [OR: 7.92 (5.35-11.74)]. 24.83% των εφήβων με κατάθλιψη ανέφεραν χρήση πυκνών ποτών τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα [OR: 1.85 (1.27-2.70)], 22.05% κάπνισμα τσιγάρων καθημερινά [OR: 2.05 (1.39-3.04)], ενώ το 10.25% ανέφεραν ότι έχουν κάνει χρήση κάνναβης τουλάχιστον μία φορά κατά το παρελθόν [OR: 3.48 (2.05-5.93)].

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συν-νοσηρότητα καταθλιπτικού επεισοδίου με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές ή κλινικές καταστάσεις και χρήση ιατρικών υπηρεσιών σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

	Έφηβοι με καταθλιπτικό επεισόδιο	Έφηβοι χωρίς καταθλιπτικό επεισόδιο	Odds Ratios σταθμισμένοι για ηλικία και φύλο	
	%	%	Odds Ratio	95% CI
Συν-νοσηρή κατάσταση:				
Τουλάχιστον μία αγχώδης διαταραχή:	49.38	9.38	7.76	5.52-10.92
• <i>ΙΔΨ</i>	17.08	3.38	5.32	3.48-8.14
• <i>ΓΑΔ</i>	27.64	3.66	7.92	5.35-11.74
• <i>Διαταραχή πανικού</i>	8.70	1.98	4.03	2.14-7.57
• <i>Φοβίες:</i>				
<i>Αγοραφοβία</i>	3.42	1.01	2.53	1.01-6.30
<i>Άλλες φοβίες</i>	12.42	3.81	2.93	1.83-4.68
Αλκοόλ ¹	24.53	18.44	1.85	1.27-2.70
Κάπνισμα ²	22.05	10.65	2.05	1.39-3.04
Κάνναβη ³	10.25	4.19	3.48	2.05-5.93

Όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα, ώστε να εκφράζουν την τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία.

CI: Διάστημα εμπιστοσύνης ("Confidence Interval"). Οι λόγοι πιθανοτήτων υπολογίστηκαν μέσω μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης με τη συν-νοσηρή κατάσταση ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την κατάθλιψη (είτε «ναι», είτε «όχι») ως την ανεξάρτητη (π.χ. η πιθανότητα ύπαρξης τουλάχιστον μίας αγχώδους διαταραχής ήταν 7.76 φορές υψηλότερη για τα άτομα με κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα χωρίς).

¹*Η χρήση αλκοόλ ορίστηκε ως η κατανάλωση πυκνών ποτών τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.*

²*Ως κάπνισμα ορίστηκε η κατανάλωση τσιγάρων καθημερινά.*

³*Η χρήση κάνναβης ορίστηκε ως ιστορικό χρήσης κάνναβης τουλάχιστον μία φορά στο παρελθόν.*

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται αναλυτικότερα ο τύπος της συν-νοσηρότητας μεταξύ των καταθλιπτικών και των αγχώδων διαταραχών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Τύπος συν-νοσηρότητας του καταθλιπτικού επεισοδίου με τις κυριότερες αγχώδεις διαταραχές σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

Έφηβοι με κατάθλιψη	Χωρίς πανικό		Με πανικό	
	<i>Χωρίς ΓΑΔ</i>	<i>Με ΓΑΔ</i>	<i>Χωρίς ΓΑΔ</i>	<i>Με ΓΑΔ</i>
Χωρίς Φοβία: <i>Χωρίς ΙΔΨ</i>	2298	24	8	10
	<i>Με ΙΔΨ</i>	22	6	1
Με Φοβία: <i>Χωρίς ΙΔΨ</i>	13	29		
	<i>Με ΙΔΨ</i>	8	11	

ΓΑΔ: Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ΙΔΨ: Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

4.3.3. Χρήση ιατρικών υπηρεσιών

Η χρήση ιατρικών υπηρεσιών από τους εφήβους παρουσιάζεται στον Πίνακα 7. 10.43% των εφήβων, που παρουσίαζαν μόνο κατάθλιψη και 23.90% αυτών με κατάθλιψη και τουλάχιστον μία αγχώδη διαταραχή είχαν επισκεφθεί κάποιον ιατρό για ψυχολογική αιτία κατά το προηγούμενο έτος. Συνολικά 17.08% των εφήβων με κατάθλιψη (με ή χωρίς συννοσηρή κατάσταση) επισκέφθηκαν κάποιον ιατρό εξαιτίας κάποιου ψυχολογικού προβλήματος ή συμπτώματος κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις συχνές

ιατρικές επισκέψεις παρατηρήθηκαν για τους εφήβους, που είχαν λάβει τουλάχιστον δύο διαγνώσεις και μόνο για τις ιατρικές επισκέψεις για ψυχολογικές αιτίες [OR: 2.54 (1.55-4.19)].

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Χρήση ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

	Κατάθλιψη		
	Όχι % (OR: 95% CI)	Αμιγής μορφή % (OR: 95% CI)	Συννοσηρή μορφή % (OR: 95% CI)
Συχνές ιατρικές επισκέψεις¹:			
<i>Για οποιοδήποτε αιτία</i>	17.69% (1)	16.56% (0.91: 0.50-1.64)	25.79% (1.59: 0.97-2.60)
<i>Για ψυχολογική αιτία</i>	11.26% (1)	10.43% (0.96: 0.52-1.79)	23.90% (2.54: 1.55-4.19)

Όλα τα ποσοστά είναι σταθμισμένα, ώστε να εκφράζουν την τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία;

CI: Διάστημα εμπιστοσύνης ("Confidence Interval"). Οι λόγοι πιθανοτήτων υπολογίστηκαν μέσω μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης με τις συχνές ιατρικές επισκέψεις ως την εξαρτημένη μεταβλητή και την κατάθλιψη («όχι», «αμιγής κατάθλιψη» ή «κατάθλιψη συννοσηρή με αγχώδη διαταραχή») ως την ανεξάρτητη (π.χ. η πιθανότητα συχνών ιατρικών επισκέψεων λόγω ψυχολογικής αιτίας ήταν 1.95 φορές μεγαλύτερη για τους συμμετέχοντες με κατάθλιψη συννοσηρή με άγχος σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς κατάθλιψη).

¹Οι συχνές ιατρικές επισκέψεις ορίστηκαν ως επίσκεψη σε ιατρό περισσότερες από 2 φορές κατά τους τελευταίους 12 μήνες για οποιαδήποτε αιτία ή τουλάχιστον μία για ψυχολογική αιτία.

4.3.4. Κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τους λόγους πιθανοτήτων πριν και μετά τη στάθμιση για μια σειρά παραγόντων, τόσο για το καταθλιπτικό επεισόδιο κατά ICD-10, όσο και για τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μετά τη στάθμιση για όλους τους κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με υψηλότερο κίνδυνο, όσον αφορά και στις δύο εκβάσεις υγείας που μελετήθηκαν στις αναλύσεις της παρούσας εργασίας. Η συσχέτιση ήταν πιο ισχυρή για το καταθλιπτικό επεισόδιο [OR: 3.93 (2.65-5.82)]. Η μεγαλύτερη ηλικία, όπως εκφράστηκε από τη σχολική τάξη που παρακολουθούσαν οι μαθητές [OR: 1.69 (1.16-2.47)] και η ύπαρξη ενός αδερφού στην οικογένεια [OR: 2.20 (1.17-4.13)] συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου κατά ICD-10. Το διαζύγιο και η διάσταση των γονέων [OR: 2.02 (1.34-3.03)] αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αναφορά καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τους εφήβους.

Σχετικά με την απασχόληση των γονέων, η συνταξιοδότηση του πατέρα συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου [OR: 0.39 (0.16-0.99)]. Η υποκατηγορία «μερικές ή αρκετές» οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια κατέδειξε μία ισχυρή στατιστικά σημαντική συσχέτιση και με τις δύο εξαρτημένες μεταβλητές. Αντιθέτως, η ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τις εξαρτημένες μεταβλητές μας. Παρόλα αυτά, πραγματοποιώντας στη συνέχεια διαφορετικές αναλύσεις για τα αγόρια και τα κορίτσια στο δείγμα μας, διαπιστώσαμε πως η χαμηλή επίδοση στο σχολείο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικού επεισοδίου μόνο στον πληθυσμό των αγοριών του δείγματός μας [OR: 2.72 (1.28-5.78)].

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Λόγοι πιθανοτήτων για το καταθλιπτικό επεισόδιο κατά ICD-10 και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, σταθμισμένοι για διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών (N=2,431).

	Odds Ratio (95% CI)			
	Καταθλιπτικό επεισόδιο (ICD-10)		Καταθλιπτικά συμπτώματα	
	Χωρίς στάθμιση OR	Σταθμισμένοι OR	Χωρίς στάθμιση OR	Σταθμισμένοι OR
Γυναικείο φύλο	3.70 (2.55-5.36)	3.93 (2.65-5.82)	2.56 (1.98-3.31)	2.55 (1.96-3.31)
Σχολική τάξη				
A' Λυκείου	1.00	1.00	1.00	1.00
B' Λυκείου	1.23 (0.83-1.81)	1.22 (0.81-1.82)	0.85 (0.63-1.14)	0.87 (0.65-1.18)
Γ' Λυκείου	1.71 (1.16-2.48)	1.69 (1.16-2.47)	1.05 (0.80-1.39)	1.03 (0.78-1.37)
Οικογεν. κατάσταση				
Παντρεμένοι	1.00	1.00	1.00	1.00
Διαζύγιο/ Διάσταση	1.83 (1.08-3.10)	1.69 (0.96-2.98)	2.13 (1.43-3.18)	2.02 (1.34-3.03)
Χηρεία	0.89 (0.43-1.82)	0.98 (0.43-2.22)	1.10 (0.62-1.92)	1.29 (0.68-2.45)
Αριθμός αδελφών				
Κανένα	1.00	1.00	1.00	1.00
Ένα	1.73 (1.01-2.94)	2.20 (1.17-4.13)	1.10 (0.70-1.73)	1.25 (0.76-2.05)
Δύο	1.23 (0.67-2.26)	1.47 (0.74-2.95)	0.90 (0.56-1.45)	0.94 (0.56-1.60)
Τρία ή περισσότερα	1.03 (0.54-1.97)	1.19 (0.57-2.52)	1.17 (0.69-1.99)	1.17 (0.67-2.06)

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	1.03 (0.56-1.85)	1.07 (0.59-1.94)	0.74 (0.48-1.14)	0.75 (0.47-1.20)
Λύκειο	1.01 (0.63-1.62)	1.13 (0.67-1.90)	0.71 (0.49-1.03)	0.80 (0.53-1.20)
T.E.I.	1.41 (0.81-2.45)	1.46 (0.80-2.65)	0.81 (0.52-1.26)	0.90 (0.56-1.45)
A.E.I.	0.94 (0.57-1.54)	1.06 (0.59-1.92)	0.78 (0.54-1.14)	0.97 (0.60-1.55)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	0.83 (0.47-1.46)	0.79 (0.44-1.40)	0.84 (0.54-1.33)	0.87 (0.53-1.41)
Λύκειο	0.84 (0.53-1.31)	0.76 (0.45-1.30)	0.78 (0.54-1.13)	0.83 (0.55-1.27)
T.E.I.	1.12 (0.62-2.02)	0.86 (0.43-1.72)	0.99 (0.61-1.60)	1.03 (0.60-1.78)
A.E.I.	0.97 (0.59-1.60)	0.92 (0.46-1.83)	0.79 (0.53-1.18)	0.86 (0.52-1.43)
Απασχόληση πατέρα				
Δημόσιος υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός υπάλληλος	1.29 (0.85-1.95)	1.29 (0.85-1.97)	1.27 (0.91-1.77)	1.29 (0.90-1.86)
Ελ. επαγγελματίας	0.92 (0.62-1.37)	0.98 (0.65-1.48)	1.08 (0.81-1.45)	1.13 (0.82-1.56)
Συνταξιούχος	0.41 (0.17-1.00)	0.39 (0.16-0.99)	1.50 (0.81-2.78)	1.55 (0.82-2.96)
Άνεργος/ Άλλο	1.02 (0.58-1.80)	0.95 (0.50-1.80)	1.25 (0.79-1.98)	1.01 (0.63-1.78)
Απασχόληση μητέρας				
Δημόσια υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτική υπάλληλος	0.95 (0.60-1.51)	0.82 (0.50-1.34)	0.93 (0.66-1.31)	0.80 (0.55-1.16)
Ελ. επαγγελματίας	0.83 (0.49-1.41)	0.84 (0.47-1.50)	0.91 (0.62-1.35)	0.90 (0.59-1.36)
Άνεργη	1.16 (0.63-2.15)	1.07 (0.54-2.13)	1.30 (0.77-2.20)	1.03 (0.59-1.81)

Οικιακά	0.74 (0.49-1.14)	0.76 (0.47-1.23)	0.91 (0.65-1.26)	0.89 (0.61-1.28)
Συνταξιούχος/ Άλλο	0.78 (0.39-1.54)	0.73 (0.34-1.57)	0.99 (0.59-1.64)	0.87 (0.50-1.51)
Οικονομικές δυσκολίες				
Καμιά	1.00	1.00	1.00	1.00
Λίγες	1.26 (0.85-1.86)	1.19 (0.79-1.79)	1.32 (0.98-1.75)	1.28 (0.95-1.72)
Αρκετές/ Πολλές	2.33 (1.48-3.67)	2.23 (1.40-3.55)	2.44 (1.73-3.44)	2.29 (1.60-3.28)
Σχολική επίδοση				
Άριστη/ Πολύ καλή/ Καλή	1.00	1.00	1.00	1.00
Μέτρια	1.49 (1.03-2.16)	1.45 (0.97-2.18)	1.28 (0.96-1.70)	1.13 (0.82-1.54)

OR: Λόγοι πιθανοτήτων (“Odds ratio”); CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (“Confidence Interval”)

¹Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες περιελάμβαναν επιπλέον την ηλικία του πατέρα και την ηλικία της μητέρας. Ωστόσο, μιας και δεν αναδείχθηκε καμιά συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές που μελετήθηκαν, παραλήφθηκαν χάριν απλότητας του πίνακα.

4.4. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αυτό-αναφερόμενη υγεία στην εφηβεία

4.4.1. Αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία

Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει την αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία των εφήβων. Μεταξύ των 5614 εφήβων, 10% (κορίτσια: 13%, αγόρια: 7%, $p < 0.001$) ανέφερε μέτρια ή κακή γενική υγεία, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα για την ψυχολογική υγεία ήταν 32% (κορίτσια: 42%, αγόρια: 20%, $p < 0.001$). Η γενική και η ψυχολογική αυτό-αναφερόμενη υγεία συσχετίστηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ τους (spearman's rho = 0.41).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία σε δείγμα 5,614 εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, κατά φύλο.

	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Γενική υγεία					
Αγόρια	982 (38.84%)	972 (38.45%)	403 (15.94%)	125 (4.94%)	46 (1.82%)
Κορίτσια	607 (19.73%)	1245 (40.47%)	821 (26.69%)	351 (11.41%)	52 (1.69%)
Ψυχολογική υγεία					
Αγόρια	539 (21.34%)	801 (31.71%)	690 (27.32%)	355 (14.05%)	141 (5.58%)
Κορίτσια	271 (8.80%)	626 (20.33%)	903 (29.33%)	962 (31.24%)	317 (10.30%)

4.4.2. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης τόσο για τη γενική, όσο και για την ψυχολογική υγεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Αναλύσεις λογιστικής παλινδρόμησης για την αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική και γενική υγεία

	Αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική υγεία		Αυτό-αναφερόμενη γενική υγεία	
	Χωρίς στάθμιση OR (95% CI)	Σταθμισμένοι OR (95% CI)	Χωρίς στάθμιση OR (95% CI)	Σταθμισμένοι OR (95% CI)
Φύλο				
Κορίτσια	2.91 (2.57-3.28)	3.06 (2.69-3.47)	2.08 (1.72 - 2.51)	2.12 (1.75-2.57)
Σχολική τάξη				
Α΄ Λυκείου	1.00	1.00	1.00	1.00
Β΄ Λυκείου	1.24 (1.09-1.43)	1.22 (1.06-1.42)	1.45 (1.18-1.80)	1.43 (1.15-1.77)
Γ΄ Λυκείου	1.65 (1.44-1.90)	1.61 (1.39-1.87)	1.64 (1.32-2.03)	1.57 (1.26-1.96)
Οικογενειακή κατάσταση				
Παντρεμένοι	1.00	1.00	1.00	1.00
Διαζύγιο/ Διάσταση	1.53 (1.24-1.89)	1.29 (1.03-1.63)	1.50 (1.10-2.02)	1.23 (0.89-1.69)
Χηρεία	1.34 (0.96-1.85)	1.09 (0.69-1.74)	1.43 (0.89-2.28)	1.08 (0.56-2.05)

Άλλο	2.07 (1.16-3.71)	1.90 (1.01-3.60)	5.00 (2.70-9.23)	4.39 (2.26-8.51)
Ηλικία πατέρα	1.00 (1.00-1.01)	1.00 (0.99-1.02)	0.99 (0.99-1.00)	1.00 (0.98-1.02)
Ηλικία μητέρας	1.00 (1.00-1.01)	1.00 (0.98-1.01)	0.99 (0.98-1.00)	0.99 (0.97-1.01)
Απασχόληση πατέρα				
Δημόσιος υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτικός υπάλληλος	1.09 (0.93-1.27)	1.02 (0.86-1.22)	0.99 (0.77-1.26)	0.89 (0.68-1.16)
Ελ. Επαγγελματίας	1.07 (0.94-1.23)	1.03 (0.88-1.21)	1.09 (0.88-1.34)	0.94 (0.74-1.20)
Συνταξιούχος	1.14 (0.88-1.49)	1.07 (0.80-1.43)	1.20 (0.81-1.78)	1.15 (0.76-1.74)
Άνεργος	2.34 (1.27-4.32)	1.28 (0.65-2.49)	1.86 (0.82-4.26)	0.91 (0.38-2.17)
Άλλο	1.54 (1.16-2.05)	1.10 (0.79-1.52)	1.28 (0.83-1.97)	0.87 (0.54-1.40)
Απασχόληση μητέρας				
Δημόσια υπάλληλος	1.00	1.00	1.00	1.00
Ιδιωτική υπάλληλος	1.14 (0.97-1.35)	1.01 (0.83-1.23)	1.19 (0.92-1.54)	1.10 (0.82-1.47)
Ελ. Επαγγελματίας	0.97 (0.80-1.17)	0.91 (0.73-1.13)	1.32 (0.99-1.75)	1.32 (0.97-1.82)
Σύνταξη/ Οικιακά	1.08 (0.93-1.25)	1.04 (0.87-1.24)	1.18 (0.94-1.48)	1.22 (0.93-1.60)
Άνεργη	1.46 (1.10-1.94)	1.12 (0.82-1.53)	1.33 (0.86-1.52)	1.09 (0.69-1.74)

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	0.73 (0.59-0.90)	0.81 (0.65-1.02)	0.84 (0.62-1.13)	0.98 (0.71-1.35)
Λύκειο	0.74 (0.61-0.88)	0.93 (0.77-1.25)	0.72 (0.55-0.95)	0.92 (0.68-1.24)
Τ.Ε.Ι.	0.79 (0.64-0.98)	0.98 (0.78-1.26)	0.87 (0.64-1.19)	1.08 (0.76-1.54)
Α.Ε.Ι.	0.77 (0.64-0.92)	1.16 (0.92-1.47)	0.73 (0.56-0.96)	1.06 (0.75-1.49)
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας				
Δημοτικό	1.00	1.00	1.00	1.00
Γυμνάσιο	0.70 (0.56-0.86)	0.84 (0.67-1.06)	0.68 (0.49-0.93)	0.78 (0.56-1.08)
Λύκειο	0.68 (0.57-0.81)	0.87 (0.71-1.07)	0.64 (0.49-0.82)	0.82 (0.61-1.09)
Τ.Ε.Ι.	0.68 (0.54-0.85)	0.83 (0.63-1.09)	0.67 (0.48-0.95)	0.88 (0.59-1.30)
Α.Ε.Ι.	0.68 (0.56-0.82)	0.94 (0.73-1.21)	0.70 (0.34-0.92)	1.08 (0.75-1.55)
Οικονομ. δυσκολίες οικογένειας				
Καμία	1.00	1.00	1.00	1.00
Λίγες	1.34 (1.17-1.53)	1.26 (1.10-1.45)	1.62 (1.30-2.01)	1.56 (1.25-1.96)
Αρκετές	2.57 (2.14-3.10)	2.31 (1.89-2.83)	2.67 (2.02-3.53)	2.46 (1.84-3.30)
Πολλές	4.66 (3.17-6.85)	4.01 (2.65-6.08)	5.68 (3.66-8.81)	4.73 (2.95-7.59)

Σχολική επίδοση				
Άριστη	1.00	1.00	1.00	1.00
Πολύ καλή/ Καλή	1.33 (1.08-1.65)	1.40 (1.12-1.75)	1.04 (0.75-1.43)	1.01 (0.73-1.42)
Μέτρια	2.01 (1.59-2.54)	2.22 (1.71-2.87)	1.87 (1.32-2.65)	1.67 (1.15-2.41)

Λόγοι πιθανοτήτων χωρίς στάθμιση, καθώς και μετά από στάθμιση για όλες τις κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, όπως υπολογίστηκαν για την αυτοαναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία σε 5,614 εφήβους ηλικίας 16-18 ετών.

OR: Odds ratio (Λόγος πιθανοτήτων)

CI: Confidence Interval (Διάστημα εμπιστοσύνης)

Μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που μελετήθηκαν, το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία (παρακολούθηση μεγαλύτερης σχολικής τάξης) και το διαζύγιο των γονιών συσχετίστηκαν με χειρότερο επίπεδο ψυχολογικής υγείας των εφήβων. Με την εξαίρεση του διαζυγίου των γονιών, οι ίδιες συσχετίσεις προέκυψαν και για τη γενική υγεία, με την επίδραση του φύλου ωστόσο να εμφανίζεται ασθενέστερη.

Στην ανάλυση χωρίς στάθμιση μαθητές που είχαν γονείς με μορφωτικό επίπεδο υψηλότερο του δημοτικού ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν κακή ψυχολογική υγεία, ενώ για τη γενική υγεία μόνο το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας παρουσίαζε σταθερή συσχέτιση. Ωστόσο, η στάθμιση για διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες μείωσε την ισχύ αυτών των συσχετίσεων σε μη στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Στην ανάλυση χωρίς στάθμιση οι μαθητές με άνεργο πατέρα ήταν περισσότερο πιθανό να αναφέρουν κακή ψυχολογική υγεία και αντίστοιχη, αλλά όχι στατιστικά σημαντική, τάση βρέθηκε και για τη γενική υγεία. Στάθμιση για τις λοιπές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και ιδιαίτερα η παρουσία οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια μείωσε την ισχύ της συσχέτισης αυτής. Σε

αναλύσεις, ξεχωριστά για τα κορίτσια και τα αγόρια του δείγματος, φάνηκε ότι η ανεργία του πατέρα ήταν σημαντική μόνο για τα κορίτσια του δείγματος (“crude odds ratio”: 3.63, $p=0.003$ για την κακή ψυχολογική υγεία), ωστόσο περαιτέρω στάθμιση για τις υπόλοιπες μεταβλητές οδήγησε σε μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση ακόμη και για την ψυχολογική υγεία των κοριτσιών (“odds ratio”: 2.20, $p=0.08$).

Η παρουσία οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με χειρότερη ψυχολογική, αλλά και γενική υγεία, παρουσιάζοντας ενδείξεις για σχέση τύπου δόσης-αποτελέσματος (Πίνακας 3, στήλες 3 και 5). Επιπρόσθετα, η χαμηλότερη επίδοση των εφήβων στο σχολείο συσχετίστηκε με γραμμικό τρόπο με χειρότερη ψυχολογική υγεία. Στην περίπτωση της γενικής υγείας από την άλλη μεριά, η παραπάνω σχέση ήταν εμφανής μόνο για τους μαθητές που αξιολογούσαν την επίδοσή τους ως «μέτρια».

4.5. Σχολική επιθετικότητα και αυτοκτονικότητα

4.5.1. Επιπολασμός σχολικής επιθετικότητας και αυτοκτονικού ιδεασμού

Ο επιπολασμός των συμπεριφορών θύματος και θύτη σχολικής επιθετικότητας κατά φύλο παρουσιάζονται στον Πίνακα 11. Από τον πίνακα προκύπτει ότι η συμπεριφορά θύτη (αλλά όχι θύματος) ήταν πολύ συχνότερη μεταξύ των αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια του δείγματός μας ($p < 0.001$). Ο Πίνακας 12 παρουσιάζει τον επιπολασμό του αυτοκτονικού ιδεασμού κατά φύλο και κατά συμπεριφορά σχολικής επιθετικότητας. Σκέψεις ότι η ζωή δεν αξίζει αναφέρθηκαν συχνότερα από τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια στο δείγμα μας (5.1% για τα κορίτσια έναντι 2.4% για τα αγόρια, $p < 0.001$). Αύξηση στη συχνότητα της συμπεριφοράς θύματος συσχετίστηκε με υψηλότερο επιπολασμό αυτοκτονικού ιδεασμού: από 2.9% σε μη θύματα σε 6.8% σε θυματοποίηση με συχνότητα αραιότερα από εβδομαδιαία και 30.4% σε εβδομαδιαία θυματοποίηση, $p < 0.001$. Η παραπάνω συσχέτιση ήταν πολύ ασθενέστερη για τους μαθητές-θύτες ($p = 0.09$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Επιπολασμός συμπεριφορών επιθετικότητας σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών, κατά φύλο.

	Αγόρια N* (%)	Κορίτσια N* (%)	Σύνολο N* (%)
«Θύματα» επιθετικότητας:			
Ποτέ	836 (87.2%)	1238 (89.3%)	2076 (88.2%)
Σπανίως (συχνότητα< εβδομαδιαία)	130 (11.3%)	173 (9.4%)	305 (10.4%)
Συχνά (εβδομαδιαία)	22 (1.5%)	28 (1.3%)	50 (1.4%)
		p** = 0.4103	
«Θύτες» επιθετικότητας:			
Ποτέ	694 (72.4%)	1274 (89.1%)	1971 (80.7%)
Σπανίως (συχνότητα< εβδομαδιαία)	240 (22.8%)	151(10.1%)	391 (16.5%)
Συχνά (εβδομαδιαία)	54 (4.8%)	14 (0.7%)	69 (2.8%)
		p** < 0.001	

*Απόλυτος αριθμός παρατηρήσεων; τα ποσοστά σταθμίστηκαν, ώστε να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας; **τιμές p-value που προέκυψαν από δοκιμασίες χ^2 διορθωμένες για τον σχεδιασμό της μελέτης (“survey”)

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Επιπολασμός αυτοκτονικού ιδεασμού κατά συμπεριφορά σχολικής επιθετικότητας και κατά φύλο σε 2,431 εφήβους μαθητές Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών.

Φύλο	Αυτοκτονικός ιδεασμός, N (%)*
Αγόρια	46 (2.4%)
Κορίτσια	108 (5.1%)
Σύνολο	154 (3.7%)
Συμπεριφορές επιθετικότητας	N (%)
Θύματα:	
Όχι	110 (2.9%)
Ναι, σπάνια	26 (6.8%)
Ναι, συχνά	18 (30.4%)
	p-value** <0.001
Θύτες:	
Όχι	115(3.3%)
Ναι, σπάνια	32 (4.9%)
Ναι, συχνά	7 (7%)
	p-value**= 0.090

*Απόλυτος αριθμός παρατηρήσεων; τα ποσοστά σταθμίστηκαν, ώστε να λαμβάνεται υπόψη η διαδικασία της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας; **τιμές p-value που προέκυψαν από δοκιμασίες χ^2 διορθωμένες για τον σχεδιασμό της μελέτης (“survey”)

4.5.2. Ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τους λόγους πιθανοτήτων και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τη σχέση ανάμεσα στον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις συμπεριφορές σχολικής επιθετικότητας. Παρουσιάζονται τέσσερα μοντέλα αυξανόμενης πολυπλοκότητας: στο μοντέλο 1 ελέγξαμε για το φύλο και την ηλικία, στο μοντέλο 2 επιπρόσθετα και για κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, στο μοντέλο 3 επιπλέον για την ψυχιατρική νοσηρότητα και τέλος στο μοντέλο 4 και για ταυτόχρονη παρουσία της αντίθετης συμπεριφοράς επιθετικότητας. Επίσης, ελέγξαμε για την πιθανότητα αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε θύματα και θύτες μέσω εισαγωγής στο τελικό μοντέλο κατάλληλου όρου (θύματα*θύτες). Ωστόσο, ο λόγος πιθανοτήτων δεν ήταν στατιστικά σημαντικός (= 1.01 σε 2 βαθμούς ελευθερίας, $p = 0.60$) και, μιας και δεν υπήρξαν ενδείξεις αλληλεπίδρασης, παρουσιάζουμε το απλούστερο μοντέλο με τις κύριες συσχετίσεις μόνο. Όσον αφορά στη συμπεριφορά θύματος, σταθερή και σημαντική συσχέτιση σημειώνεται σε όλα τα μοντέλα με ενδείξεις σχέσης δόσης - αποτελέσματος στα λιγότερο σύνθετα μοντέλα. Στα μοντέλα 3 και 4 η κατηγορία της λιγότερο συχνής θυματοποίησης παύει να είναι στατιστικά σημαντική λόγω της εισαγωγής της ψυχιατρικής νοσηρότητας, που δρα ως συγχυτικός παράγοντας. Η συχνή θυματοποίηση ωστόσο συσχετίζεται ανεξάρτητα και ισχυρά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε όλα τα μοντέλα. Περαιτέρω αναλύσεις κατά φύλο έδειξαν ότι η συχνή θυματοποίηση συσχετίστηκε ισχυρά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό τόσο στα αγόρια, όσο και στα κορίτσια στο τελικό μοντέλο 4 (OR=7.64 [95% CI: 2.18 - 26.78] για τα αγόρια έναντι 7.93 [1.88 - 33.35] για τα κορίτσια). Ωστόσο, σημειώνεται μια μη στατιστικά σημαντική τάση συσχέτισης ανάμεσα στη θυματοποίηση χαμηλής συχνότητας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό στα αγόρια ($p = 0.08$), που δεν υπήρχε στα κορίτσια ($p = 0.97$).

Όσον αφορά στην ομάδα των θυτών, μια διαφαινόμενη στα λιγότερο σύνθετα μοντέλα συσχέτιση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό έγινε μη στατιστικά σημαντική μετά τον έλεγχο για την ψυχιατρική νοσηρότητα. Στο τελικό μοντέλο, η συμπεριφορά θύτη δεν συσχετίστηκε με τον

αυτοκτονικό ιδεασμό. Περαιτέρω αναλύσεις κατά φύλο έδειξαν ότι αυτό ίσχυε τόσο για τα αγόρια, όσο και για τα κορίτσια του δείγματός μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Σταθμισμένοι λόγοι πιθανοτήτων του αυτοκτονικού ιδεασμού για τις διάφορες συχνότητες συμπεριφορών σχολικής επιθετικότητας σε δείγμα 2,431 εφήβων μαθητών ηλικίας 16-18 ετών.

Συμπεριφορά σχολικής επιθετικότητας	OR (95% CI)* για αναφερόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό			
	Μοντέλο 1: Στάθμιση για ηλικία και φύλο	Μοντέλο 2: Μοντέλο 1 + Κοινωνικοοικονο- μικοί/ οικογενειακοί παράγοντες ¹	Μοντέλο 3: Μοντέλο 2 + ψυχιατρική νοσηρότητα ²	Μοντέλο 4: Μοντέλο 3 + ρόλος θύτη ³ ή θύματος ⁴ ταυτόχρονα
«Θύματα»				
Όχι	1.00	1.00	1.00	1.00
Ναι, όλες οι συχνότητες	3.72 (2.40 - 5.74)	3.43 (2.15 – 5.49)	2.03 (1.20 – 3.44)	1.94 (1.12 – 3.34)
<i>Ναι, σπάνια</i>	2.55 (1.52 - 4.30)	2.38 (1.34 - 4.24)	1.42 (0.75 - 2.68)	1.34 (0.69 - 2.60)
<i>Ναι, συχνά</i>	15.64 (7.33 - 33.35)	14.19 (6.58 - 30.59)	8.04 (3.14 - 20.62)	7.78 (3.05-19.90)
«Θύτες»				
Όχι	1.00	1.00	1.00	1.00
Ναι, όλες οι συχνότητες	2.11 (1.18 – 3.20)	1.72 (1.03 - 2.87)	1.50 (0.89 – 2.54)	1.35 (0.77 – 2.35)
<i>Ναι, σπάνια</i>	1.94 (1.18 - 3.20)	1.70 (0.98 - 2.94)	1.54 (0.88 - 2.72)	1.39 (0.77 - 2.53)
<i>Ναι, συχνά</i>	3.40 (1.27 - 9.07)	1.87 (0.75 - 4.66)	1.33 (0.58 - 3.03)	1.13 (0.47-2.72)

*OR: Λόγος πιθανοτήτων (Odds ratio); CI: Διάστημα εμπιστοσύνης (Confidence interval)

¹σχολική επίδοση, οικογενειακή κατάσταση γονέων, μορφωτικό επίπεδο γονέων, επαγγελματική απασχόληση γονέων, υποκειμενικές οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας, σχέση με τη μητέρα, σχέση με τον πατέρα

² συνολικό σκορ στη δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη «revised Clinical Interview Schedule» (CIS-R)

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1. Η κοινή ψυχιατρική συμπτωματολογία στην κοινότητα

5.1.1. Κύρια ευρήματα

Στην παρούσα μελέτη εφήβων μαθητών Λυκείου ηλικίας 16-18 ετών φάνηκε ότι τα μη ειδικά ψυχολογικά συμπτώματα ήταν αρκετά συχνά και συσχετιζόνταν ισχυρά μεταξύ τους. Τα συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα ήταν η κόπωση, η ευερεθιστότητα και η ανησυχία. Με την εξαίρεση των καταναγκασμών και των δυσκολιών στον ύπνο, τα κορίτσια εμφάνιζαν σημαντικά αυξημένη συμπτωματολογία σε σχέση με τα αγόρια στο δείγμα μας. Αρκετά συχνές, ιδιαίτερα μεταξύ των κοριτσιών, ήταν επίσης η θλίψη και οι καταθλιπτικές σκέψεις (π.χ. αυτομομφές για μη επιθυμητές εκβάσεις, ιδέες αναξιότητας/ χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον κτλ.). Συμπτώματα όπως ο πανικός, οι φοβίες και οι καταναγκασμοί εμφάνιζαν μικρότερη, αλλά όχι αμελητέα συχνότητα.

5.1.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες

Η ιεράρχηση των συμπτωμάτων, όπως περιγράφηκε στην παρούσα μελέτη, ήταν παρόμοια με αυτή που έχει αναδειχθεί σε άλλες μελέτες, που χρησιμοποίησαν ανάλογη μεθοδολογία. Στη μελέτη ενηλίκων και εφήβων άνω των 16 ετών, που έλαβε χώρα στη Χιλή και τη Μεγάλη Βρετανία και χρησιμοποίησε επίσης το εργαλείο CIS-R, τα μη ειδικά συμπτώματα, όπως ανησυχία, κόπωση ή ευερεθιστότητα, ήταν αρκετά συχνά (Araya, 2001). Τα ειδικά ψυχολογικά προβλήματα, όπως καταθλιπτική ή αγχώδης διάθεση, που είναι απαραίτητα για να τεθεί διάγνωση σύμφωνα με τα κριτήρια των συστημάτων ταξινόμησης των ασθενειών, ήταν πολύ λιγότερο συχνά. Στο δείγμα μας, όπως και στο δείγμα της ανωτέρω μελέτης που προερχόταν από την Ευρώπη (Μεγάλη Βρετανία), το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα ήταν η κόπωση και

μάλιστα με παρόμοιο επιπολασμό, ενώ στο δείγμα που προερχόταν από τη Λατινική Αμερική (Χιλή) το πιο συχνό σύμπτωμα ήταν η ανησυχία, με τη συχνότητα όλων σχεδόν των συμπτωμάτων να εμφανίζεται σημαντικά υψηλότερη στον πληθυσμό αυτό. Τόσο στην παρούσα, όσο και στην ανωτέρω αναφερόμενη μελέτη, η συχνότητα των συμπτωμάτων ήταν σημαντικά υψηλότερη στο γυναικείο φύλο, εύρημα το οποίο είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία τόσο των ενηλίκων, όσο και των εφήβων.

5.2. Καταθλιπτικές διαταραχές στην εφηβεία

5.2.1. Κύρια ευρήματα

Το 5.67% των εφήβων στο δείγμα μας πληρούσε τα κριτήρια ενός ήπιου, μέτριου ή σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με τα κριτήρια του ICD-10. Τρεις φορές πιο συχνή (17.43%) ήταν η αναφορά των «πυρηνικών» καταθλιπτικών συμπτωμάτων (ταυτόχρονη αναφορά καταθλιπτικών σκέψεων και καταθλιπτικής διάθεσης), ανεξάρτητα από το αν πληρούταν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής ή όχι. Η κυριότερη ανησυχία των καταθλιπτικών εφήβων ήταν η ίδια η ψυχολογική τους κατάσταση. Ένας στους δύο εφήβους με κατάθλιψη ανέφερε τουλάχιστον μία συν-νοσηρή αγχώδη διαταραχή, ενώ μόλις ένας στους δέκα συνομήλικούς τους χωρίς κατάθλιψη πληρούσε τα κριτήρια μιας αγχώδους διαταραχής. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ήταν η συχνότερη αγχώδης διαταραχή. Η συχνή χρήση αλκοόλ κατέδειξε την ασθενέστερη, αν και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, συσχέτιση με την κατάθλιψη μεταξύ όλων των συν-νοσηρών καταστάσεων που εξετάστηκαν. Οι συχνές ιατρικές επισκέψεις για ψυχολογικούς λόγους συσχετίστηκαν θετικά με την κατάθλιψη. Λιγότεροι από έναν στους πέντε εφήβους με κατάθλιψη επισκέφθηκαν κάποιον ιατρό εξαιτίας προβλήματος ψυχικής υγείας κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Το θηλυκό φύλο συσχετίστηκε και με τις δύο εκβάσεις υγείας που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία. Η μεγαλύτερη ηλικία του εφήβου και η ύπαρξη ενός αδερφού στην οικογένεια αύξησαν τον κίνδυνο ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, ενώ το διαζύγιο ή η διάσταση των γονέων αύξησαν τον κίνδυνο της ταυτόχρονης εμφάνισης των «πυρηνικών» καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η παρουσία οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους εφήβους, αύξησε τον κίνδυνο και των δύο καταθλιπτικών εκβάσεων που εξετάστηκαν. Η συνταξιοδότηση του πατέρα φαίνεται να έχει μια προστατευτική δράση, όσον αφορά στα καταθλιπτικά επεισόδια. Τέλος, σε επίπεδο στατιστικής

σημαντικότητας η χαμηλή σχολική επίδοση συσχετίστηκε με τις εκβάσεις που μελετήθηκαν μόνο για τα αγόρια του δείγματός μας.

5.2.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες και ερμηνεία των ευρημάτων

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης που παρουσιάζεται στη μελέτη μας είναι αντίστοιχος με αυτόν διαφόρων μελετών, που διεξήχθησαν στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Οι Costello και συν. διενήργησαν μία μεγάλη μετα-ανάλυση περίπου 60.000 παρατηρήσεων παιδιών που γεννήθηκαν κατά τα τελευταία 30 χρόνια, στα οποία είχε χορηγηθεί τουλάχιστον μία δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη ικανή να οδηγήσει σε επίσημη ψυχιατρική διάγνωση, που βασίζεται σε κλινικά κριτήρια. Για την υποομάδα των εφήβων μεταξύ 13 και 18 ετών αναφέρθηκε μια εκτίμηση επιπολασμού της τάξης του 5.6% (Costello et al, 2006). Παλαιότερες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμό εφήβων στην Ελλάδα, δεν είχαν χρησιμοποιήσει δομημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις. Προηγούμενες μελέτες επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν εργαλεία μέτρησης, όπως η κλίμακα “CES-D” (Center for Epidemiological Studies - Depression) (Lazaratou, 2010; Madianos et al, 1993) ή το εργαλείο “Delusions Symptoms States Inventory/ states of Anxiety and Depression” (Angelopoulos & Economou, 1994). Η πιο πρόσφατη μελέτη εφήβων στην Ελλάδα ανέδειξε έναν επιπολασμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων της τάξης του 26.2% (Lazaratou et al, 2010), που όπως είναι προφανές είναι σημαντικά υψηλότερος από αυτόν της παρούσας μελέτης. Μελέτες που διεξήχθησαν κατά την δεκαετία του 1990 σε παρόμοια δείγματα, ανέφεραν ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων έως και 33.4% για τα αγόρια και 60.6% για τα κορίτσια (Angelopoulos & Economou, 1994) ή και ακόμα υψηλότερα (Madianos et al, 1993). Οι παρατηρούμενες διαφορές θα μπορούσαν να οφείλονται στο διαφορετικό πλαίσιο δειγματοληψίας, καθώς και στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Η αναφορά υψηλότερων ποσοστών των κύριων καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι πιθανή σε μία μέτρηση, που γίνεται με τη χρήση κλίμακας, σε σχέση με την

αντίστοιχη που προκύπτει από τη χρήση δομημένης κλινικής ψυχιατρικής συνέντευξης, όπως έγινε στην παρούσα μελέτη. Επίσης, ακόμα και μεταξύ άλλων ευρέως διαδεδομένων δομημένων ψυχιατρικών συνεντεύξεων, η συνέντευξη CIS-R φαίνεται να είναι περισσότερο ειδική, αλλά λιγότερο ευαίσθητη στην διάγνωση της κατάθλιψης (Pez et al, 2010).

Στην μελέτη μας περίπου οι μισοί από τους εφήβους με κατάθλιψη παρουσίασαν τουλάχιστον μία συν-νοσηρή αγχώδη διαταραχή. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με αυτά άλλων μελετών, που διενεργήθηκαν σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Ποσοστά συν-νοσηρότητας έως και 75% έχουν καταγραφεί σε ορισμένα κλινικά δείγματα (Sorensen et al, 2008), με ποσοστά μεταξύ 20% και 50% να είναι πιο συχνά (Angold et al, 1999; Brady & Kendall, 1992). Μία ενδιαφέρουσα σημείωση σχετικά με τα ποσοστά συν-νοσηρότητας έγινε από ορισμένους ερευνητές, οι οποίοι επεσήμαναν πως οι μελέτες ενδεχομένως να υποτιμούν τα ποσοστά, καθώς η μείζονα κατάθλιψη που ακολουθείται από υποκλινικό άγχος πιθανότατα δεν θα χαρακτηριζόταν ως συν-νοσηρότητα (Garber & Weersing, 2010). Παρ' όλα αυτά, γίνεται εύκολα κατανοητό, ότι το συν-νοσηρό άγχος, ακόμη και στην υποκλινική του μορφή, θα μπορούσε να έχει σημαντικές κλινικές επιπτώσεις, κυρίως στην μετέπειτα εξέλιξη του ατόμου.

Η χρήση αλκοόλ, το κάπνισμα τσιγάρων και η χρήση κάνναβης ήταν σημαντικά πιο συχνή μεταξύ των εφήβων με κατάθλιψη στη μελέτη μας. Η ισχυρή σχέση ανάμεσα στη χρήση αλκοόλ και τη μείζονα κατάθλιψη στους εφήβους έχει επισημανθεί σε διάφορες μελέτες (Clark et al., 1997; Kandel et al., 1999). Θεωρίες σχετικά με την αιτιολογική σχέση τους έχουν προτείνει ότι η κατάθλιψη αυξάνει την πιθανότητα της εξάρτησης από το αλκοόλ (Zucker et al., 1995). Από την άλλη πλευρά, ωστόσο, αναφέρεται πως οι διαταραχές που οφείλονται στη χρήση αλκοόλ θα μπορούσαν όχι μόνο να επιδεινώσουν, αλλά και να προκαλέσουν την κατάθλιψη (Schuckit et al, 1997).

Μια σειρά επιδημιολογικών μελετών διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των ψυχικών διαταραχών στην εφηβεία (Audrain-McGovern et al, 2004; Crone & Reijneveld, 2007).

Ενώ οι διαταραχές εξωτερίκευσης, όπως η διαταραχή διαγωγής ή η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) συσχετίζονται σταθερά με το κάπνισμα στους εφήβους (Elkins et al, 2007), τα ευρήματα για τις διαταραχές εσωτερίκευσης, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε αυτές τις διαταραχές και το κάπνισμα (Patton et al, 1998; Liu, 2003), ενώ άλλες δεν αναφέρουν κάποια σημαντική σχέση μεταξύ τους (Dierker et al, 2002; Clark & Cornelius, 2004). Μια πρόσφατη μελέτη σε εφήβους στην Ελλάδα έδειξε ότι το κάπνισμα συσχετίζεται ισχυρά με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων και η συσχέτιση δεν μετριάστηκε μετά τη στάθμιση για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες (Giannakopoulos et al, 2010).

Ομοίως, η χρήση ινδικής κάνναβης και η κατάθλιψη παρουσιάζονται ως συν-νοσηρές καταστάσεις, τόσο σε κλινικούς πληθυσμούς, όσο και σε πληθυσμούς στην κοινότητα (Rowe et al, 1995). Ωστόσο, ο βαθμός, αλλά και η κατεύθυνση της αιτιώδους σχέσης τους αποτελεί αντικείμενο αντιγνωμίας. Από τη μια μεριά οι έφηβοι κάνουν χρήση κάνναβης με στόχο την αυτοθεραπεία των συναισθημάτων δυσφορίας που αντιμετωπίζουν, από την άλλη όμως η ίδια η χρήση κάνναβης μπορεί να επιδεινώσει σημαντικά, ή ακόμα και να προκαλέσει τέτοια συναισθήματα (Frances, 1997). Διάφορες διαχρονικές, αλλά και ορισμένες καλά σχεδιασμένες συγχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι είναι κυρίως η βαριά και προβληματική χρήση κάνναβης και πολύ λιγότερο η σπανιότερη, αυτή που συσχετίζεται με την κατάθλιψη, (Bovasso et al, 2001). Η μελέτη μας, ωστόσο, δεν σκόπευε να διερευνήσει τις επιπτώσεις της συχνότητας της χρήσης κάνναβης στην καταθλιπτική διαταραχή.

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε επίσης την ύπαρξη κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στην εφηβική κατάθλιψη. Γενικά, η σχέση μεταξύ του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και της κατάθλιψης κατά την διάρκεια του κύκλου της ζωής παραμένει ένα πεδίο διχογνωμίας μεταξύ των επιστημόνων. Μολονότι το κατώτερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο παρουσιάζει μία

ισχυρή συσχέτιση με την ψυχιατρική νοσηρότητα γενικά, τα ευρήματα ειδικότερα για την κατάθλιψη είναι αμφιλεγόμενα (Lorant et al, 2003). Στην παρούσα μελέτη ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας κινδύνου εκφράστηκε μέσω των οικονομικών δυσκολιών της οικογένειας, όπως τις αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο έφηβος. Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, που έδειξαν ότι οι έφηβοι, που θεωρούσαν ότι το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο ήταν σχετικά ή αρκετά χαμηλότερο από το αντίστοιχο των συνομηλίκων τους παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Roberts et al, 1997). Στη μελέτη μας τόσο το καταθλιπτικό επεισόδιο κατά ICD-10, όσο και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν με τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας. Άλλες μελέτες, που διερεύνησαν την καταθλιπτική συμπτωματολογία, ανέφεραν επίσης συσχετίσεις με υποκειμενικούς δείκτες του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Goodman & Huang, 2002). Μια σειρά θεωριών έχουν επιχειρήσει να περιγράψουν το αιτιολογικό μονοπάτι που συνδέει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με την κατάθλιψη (Thoits P, 1999). Σύμφωνα με μία θεωρία, το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα χρόνιου άγχους, οικογενειακών προβλημάτων και δυσχερών συνθηκών διαβίωσης από την μία μεριά, και με χαμηλότερα επίπεδα ατομικών αποθεμάτων και πόρων, όπως είναι οι προσαρμοστικές δεξιότητες, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοέλεγχος από την άλλη. Πολλές μελέτες για την κατάθλιψη συμφωνούν με την παραπάνω υπόθεση, ενώ αντιθέτως οι ενδείξεις που υποστηρίζουν την υπόθεση, που υπογραμμίζει τον αποφασιστικό ρόλο των στοιχείων του πλαισίου και της κοινότητας, όπως είναι οι αξίες, η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική συνοχή, οι υποδομές και οι πολιτικές, φαίνεται ότι είναι αντικρουόμενες (Lorant et al, 2003). Ταυτόχρονα, ορισμένοι ερευνητές προτείνουν πως οι κοινωνικές παράμετροι της υγείας θα μπορούσαν να ερμηνευτούν και μέσω ενός μηχανισμού «σύγκρισης του κοινωνικού επιπέδου» (Wilkinson & Pickett, 2010). Στην παρούσα μελέτη δεν ρωτήσαμε ευθέως τους εφήβους για το εισόδημα της οικογένειάς τους. Αναμένεται ωστόσο, ότι ένα μέρος της πληροφορίας που συλλέξαμε μέσω της ερώτησης σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια των εφήβων, θα μπορούσε να σχετίζεται

με ζητήματα που αφορούν στις κοινωνικές συγκρίσεις. Ομοίως, η συσχέτιση της κατάθλιψης με τη χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο για τα αγόρια του δείγματός μας, ενδεχόμενα επίσης να αντικατοπτρίζει μία διαδικασία κοινωνικής σύγκρισης μεταξύ των εφήβων.

Τέλος, η παρούσα μελέτη ανέδειξε μία συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών, όπως αυτή εκφράζεται μέσω των ιατρικών επισκέψεων. Το εύρημα είναι συμβατό με προηγούμενες μελέτες που έδειξαν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας των εφήβων αυξάνουν τη συχνότητα αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, που απευθύνεται προς όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (Zachrisson et al, 2006). Στο ελληνικό σύστημα υγείας οι γενικοί ή οικογενειακοί ιατροί ή άλλοι επαγγελματίες υγείας δεν δρουν ως φίλτρο για συγκεκριμένες υπηρεσίες και οι ασθενείς μπορούν ελεύθερα να συμβουλευτούν απευθείας τον ιατρό της επιλογής ή κρίσης τους. Συνεπώς, οι ιατροί είναι συνήθως οι πρώτοι τους οποίους αναζητούν οι ασθενείς, όταν βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Λιγότεροι από έναν στους πέντε εφήβους, που πάσχουν από κατάθλιψη, συμβουλευτήκαν ιατρό για την κατάστασή τους κατά το τελευταίο έτος, ενώ μόλις ένας στους δέκα εφήβους με κατάθλιψη μόνο επισκέφθηκε κάποιον ιατρό κατά τους προηγούμενους 12 μήνες. Το εύρημα είναι συμβατό με προηγούμενες μελέτες από την Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής που αναφέρουν ότι μόνο μια μειοψηφία των καταθλιπτικών εφήβων αναζητά τελικά επαγγελματική βοήθεια (Merikangas et al, 2011; Zachrisson, 2006).

5.3. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και αυτό-αναφερόμενη υγεία στην εφηβεία

5.3.1. Κύρια ευρήματα

Στόχος των αναλύσεών μας ήταν η διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας σε δείγμα Ελλήνων εφήβων. Αναγνωρίσαμε δύο ομάδες υψηλού κινδύνου μέσω μίας ερώτησης για τη γενική υγεία και μίας για την ψυχολογική υγεία. Στο δείγμα μας ένας στους δέκα εφήβους δεν είχε καλό επίπεδο γενικής υγείας, ενώ σημαντικά υψηλότερη ήταν η συχνότητα των ψυχολογικών προβλημάτων, αφού ένας στους τρεις Έλληνες εφήβους ανέφερε ότι το πρόσφατο επίπεδο της ψυχολογικής του υγείας δεν ήταν καλό. Τα κορίτσια και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έφηβοι ανέφεραν χειρότερη ψυχολογική, αλλά και γενική υγεία, ενώ οι έφηβοι με γονείς διαζευγμένους ή σε διάσταση ανέφεραν χειρότερη ψυχολογική υγεία μόνο. Διερευνήσαμε μία σειρά κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, σταθερές συσχετίσεις ωστόσο βρήκαμε μόνο για την υποκειμενική αξιολόγηση των εφήβων σχετικά με την ύπαρξη οικονομικών δυσκολιών στην οικογένειά τους, καθώς και σχετικά με την προσωπική τους ακαδημαϊκή επίδοση στο σχολείο. Και οι δύο αυτές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές συσχετίστηκαν σημαντικά τόσο με το επίπεδο της γενικής, όσο και με το επίπεδο της ψυχολογικής υγείας των εφήβων, ωστόσο η αξιολόγηση της ακαδημαϊκής επίδοσης φάνηκε να συσχετίζεται με την ψυχολογική υγεία με έναν περισσότερο γραμμικό τρόπο. Οι πιο αντικειμενικές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές του μορφωτικού επιπέδου και της επαγγελματικής απασχόλησης των γονέων δεν συσχετίστηκαν με το επίπεδο υγείας των εφήβων στο μοντέλο αναλύσεων, που περιελάμβανε σταθμίσεις. Ωστόσο, η ανεργία του πατέρα παρουσίασε μια μη στατιστικά σημαντική τάση για συσχέτιση με χειρότερη ψυχολογική υγεία μόνο για τα κορίτσια του δείγματός μας.

5.3.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες και ερμηνεία των ευρημάτων

Ο επιπολασμός της κακής ψυχολογικής αυτό-αναφερόμενης υγείας είναι αντίστοιχος με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών (Piko & Fitzpatrick, 2007; Starfield et al, 2001; Torsheim et al, 2004). Το εύρημα είναι σε αντιστοιχία με τα αποτελέσματα του προγράμματος KIDSCREEN. Το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα KIDSCREEN πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ετών 2001 και 2004 σε 13 Ευρωπαϊκές χώρες και στόχος ήταν η μέτρηση της ευεξίας και των προβλημάτων ψυχικής υγείας στον πληθυσμό των παιδιών και των εφήβων, καθώς και η ανάπτυξη ενός νέου δείκτη. Η Ελλάδα ήταν μία από τις χώρες με το χαμηλότερο μέσο σκορ «θετικής ψυχικής υγείας» (Ravens-Sieberer et al, 2008). Ένας μεγάλος αριθμός προηγούμενων μελετών έχουν χρησιμοποιήσει συμβατικούς τρόπους μέτρησης της υγείας, όπως θνησιμότητα και νοσηρότητα από σωματικές ασθένειες, παραμελώντας συχνά τη διάσταση της ψυχικής υγείας. Κάθε φορά όμως που παράμετροι της ψυχικής υγείας διερευνώνται σε μια μελέτη, φαίνεται ότι η ψυχολογική νοσηρότητα είναι αρκετά συχνή ακόμη και κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Chen et al, 2005). Μελέτες που εστίασαν στο σχολικό πλαίσιο οδήγησαν στην αποκάλυψη ενός φαινομένου «επιδημίας» (Friedman, 2006). Επιπρόσθετα, ακόμη και στις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκαν εναλλακτικοί τρόποι μέτρησης, όπως είναι η αυτό-αναφερόμενη υγεία, η έκβαση που μετρήθηκε ήταν η υγεία γενικά, χωρίς να γίνεται διάκριση μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας. Κάτι τέτοιο ωστόσο εγείρει αρκετά προβλήματα, αφού όταν τα άτομα καλούνται να αξιολογήσουν την υγεία τους τείνουν να λαμβάνουν υπόψη κυρίως το επίπεδο της σωματικής τους υγείας.

Από την άλλη μεριά οι έφηβοι απολαμβάνουν σε γενικές γραμμές καλό επίπεδο σωματικής υγείας και αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το πρότυπο της «κοινωνικής εξίσωσης» στην εφηβεία πιθανώς να είναι το αποτέλεσμα του περιορισμένου εύρους των μεταβλητών, που επιλέγονται (Goodman et al, 2007). Στην παρούσα μελέτη κάποιες από τις κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις που βρήκαμε για την κακή υγεία ήταν ισχυρότερες για την αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική υγεία σε σχέση με την αυτό-αναφερόμενη γενική υγεία (πχ.

γυναικείο φύλο, υποκειμενική αξιολόγηση της σχολικής επίδοσης). Σε κάθε περίπτωση όμως τα αποτελέσματα δεν διέφεραν σημαντικά για τους δύο δείκτες του επιπέδου υγείας. Όσον αφορά τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, η σχετική βιβλιογραφία έχει αναδείξει το γυναικείο φύλο και τις «μη-συζυγικές οικογένειες» (non-intact families) ως πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία των εφήβων (Harland et al, 2002). Στη μελέτη μας αναδείχθηκαν και κοινωνικοδημογραφικές ανισότητες υγείας, αφού τα κορίτσια, οι μεγαλύτερης ηλικίας έφηβοι και οι έφηβοι με διαζευγμένους γονείς ήταν πιθανότερο να αναφέρουν χειρότερη ψυχολογική υγεία.

Επιπρόσθετα, από τα ευρήματά μας φαίνεται να προκύπτει πως οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας είναι πιθανότερο να αναδειχθούν όταν γίνεται χρήση υποκειμενικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών. Οι παραδοσιακές κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές του μορφωτικού επιπέδου και της εργασιακής απασχόλησης των γονέων δεν συσχετίστηκαν με το επίπεδο υγείας των εφήβων. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν και σε προηγούμενες μελέτες (Macintyre & West, 1991; Tunistra et al, 1998; West et al, 1990). Αντίθετα όμως με προηγούμενες μελέτες με παρόμοια ευρήματα δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε την άποψη ότι δεν υπάρχουν ανισότητες στην υγεία των εφήβων. Η χρήση και υποκειμενικών, πέρα των αντικειμενικών, κοινωνικοοικονομικών μέτρων αναδεικνύει σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και δεν μας επιτρέπει να υποστηρίξουμε την υπόθεση της κοινωνικής εξίσωσης στην υγεία των εφήβων. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα στοιχεία μας αφορούν σε εφήβους, που παρακολουθούν το πρόγραμμα του Γενικού Λυκείου, πράγμα που σημαίνει ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αναμένεται να είναι ομοιογενές μεταξύ των ατόμων του δείγματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των παραδοσιακών κοινωνικοοικονομικών δεικτών, η ανεργία του πατέρα παρουσιάζει μια μη στατιστικά σημαντική τάση προς συσχέτιση με χειρότερη ψυχολογική υγεία για τα κορίτσια μόνο του δείγματός μας. Θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε την άποψη ότι η έλλειψη στατιστικής σημαντικότητας οφείλεται σε σφάλμα τύπου II, που μπορεί να προκύπτει λόγω του σχετικά

μικρού αριθμού των κοριτσιών με άνεργο πατέρα στο δείγμα μας (n=27). Προηγούμενες μελέτες έχουν αναφέρει πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στο χαμηλό επίπεδο υγείας και την ανεργία των γονιών. Το οικονομικό άγχος θεωρείται ως η πιο σημαντική επίπτωση της ανεργίας, όσον αφορά στην υγεία του άνεργου ατόμου ή και των μελών της οικογένειάς του. Πιο συγκεκριμένα, το εισόδημα φαίνεται να επηρεάζει την ψυχολογική υγεία εμμέσως μέσω της υποκειμενικής αντίληψης της οικονομικής πίεσης (Whelan, 1992).

Αναφορικά με τους εναλλακτικούς τρόπους μέτρησης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, η υποκειμενική άποψη των εφήβων σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας, αλλά και σχετικά με τη σχολική τους επίδοση, συσχετίστηκαν και οι δύο ισχυρά με την αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία. Η ερώτηση σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες έχει συχνά χρησιμοποιηθεί σε μελέτες σχετικά με την υγεία του ενήλικου πληθυσμού (Skapinakis et al, 2006; Weich & Lewis, 1998), αλλά σπανίως σε μελέτες που αφορούν στους εφήβους. Ωστόσο, μελέτες που έκαναν χρήση του δείκτη αυτού ανέδειξαν την σημαντική του σχέση με την ψυχική υγεία των εφήβων (Piko & Fitzpatrick, 2007). Αρκετές μελέτες, που χρησιμοποίησαν παρόμοια εργαλεία μέτρησης της υποκειμενικής αντίληψης των εφήβων σχετικά με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, ανέδειξαν επίσης ισχυρές συσχετίσεις με την υγεία των εφήβων (Currie et al, 1997; Sleskova et al, 2006). Από την άλλη πλευρά, μία μελέτη, που διερεύνησε την ύπαρξη κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων υγείας μέσω υποκειμενικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών ("Family Affluence Scale") σε δείγμα Ελλήνων εφήβων, δεν έδειξε κάποια σημαντική σχέση με προβλήματα ψυχικής υγείας (Ravens-Sieberer, 2008). Επιπλέον, μελέτες που χρησιμοποίησαν την θέση του εφήβου στο σχολείο ανέδειξαν ανεξάρτητες συσχετίσεις με την υγεία των εφήβων (Goodman et al, 2007). Παρόμοιες συσχετίσεις προέκυψαν, όταν χρησιμοποιήθηκαν άλλα μέτρα του «ατομικού» κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Glendinning et al, 1992).

5.4. Σχολική επιθετικότητα και αυτοκτονικότητα στην εφηβεία

5.4.1. Κύρια ευρήματα

Η παρούσα συγχρονική μελέτη όψιμης εφηβείας στην Ελλάδα, μια Ευρωπαϊκή χώρα με εξαιρετικά χαμηλούς δείκτες αυτοκτονιών, έδειξε ότι τα θύματα συμπεριφορών σχολικής επιθετικότητας ήταν πιθανότερο να αναφέρουν ότι «η ζωή δεν αξίζει», μια πεποίθηση που θεωρείται ως ένα από τα στάδια του φάσματος του αυτοκτονικού ιδεασμού. Η συσχέτιση ήταν ιδιαίτερα ισχυρή για τους μαθητές που θυματοποιούνταν σε εβδομαδιαία βάση και ήταν ανεξάρτητη της παρουσίας ψυχιατρικής νοσηρότητας, εκτιμώμενης μέσω μιας αρκετά λεπτομερούς δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης και ενός μεγάλου αριθμού άλλων κοινωνικοοικονομικών ή σχετιζόμενων με την οικογένεια μεταβλητών. Αντίθετα, η συμπεριφορά θύτη δεν συσχετίστηκε με τον αυτοκτονικό ιδεασμό μετά τον έλεγχο για άλλους παράγοντες. Τα παραπάνω ευρήματα ήταν παρόμοια τόσο για τα αγόρια, όσο και για τα κορίτσια του δείγματός μας.

5.4.2. Σύγκριση με άλλες μελέτες και ερμηνεία των ευρημάτων

Έως σήμερα δεν έχει γίνει γνωστή κάποια μελέτη σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό στην Ελλάδα, συνεπώς η συζήτηση των ευρημάτων μας θα βασιστεί σε μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε άλλα κράτη. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά τη σημαντική μεταβλητότητα στη συχνότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού και των σχετικών συμπεριφορών ανάμεσα στα διάφορα κράτη, οι παράγοντες κινδύνου είναι συχνά παρόμοιοι (Bernal et al, 2007; Nock et al, 2008). Η σχέση μεταξύ σχολικής επιθετικότητας και αυτοκτονικού ιδεασμού είναι σύνθετη και τουλάχιστον τρία είναι τα ζητήματα, που απαιτούν προσεκτική εξέταση: (α) η ψυχιατρική νοσηρότητα αναμένεται να έχει ισχυρή συγχυτική επίδραση και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, (β) τα θύματα και οι θύτες μπορεί να διαφέρουν ως προς την επικινδυνότητά τους για αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορές και (γ) η διαχρονική

σχέση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να ακολουθήσει και τις δύο κατευθύνσεις αιτιότητας ή ακόμη και να ακολουθήσουν η επιθετικότητα και ο ιδεασμός παράλληλες τροχιές μέσα στο χρόνο (Judd et al, 2000; Omei et al, 2000).

Παλαιότερες μελέτες σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τις αυτοκτονικές συμπεριφορές δεν έχουν ελέγξει με συστηματικό τρόπο για την ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω (Katliala-Heino, 1999; Kim et al, 2005; Kim et al, 2002; Park et al, 2006; Klomek et al, 2008; Klomek et al, 2009). Το γεγονός αυτό αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό της βιβλιογραφίας δεδομένης της ισχυρής συσχέτισης της ψυχιατρικής νοσηρότητας με τη σχολική επιθετικότητα από την μια πλευρά και τον αυτοκτονικό ιδεασμό από την άλλη (Gould et al, 1998).

Στη μελέτη μας επιβεβαιώθηκε η συγχυτική επίδραση της ψυχιατρικής νοσηρότητας, ιδιαίτερα για την κατηγορία των θυτών. Μετά τον στατιστικό έλεγχο οι μαθητές-θύτες δεν παρουσίαζαν πλέον αυξημένο κίνδυνο αναφοράς αυτοκτονικού ιδεασμού. Αξίζει να αναφερθεί ότι στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε το συνολικό σκορ της ψυχιατρικής νοσηρότητας και όχι κάποια μεταβλητή με κατηγορίες «ψυχιατρική διαταραχή» έναντι «καμία ψυχιατρική διαταραχή». Με τον τρόπο αυτό ελέγξαμε ακόμη και για υπο-ουδικά συμπτώματα, τα οποία ενδεχόμενα να παίζουν σημαντικό ρόλο. Από την άλλη μεριά, οι περισσότερες προηγούμενες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει μεταβλητές με δύο δυνατές εκβάσεις, με αποτέλεσμα να υφίσταται πιθανώς κάποια υπολειπόμενη συγχυτική επίδραση, που δεν έχει ληφθεί υπόψη. Οι διαφορές στον τρόπο, με τον οποίο έχει γίνει ο έλεγχος για την ψυχιατρική νοσηρότητα, πιθανά να εξηγεί τις παρατηρούμενες ασυνέχειες της βιβλιογραφίας σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά θύτη και θύματος με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Η θυματοποίηση έχει επανειλημμένα συσχετισθεί με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Kim et al, 2009). Είναι αβέβαιο, ωστόσο, εάν οι θύτες είναι σε αυξημένο κίνδυνο. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί, ότι οι περισσότερες από τις έως τώρα μελέτες έχουν κωδικοποιήσει τις αμιγείς συμπεριφορές

σχολικής επιθετικότητας ως διαφορετικές κατηγορίες και μια τρίτη κατηγορία έχει χρησιμοποιηθεί για εκείνους που παρουσιάζουν και τις δύο συμπεριφορές (θύματος και θύτη ταυτόχρονα). Ωστόσο, κάτι τέτοιο μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο σε παρουσία στατιστικά σημαντικών αλληλεπιδράσεων (Assmann et al, 2000), ενώ οι περισσότερες μελέτες δεν προχώρησαν σε τέτοιου είδους δοκιμασίες. Για παράδειγμα στη μελέτη των Kim και συν. (Kim et al, 2005) αναφέρεται ότι τα αμιγή θύματα, αλλά όχι οι αμιγείς θύτες, ήταν σημαντικά πιθανότερο να έχουν παρουσιάσει αυτοκτονικό ιδεασμό κατά τους τελευταίους 6 μήνες (λόγος πιθανοτήτων 1.69 έναντι 1.16). Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι εκείνοι, που ήταν ταυτόχρονα θύματα και θύτες παρουσίαζαν σημαντικά συχνότερα τέτοιου είδους ιδεασμό, αλλά δεν υπήρχε καμία ένδειξη στατιστικά σημαντικού φαινομένου αλληλεπίδρασης. Η διαχρονική μελέτη των Klomek και συν. (Klomek et al, 2009) απέτυχε επίσης να αναδείξει σημαντική προβλεπτική δυνατότητα για μελλοντικό αυτοκτονικό ιδεασμό μετά τον έλεγχο για ψυχιατρική νοσηρότητα. Αντιθέτως, η θυματοποίηση στα κορίτσια βρέθηκε να είναι σημαντική, ενώ μια παρόμοια τάση αναδείχθηκε και για τα αγόρια. Μεταξύ των προηγούμενων μελετών μόνο οι Kaltiala-Heino και συν. στη Φιλανδία (Kaltiala-Heino et al, 1999) έδειξαν ότι η επίδραση για τους θύτες είναι υψηλότερη συγκριτικά με τα θύματα, μετά τον έλεγχο για την κατάθλιψη. Παρ' όλα αυτά, οι συγγραφείς δεν έλεγξαν για άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα (π.χ. προβλήματα διαγωγής), που είναι γνωστό ότι δρουν ως συγχυτικοί παράγοντες για τη σχέση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Klomek et al, 2008; Klomek et al, 2009). Στην παρούσα μελέτη η αλληλεπίδραση μεταξύ των θυμάτων και των θυτών αναδείχθηκε ως στατιστικά μη σημαντική. Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν ότι τα θύματα επιθετικών συμπεριφορών βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης αυτοκτονικού ιδεασμού. Η συσχέτιση αυτή ήταν ιδιαίτερα υψηλή σε αυτούς που αποτελούσαν θύματα τέτοιων συμπεριφορών με αυξημένη συχνότητα, παρουσιάζοντας έτσι ενδείξεις μιας σχέσης δόσης-αποτελέσματος. Δεν αναδείχθηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στη συμπεριφορά θύτη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό μετά τον έλεγχο για άλλους παράγοντες και κατά αυτή την έννοια τα

ευρήματά μας υποστηρίζουν την άποψη ότι οι δύο υποομάδες (θύματα και θύτες) πιθανότατα διαφέρουν, όσον αφορά στον τρόπο συσχέτισής τους με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Klomek et al, 2009). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες από τις προηγούμενες μελέτες, όπως και η παρούσα, δεν συνέλεξαν δεδομένα για την τρίτη κατηγορία των μαθητών, που παρακολουθούν τις επιθετικές συμπεριφορές («μάρτυρες»). Σε μια πρόσφατη μελέτη σε σχολεία της Βόρειας Αγγλίας (Rivers & Noret, 2010) υπήρχαν ενδείξεις ότι και οι μαθητές αυτής της ομάδας βρισκόταν σε υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού. Ως εκ τούτου, στόχος της μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να είναι η περαιτέρω διερεύνηση μιας ενδεχόμενης διαμεσολαβητικής επίδρασης αυτού του τύπου της συμπεριφοράς παρατήρησης στη σχέση ανάμεσα στις συμπεριφορές θύματος/θύτη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο συγχρονικός σχεδιασμός της παρούσας μελέτης δεν επιτρέπει την διερεύνηση της χρονικής αλληλουχίας της θυματοποίησης και του αυτοκτονικού ιδεασμού, αν και οι λιγοστές υπάρχουσες διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι οι συμπεριφορές σχολικής επιθετικότητας συνήθως προηγούνται του ιδεασμού (Bond et al, 2001). Πέραν της χρονικής αλληλουχίας όμως, μια ισχυρή συγχρονική συσχέτιση θα μπορούσε να σημαίνει ότι η σχολική επιθετικότητα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός ενδεχομένως ακολουθούν παράλληλες τροχιές στο χρόνο. Στη διαχρονική μελέτη των Kim και συν. (Kim et al, 2009) υπήρχαν ενδείξεις ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι σχετικές συμπεριφορές κατά το χρόνο 2 συσχετίζονταν ισχυρότερα με τη θυματοποίηση σε σχέση με το χρόνο 1 και αυτό πιθανά υποστηρίζει τη άποψη ότι η θυματοποίηση και ο αυτοκτονικός ιδεασμός παρουσιάζουν χρονικό συντονισμό στην αλλαγή.

5.5. Περιορισμοί της μελέτης

Για την πληρέστερη κατανόηση των αποτελεσμάτων, που παρατέθηκαν παραπάνω, απαραίτητη κρίνεται η συνεκτίμηση ορισμένων περιορισμών, που σχετίζονται με τη μελέτη. Έτσι:

- Καταρχήν, ένας βασικός περιορισμός τίθεται από τον ίδιο τον τύπο της παρούσας σχολικής μελέτης. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια μελέτη συγχρονικού τύπου. Κατά συνέπεια, οι όποιες συσχετίσεις αναδεικνύονται επιδέχονται αρκετές, διαφορετικές μεταξύ τους, ερμηνείες, οι οποίες δεν είναι κατά ανάγκη αιτιολογικές. Οι αιτιολογικές ερμηνείες μπορούν να στοιχειοθετηθούν επαρκώς μόνο στις περιπτώσεις, που αναδεικνύονται μέσω άρτια σχεδιασμένων επιδημιολογικών μελετών διαχρονικού τύπου.
- Η αξιολόγηση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και της απασχόλησής τους έγινε αποκλειστικά μέσω αυτοαναφοράς των ίδιων των μαθητών και όχι (και) μέσω αναφοράς των γονέων τους. Προηγούμενες μελέτες βέβαια έχουν δείξει ότι η αυτοαναφορά μπορεί να αποτελεί έναν αρκετά αξιόπιστο τρόπο συλλογής δεδομένων σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ωστόσο, με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς από τους εφήβους υπάρχει η πιθανότητα λανθασμένης ταξινόμησης (misclassification), καθώς και ο κίνδυνος μεγαλύτερου ποσοστού ελλειπουσών τιμών. Εντούτοις, η λανθασμένη ταξινόμηση είναι πιθανότερο να συμβαίνει τυχαία (random misclassification) και έτσι, εάν επηρεάζει τα αποτελέσματα, είναι πιο πιθανό να τα επηρεάζει προς την μηδενική τιμή (null value), δηλαδή να αυξάνει την πιθανότητα σφαλμάτων τύπου II (ψευδώς αρνητικών). Επιπλέον, και όσον αφορά στις ελλείπουσες τιμές, φαίνεται ότι οι γονείς των παιδιών, τα οποία δεν απαντούν στις σχετικές ερωτήσεις τείνουν να μην απαντούν και οι ίδιοι, όταν ερωτώνται αντίστοιχα (Lien et al, 2001).
- Η μεταβλητή σχετικά με την απασχόληση των γονέων δεν περιελάμβανε και την εξακρίβωση της σχετικής ιεραρχίας μέσα στον συγκεκριμένο επαγγελματικό κλάδο και έτσι δεν ήταν δυνατό να υπάρξουν στοιχεία σχετικά με την εργασιακή «τάξη» (occupational class) των γονέων, αλλά μόνο με τον τύπο της απασχόλησής τους. Ωστόσο, όλο και περισσότερες μελέτες

διεθνώς τείνουν να χρησιμοποιούν εναλλακτικούς τρόπους ταξινόμησης των ατόμων σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, με αποτέλεσμα να υπάρχει ήδη μια αρκετά εκτενής βιβλιογραφία, η οποία παραθέτει δεδομένα ανάλογα της συγκεκριμένης σχολικής μελέτης. Συμπληρωματικά, χρησιμοποιήσαμε μια υποκειμενική κοινωνικο-οικονομική μεταβλητή, δηλαδή τις ίδιες τις αναφορές των εφήβων σχετικά με τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας. Έχει επισημανθεί πως η απευθείας ερώτηση στους εφήβους σχετικά με το οικογενειακό εισόδημα δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη. Στη βιβλιογραφία, οι οικονομικές δυσκολίες στην οικογένεια έχουν συχνά χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που εξετάζουν τις ανισότητες στην παροχή υγείας σε πληθυσμούς παιδιών και ενηλίκων. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές, οι υποκειμενικοί δείκτες μπορεί να είναι εξίσου ή ακόμα και περισσότερο σημαντικοί σε σχέση με τους πιο αντικειμενικούς δείκτες του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

- Η έρευνα αφορούσε μόνο σε εφήβους, που φοιτούν σε έναν από τους τύπους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, συγκεκριμένα σε Ενιαία Λύκεια. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι τα αποτελέσματά της δεν μπορούν να γενικευθούν σε εφήβους που έχουν διακόψει το σχολείο ή σε μαθητές άλλων τύπων Λυκείων (π.χ. Τεχνικά Λύκεια). Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία σχετικά με το ποσοστό των παιδιών που έχουν διακόψει τη φοίτηση. Ωστόσο, χρησιμοποιώντας ορισμένα από τα στατιστικά στοιχεία που διατηρεί η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία θα μπορούσαμε να εξάγουμε κάποια αδρά, αλλά αρκετά ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Έτσι, με βάση τα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των μαθητών που φοιτούσαν κατά το σχολικό έτος 2006-2007, οπότε και πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων, σε κάθε τύπο Λυκείου της χώρας (πλην των Εσπερινών Λυκείων, αφού σε αυτά φοιτούν κατά κανόνα ενήλικα άτομα) προκύπτει ότι το 68% περίπου των μαθητών Λυκείου φοιτούσαν σε Ενιαία Λύκεια. Θα μπορούσαμε λοιπόν να θεωρήσουμε ότι το δείγμα της έρευνάς μας είναι αρκετά αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των μαθητών Λυκείου της Ελλάδας. Πολύ λιγότερο αξιόπιστη είναι η προσπάθεια υπολογισμού του ποσοστού των παιδιών που φοιτούν σε Ενιαία Λύκεια επί του συνόλου των παιδιών της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας, που κατοικούν στην

Ελλάδα. Συνδυάζοντας εντούτοις τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία με τα δεδομένα της απογραφής πληθυσμού του 2001 προκύπτει ότι επί του συνόλου του πληθυσμού, που κατά το έτος 2006 αναμενόταν να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 15-19 (δηλαδή η ηλικιακή ομάδα 10-14 της απογραφής του 2001), ένα ποσοστό 58% περίπου φοιτούν σε κάποιον τύπο Λυκείου, ενώ ένα ποσοστό περίπου 39,4% παρακολουθούν Ενιαίο Λύκειο (επίσημη δικτυακή πύλη της Γενικής Γραμματείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας).

- Τέλος, σχετικά με τη διερεύνηση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών, στη μελέτη μας η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας μπορούσε να καταγραφεί μόνο αναδρομικά, ενώ τα συμπτώματα της κατάθλιψης μόνο στο παρόν. Συνεπώς η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για ψυχολογικά προβλήματα μπορούσε να αναφερθεί από τους εφήβους χωρίς να γίνεται μνεία σε παρόντα συμπτώματα, αλλά και το αντίστροφο.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς όμως, η μελέτη διαθέτει αρκετά δυνατά σημεία. Έτσι, το μέγεθος του δείγματος είναι πολύ ικανοποιητικό, ιδιαίτερα για τον ελληνικό χώρο, στον οποίο δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια ανάλογης έκτασης ερευνητική προσπάθεια σχετικά με την ψυχική υγεία των εφήβων. Επίσης, η μεγάλη συμμετοχή των μαθητών συγκαταλέγεται στα θετικά σημεία της μελέτης. Τέλος η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε αρκετές, διαφορετικές μεταξύ τους, γεωγραφικές περιοχές της χώρας, με αποτέλεσμα το δείγμα των εφήβων να περιλαμβάνει εφήβους τόσο από την ηπειρωτική, όσο και από τη νησιωτική χώρα, καθώς επίσης και εκπροσώπους από μεγάλα αστικά κέντρα, μικρότερες αστικές περιοχές, αλλά και από ημιαστικές και κάποιες αγροτικές περιοχές.

Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας βασίστηκε σε αυτό-αναφορές των εφήβων χωρίς αντίστοιχες αναφορές από τους γονείς ή διασταύρωση των στοιχείων με ιατρικά δεδομένα. Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι η χρήση της αυτό-αναφοράς για την άντληση δεδομένων πιθανά να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση της νοσηρότητας του πληθυσμού (Kooiker & Christiansen, 1995). Η αυτό-αναφερόμενη υγεία, ωστόσο, αποτελεί έναν ευρέως διαδεδομένο

δείκτη με καλή ειδικότητα και ευαισθησία (Lundberg & Manderbracka, 1996). Τα ευρήματά μας είναι σύμφωνα με ενδείξεις όχι μόνο από μελέτες, στις οποίες η συλλογή δεδομένων βασίστηκε αποκλειστικά στις αυτό-αναφορές των εφήβων (West & Sweeting, 1996) αλλά και από μελέτες που χρησιμοποίησαν επιπλέον τις αναφορές των γονέων (Ecob et al, 1993). Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι οι σχολικές μελέτες τείνουν να υποεκτιμούν παρά να υπερεκτιμούν τη νοσηρότητα, αφού τα παιδιά που υποφέρουν από περιοριστική χρόνια σωματική ή ψυχική νόσο πιθανά παραμένουν στο σπίτι και δεν παρακολουθούν το πρόγραμμα του σχολείου. Ακόμη, η ψυχολογική υγεία εκτιμήθηκε αδρά με μια μοναδική ερώτηση, που ήταν σχεδιασμένη να είναι παρόμοια με την ερώτηση σχετικά με την αυτό-αναφερόμενη γενική υγεία. Ο λόγος για αυτή μας την επιλογή ήταν ότι ο στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε πώς συγκρίνονται μεταξύ τους οι ερωτήσεις αυτές όσον αφορά στις κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές τους συσχετίσεις. Η απλή ερώτηση για την ψυχολογική υγεία συσχετίστηκε ισχυρά με το GHQ-12, το οποίο αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο εκτίμησης της ψυχολογικής νοσηρότητας για ερευνητικούς σκοπούς διεθνώς. Επίσης, συσχετίστηκε ισχυρά με την συναισθηματική υποκλίμακα του SDQ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, η ερώτηση αυτή φαίνεται επίσης να αποτελεί έναν πολύτιμο δείκτη της ψυχικής υγείας στην εφηβεία, ικανό να αναδεικνύει κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην ψυχική υγεία κατά την περίοδο αυτή. Από την άλλη πλευρά, από τη στιγμή που πρόκειται για αδρή εκτίμηση, αναμένεται κάποιου βαθμού λανθασμένη εκτίμηση, ωστόσο το πιθανότερο είναι να μην οδηγήσει σε συστηματικά σφάλματα.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη αναδείχθηκε η σημαντική επίπτωση των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών στην όψιμηεφηβεία. Τα συμπτώματα, που δεν είναι ειδικά για συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές, εμφανίζονται να είναι αρκετά συχνά στον πληθυσμό, γεγονός που θέτει σημαντικές διαγνωστικές, αλλά και θεραπευτικές προκλήσεις για τις υπηρεσίες και τους ειδικούς της υγείας. Ταυτόχρονα, τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια σοβαρή κοινωνικοοικονομική κρίση. Η μελέτη μας προσπάθησε να διερευνήσει ορισμένες ενδιαφέρουσες παραμέτρους της εφηβικής κατάθλιψης στη χώρα, χρησιμοποιώντας δεδομένα που συνελέγησαν ακριβώς πριν το ξέσπασμα της κρίσης. Η συχνότητα της κατάθλιψης εμφανίζεται σημαντική για τους Έλληνες εφήβους, ακόμη και κατά το διάστημα, που προηγήθηκε της εκδήλωσης της κρίσης και των επιπτώσεών της. Η παραπάνω διαπίστωση φαίνεται να υποστηρίζει την υπόθεση της σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των οικονομικών προβλημάτων. Ταυτόχρονα, μόνο μια μικρή μειοψηφία των εφήβων που υποφέρουν από κατάθλιψη κάνουν χρήση ιατρικής βοήθειας. Αναμένεται ότι η εξελισσόμενη κοινωνικοοικονομική κρίση πρόκειται να επιδεινώσει ακόμη περισσότερο την ανωτέρω κατάσταση. Περαιτέρω έρευνες, ωστόσο, είναι απαραίτητες, ώστε να ελεγχθεί η παραπάνω υπόθεση, με στόχο την όσον το δυνατόν καταλληλότερη χρήση και διανομή των διαθέσιμων πόρων και αποθεμάτων.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε επίσης το ζήτημα των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων της υγείας των εφήβων γενικά. Διαπιστώθηκε ότι πολλοί είναι οι έφηβοι, που δεν απολαμβάνουν καλό επίπεδο υγείας. Τα ψυχολογικά προβλήματα φαίνεται να είναι σημαντικά περισσότερα. Όταν χρησιμοποιούνται υποκειμενικοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως η υποκειμενική εκτίμηση της ύπαρξης οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια και της αξιολόγησης από τον ίδιο τον έφηβο της σχολικής του επίδοσης, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες αναδεικνύονται και σε αυτή τη περίοδο της ζωής. Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν

ότι η εικόνα των εφήβων για τη θέση της οικογένειάς τους στο κοινωνικό πλαίσιο, όπως και σχετικά με την ατομική τους θέση στο χώρο, όπου είναι κυρίως ενεργείς, δηλαδή στο σχολείο, είναι χρησιμότεροι ως δείκτες πρόβλεψης της εφηβικής υγείας σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο ή τη εκπαίδευση των γονέων τους. Η σχέση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της υγείας πιθανά διαμεσολαβείται μέσω της ίδιας της εμπειρίας του ατόμου σχετικά με την οικονομική του κατάσταση και ευημερία. Οι παραδοσιακοί κοινωνικοοικονομικοί δείκτες είχαν σχεδιαστεί να εκφράζουν τις εμπειρίες αυτές σε κοινωνικές πραγματικότητες, που πιθανώς σήμερα δεν υπάρχουν. Σήμερα οι κοινωνίες υφίστανται διεθνώς σημαντικές δομικές αλλαγές. Η εργασία μοιάζει να αδυνατεί να εξασφαλίσει πλέον ασφάλεια και ευημερία στα άτομα. Προκειμένου λοιπόν να ανακαλύψουμε τι πραγματικά συμβαίνει, θα χρειαστεί πιθανότατα να εφαρμόσουμε επιπρόσθετα κάποια εναλλακτικά μέτρα, ιδιαίτερα όταν διερευνούμε μια γενιά, που μεγαλώνει εν μέσω μιας σημαντικής κοινωνικοοικονομικής κρίσης.

Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η σχέση της σχολικής επιθετικότητας με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ισχυρή συγχρονική συσχέτιση που αναδείχθηκε ανάμεσα στη συχνή θυματοποίηση και τον αυτοκτονικό ιδεασμό στην όψιμηεφηβεία θα μπορούσε να προσφέρει μια εξαιρετική ευκαιρία να αναγνωριστούν στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος έφηβοι υψηλού κινδύνου για εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού. Τα θύματα επιθετικών συμπεριφορών στο σχολείο είναι σχετικά εύκολο να αναγνωριστούν (Mytton et al, 2006), ενώ κατάλληλα σχεδιασμένες στρατηγικές εναντίον της σχολικής επιθετικότητας θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότερη ταυτοποίηση των μαθητών, που υφίστανται επιθετικές συμπεριφορές με αυξημένη συχνότητα. Τα θύματα της σχολικής επιθετικότητας θα έπρεπε να διευκολύνονται ιδιαίτερα στην πρόσβασή τους σε εξειδικευμένη βοήθεια. Εάν δε διαγνωστεί κατάθλιψη ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή, η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να προσφερθεί άμεσα. Αν και είναι ακόμη αβέβαιο, εάν η θυματοποίηση είναι δείκτης ή αμιγής παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονικό ιδεασμό, αναμένεται ότι πρόληψη του φαινομένου της σχολικής επιθετικότητας θα μπορούσε να επιφέρει μείωση της εμφάνισης αυτοκτονικού

ιδεασμού μεταξύ των εφήβων, η οποία μάλιστα ενδεχομένως να ήταν μεγαλύτερης κλινικής σημασίας σε χώρες με υψηλή επίπτωση αυτοκτονιών. Μελλοντικές διαχρονικές μελέτες θα μπορούσαν επίσης να διερευνήσουν τη δυνατότητα οι στρατηγικές περιορισμού της σχολικής επιθετικότητας να επιφέρουν αντίστοιχο περιορισμό και του φαινομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού των εφήβων, ενώ η διενέργεια καλά σχεδιασμένων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών θα πρέπει επίσης να εξεταστεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική:

1. American Psychiatric Association: Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2004.
2. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2001.

Ξενόγλωσση:

1. Achenbach, T.M. The child behavior profile: I. Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978, 46: 478–488.
2. Adler NE & Ostrove JM. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't know. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1999, 896: 3-15.
3. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109 (Suppl 420): 38–46.
4. Anderson RN: Deaths: Leading causes for 2000. *Natl Vital Stat Rep* 2002, 50: 1-85.
5. Angelopoulos, N., & Economou, M. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in a high-school students population. *European psychiatry*, 1994.
6. Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 40(01): 57-87.
7. Antonovsky A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, 1993, 37: 969-973.
8. Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and sociodemographic correlates. *Br J Psychiatry*. 2001, 178: 228-33.

9. Assmann SF, Pocock SJ, Enos LE et al. Subgroup analysis and other (mis)uses of baseline data in clinical trials. *Lancet* 2000, 355: 1064-9.
10. Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., Tercyak, K. et al. Identifying and characterizing adolescent smoking trajectories. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 2004, 13(12): 2023-2034.
11. Axelson, D. A., & Birmaher, B. Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, 2001, 14(2): 67-78.
12. Barker DJP. The fetal and infant origins of inequalities in health in Britain. *Journal of Public Health Medicine*, 1991, 13: 64-68.
13. Barlow D.H., Campbell L.A. Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2000, 41 (Suppl 1): 55–60.
14. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996, 153: 1009-14.
15. Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. ESEMED/MHEDEA Investigators: Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007, 101:27-34.
16. Bird, H. R. Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross–Cultural Context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996, 37(1): 35-49.
17. Blazer, D. G., & Kessler, R. C. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Age (years)*, 1994, 15(24): 24-7.
18. Bond L, Carlin JB, Thomas L, et al. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001, 323:480-4.
19. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR et al. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1995, 30: 127-31.

20. Bovasso, G. B. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158(12): 2033-2037.
21. Brady, E. U., & Kendall, P. C. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 1992, 111(2): 244.
22. Chishti P, Stone DH, Corcoran P et al. EUROSAVE Working Group: Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 2003, 13:108-14.
23. Clark, D. B., & Cornelius, J. Childhood psychopathology and adolescent cigarette smoking: A prospective survival analysis in children at high risk for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 2004, 29(4): 837-841.
24. Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G. et al. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997, 36(9): 1195-1203.
25. Clark, L.A., Watson, D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology* 1991, 100: 316–336.
26. Costello E. J., Egger H., & Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(10): 972-986.
27. Costello E. J., Mustillo S., Erkanli A. et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 2003, 60(8): 837-844.
28. Costello E.J., Erkanli A. & Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, 47(12): 1263-1271.
29. Crone M. R., & Reijneveld S. A. The association of behavioural and emotional problems with tobacco use in adolescence. *Addictive behaviors*, 2007, 32(8): 1692-1698.
30. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W et al. Health and health behaviour among young people. *Health behaviour in schooled children: a WHO crossnational study*

(HBSC).International report 1,1–132. No 1 in Series: Healthy policy for children and adolescents. Copenhagen: World Health Organization, 2000.

31. Currie CE, Elton RA, Todd J et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Educ Res* 1997, 12:385-397.
32. De Graaf R., Bijl R.V., Ravelli A. et al. Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002, 106: 303–313.
33. Dennis M, Baillon S, Brugha T et al. The spectrum of suicidal ideation in Great Britain: comparisons across a 16- 74 years age range. *Psychol Med* 2007, 37: 795-805.
34. Dierker, L. C., Avenevoli, S., Stolar, M. et al. Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 2002, 159(6): 947-953.
35. DiLiberti JH: The relationship between social stratification and all-cause mortality among children in the United States: 1968–1992. *Pediatrics* 2000, 105(1):e2.
36. Due P, Holstein BE, Lynch J et al. Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005, 15:128-32.
37. Dunn, G., Pickles, A., & Tansella, M. Two-phase epidemiological surveys in psychiatric research. *The British Journal of Psychiatry*, 1999, 174(2): 95-100.
38. Ecob R, Macintyre S, West P. Reporting by parents of longstanding illness in their adolescent children. *Soc Sci Med* 1993, 8:1017-1022.
39. Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E. et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*, 2013, 145(3), 308-314.
40. Elkins, I. J., McGue, M., & Iacono, W. G. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of general psychiatry*, 2007, 64(10): 1145-1152.

41. Elstad JI. The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20: 98–118.
42. Eysenck, H.J. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality* 1990, 58: 245–261.
43. Faris REL & Dunham WW. *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
44. Fayers PM, Sprangers MAG: Understanding self-rated health. *Lancet* 2002, 359:187-188.
45. Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Boden, J.M. Structure of internalising symptoms in early adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 189: 540–546.
46. Fleming, J. E., & Offord, D. R. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1990, 29(4): 571-580.
47. Fombonne E. Depressive disorders: time trends; and possible explanatory mechanisms. In: Rutter M, Smith DJ, eds. *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester: Wiley, 1995.
48. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42(10): 1203-1211.
49. Forero R, McLellan L, Rissel C et al. Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *BMJ* 1999, 319:344-8.
50. Frances, R. J. The wrath of grapes versus the self-medication hypothesis. *Harvard Review of Psychiatry*, 1997, 4(5): 287-289.
51. Freitas GV, Botega NJ. Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. *Rev Assoc Med Bras*. 2002, 48: 245-9.

52. Fylkesnes K., Ferde OH. The Tromse study: predictors of self-evaluated health - has society adopted the expanded health concept? *Social Science and Medicine*, 1991, 32: 141-146.
53. Garber, J., & Weersing, V. R. Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2010, 17(4): 293-306.
54. Ge, X., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*, 2001, 37(3): 404.
55. Geckova AM, Van Dijk JP, Zezula I. et al. Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Soz Praventivmed* 2004, 49:26–35.
56. Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C. et al. Emotional, behavioural problems and cigarette smoking in adolescence: findings of a Greek cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2010, 10(1): 57.
57. Goldberg D, Williams P: A user's guide to the general health questionnaire. Windsor: NFER-Nelson 1988.
58. Goldberg, D.P., Bridges, K., Duncan-Jones, P. et al. Dimensions of neuroses seen in primary-care settings. *Psychological Medicine*, 1987, 17: 461–470.
59. Goldman N. Social Inequalities in Health: Disentangling the Underlying Mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2001, 954: 118-139.
60. Goldney RD, Wilson D, Dal Grande E et al. Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust N Z J Psychiatry* 2000, 34: 98-106.
61. Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescent's health. *Am J Public Health* 1999, 89(10):1522–1528.
62. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, 38(5): 581-586.

63. Goodman, E. & Huang, B. Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 2002, 156(5): 448-453.
64. Gould MS, King R, Greenwald S et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, 37: 915-23.
65. Halldorsson M, Kunst AE, Kohler L et al. Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents - a comparative study of the five Nordic countries. *Eur J Public Health* 2000, 10(4): 281–288.
66. Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological bulletin*, 2001, 127(6): 773.
67. Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 1998, 107(1): 128.
68. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997, 38: 21-37.
69. Illsley R, Svensson PG. Health inequities in Europe. *Soc Sci Med* 1990, 31(3).
70. Ivarsson T, Broberg AG, Arvidsson T, et al. Bullying in adolescence: psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nord J Psychiatry* 2005, 59: 365-73.
71. Jenkins R, Bebbington P, Brugha T, et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: strategy and methods. *Psychol Med* 1997, 27: 765-774.
72. Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ et al. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 375-80.
73. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, et al. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ* 1999, 319:348-51.

74. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P et al. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* 2000, 23:661-74.
75. Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. et al. Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of affective disorders*, 2001, 64(2): 155-166.
76. Kandel, D. B., Huang, F. Y., & Davies, M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and alcohol dependence*, 2001, 64(2): 233-241.
77. Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries-Merikangas, K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological psychiatry*, 2001, 49(12): 1002-1014.
78. Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51: 8–19.
79. Kim YS, Koh YJ, Leventhal B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics* 2005, 115: 357-63.
80. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ et al. Bullying increased suicide risk: prospective study of Korean adolescents. *Arch Suicide Res* 2009, 13: 15-30.
81. King, N.J., Ollendick, T.H., Gullone, E. Negative affectivity in children and adolescents: relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 1991, 11: 441–459.
82. Klein D.F. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 6: 397–408, 1964.
83. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M et al. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007, 46: 40-9.
84. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord* 2008, 109: 47-55.

85. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009, 48: 254-61.
86. Koivusilta LK, Rimpelä AH, Kautiainen SM. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence or personal social position? *BMC Public Health* 2006, 6: 110.
87. Kooiker S, Christiansen T. Inequalities in health: the interaction of circumstances and health related behaviour. *Sociol Health Illn* 1995, 17: 495-524.
88. Kroenke K, Price R. Symptoms in the community: prevalence, classification and psychiatric comorbidity. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2474–80.
89. Krueger, R.F. The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 921–926.
90. Krueger, R.F., Chentsova-Dutton, Y.E., Markon, K.E. et al. A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003, 107: 216–227.
91. Lagoni, L., Crawford, E., & Huss, M. T. An examination of the self-medication hypothesis via treatment completion. *Addiction Research & Theory*, 2011, 19(5): 416-426.
92. Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M et al. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004, 58(4): 327-32.
93. Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C. et al. Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure. *Community mental health journal*, 2010, 46(3): 289-295.
94. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Adolescent Suicidal Ideation and Attempts: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1996, 3: 25-46.

95. Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. et al. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of abnormal psychology*, 1993, 102(1): 133.
96. Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N. et al. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999, 38(1): 56-63.
97. Lewis G, Pelosi AJ, Glover E et al. The development of a computerised assessment for minor psychiatric disorder. *Psychol Med* 1988, 18:737-45.
98. Lewis, G., Pelosi, A. J., Araya, R. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological medicine*, 1992, 22(02): 465-486.
99. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse Negl* 2007, 31:161-71.
100. Lien N., Friestad C., Klepp K. Adolescents' proxy reports of parents' socioeconomic status: How valid are they? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55: 731-737.
101. Liu, X. Cigarette smoking, life stress, and behavioral problems in Chinese adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33(3): 189-192.
102. Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 2006, 367(9524): 1747-1757.
103. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W. et al. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 2003, 157(2): 98-112.
104. Lucht van der F, Groothoff JW. Social inequalities and health among children aged 10-11 in the Netherlands: causes and consequences. *Soc Sci Med* 1995, 40: 1305-1311.

105. Lundberg O, Manderbracka K. Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scand J Soc Med* 1996, 24: 218-224.
106. Macintyre S, West P. Lack of class variation in health in adolescence: An artefact of an occupational measure of social class? *Soc Sci Med* 1991, 32(4): 395–402.
107. Macintyre S. The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research. *Social Science and Medicine*, 1986, 23: 393-415.
108. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on socioeconomic inequalities in health. *Lancet* 1997, 349(9066): 1655–1659.
109. Madianos, M. G., Gefou-Madianou, D., & Stefanis, C. N. Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *European psychiatry*, 1993, 8(3): 139-146.
110. Manderbacka K., Lahelma E., Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health *International Journal of Epidemiology*, 1998, 27(2): 208-213.
111. McDowell, I., Lindsay, J., Sykes, E. et al. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49: 124-138.
112. Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J. et al. Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2011, 50(1): 32-45.
113. Mineka, S., Watson, D., Clark, L.A. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 1998, 49: 377–412.
114. Monck E, Graham P, Richman N, Dobbs R. Adolescent girls. II. Background factors in anxiety and depressive states. *Br J Psychiatry* 1994; 165:770-80.

115. Mytton J, DiGiuseppi C, Gough D et al. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 3: CD004606.
116. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD et al. Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, 158: 730-6.
117. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001, 285: 2094-100.
118. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008, 192: 98-105.
119. Olweus D: *Bullying at school: What we know and what we can do* Oxford Blackwell; 1993.
120. Olweus D: Sweden. In *The Nature of School Bullying: A Cross-national Perspective*. Edited by: Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P. New York, NY: Routledge; 1999:7-27.
121. Olweus D: *The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire* Bergen, Norway: University of Bergen, 1996.
122. Ormel J. Synchrony of change in depression and disability: what next? *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 381-2.
123. Park HS, Schepp KG, Jang EH et al. Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. *J Sch Health* 2006, 76: 181-8.
124. Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 2007, 369: 1302–1313.
125. Patton GC, Coffey C, Posterino M et al. Adolescent depressive disorder: a population-based study of ICD-10 symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 2000, 34: 741-7.
126. Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C. et al. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American journal of public health*, 1998, 88(10): 1518-1522.

127. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003, 5: 243-65.
128. Petridou E., Zavitsanos X., Dessypris N. et al. Adolescents in high-risk trajectory: clustering of risky behavior and the origins of socioeconomic health differentials. *Preventive Medicine*, 1997, 26: 215–219.
129. Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G. et al. Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2010, 45(12): 1149-1159.
130. Piko B., Fitzpatrick KM. Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Soc Sci Med* 2001, 53: 817–830.
131. Piko BF, Fitzpatrick KM. Socioeconomic Status, Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents. *Eur J Public Health* 2007, 17(4):353–360.
132. Pope GC. Medical conditions, health status, and health services utilization. *Health Services Research*, 1988, 22: 857-877.
133. Prince, M., Patel, V., Saxena, S. et al. No health without mental health. *Lancet*, 2007, 370: 859–877.
134. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. *Multilevel and longitudinal modelling using Stata* College Station, TX: Stata Press, 2008.
135. Rahkonen O, Lahelma E. Gender, social class and illness among young people. *Soc Sci Med* 1992, 34: 649-656.
136. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Nickel J, et al. Socioeconomic inequalities in mental health among adolescents in Europe. In: WHO Regional Office for Europe. *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2008.

137. Ray R, Gornick JC, Schmitt J. Parental Leave Policies in 21 Countries: Assessing Generosity and Gender Equality. Washington DC: Centre for Economic and Policy Research 2008.
138. Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 934–941.
139. Rivers I, Noret N. Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. *Crisis* 2010, 31: 143-48.
140. Roberts, Robert E., et al. Estimating the burden of psychiatric disorders in adolescence: the impact of subthreshold disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2014: 1-10.
141. Roberts R. E., Roberts C. R., & Chen Y. R. Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *American journal of community psychology*, 1997, 25(1): 95-110.
142. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U. et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45: 1069–1077.
143. Roland E. Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Educational research* 2002, 44:55-67.
144. Roth DA, Coles ME, Heimberg RG. The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. *J Anxiety Disord* 2002, 16:149-64.
145. Rowe, M. G., Fleming, M. F., Barry, K. L. et al. Correlates of depression in primary care. *The Journal of family practice*, 1995.
146. Salmon G, James A, Smith DM: Bullying in schools: self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *BMJ* 1998, 317: 924-5.

147. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA et al. Mental Health of Young People in Australia. Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Well-being. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
148. Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Bergman, M. et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154(7): 948-957.
149. Sher, K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. The development of alcohol use disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2005, 1: 493-523.
150. Sixty-Fifth-World health Assembly WHA65.4 Agenda item 13.2. 25 May 2012. The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Geneva: World Health Organization, 2012.
151. Skapinakis P, Weich S, Lewis G et al. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry* 2006, 189: 109-117.
152. Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S. et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC psychiatry*, 2013, 13(1): 163.
153. Skapinakis, P., Magklara, K., Mpellos, S. et al. The association between socio-economic status and mental disorders in late adolescence: Cross-sectional survey in the Northwestern part of Greece. *Archives of Hellenic Medicine*, 2007, 24(Suppl 1): 19-29.
154. Slade, T., Watson, D. The structure of common DSM-IV and ICD-10 mental disorders in the Australian general population. *Psychological Medicine*, 2006, 36: 1593–1600.
155. Smith DG & Morris J. Increasing inequalities in the health of the nation. *British Medical Journal*, 1994, 309: 1453.
156. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, et al. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, 158:539-44.

157. Sørensen, M. J., Nissen, J. B., Mors, O. et al. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of affective disorders*, 2005, 84(1): 85-91.
158. Sourander A, Jensen P, Rønning JA et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish “From a Boy to a Man” study. *Pediatrics* 2007, 120: 397-404.
159. Starfield B, Riley AW, Witt WP et al. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56(5): 354–361.
160. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M et al. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand* 1998, 98(4): 262–271.
161. Stronks K., Mheen H. Van de, Looman CWN et al. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 1996, 18: 653-674.
162. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. et al. Depression in adolescence. *The Lancet*, 2012, 379(9820): 1056-1067.
163. Thoits P. A. Sociological approaches to mental illness. *A handbook for the study of mental health*, 1999, 121-138.
164. Thomas HV, Crawford M, Meltzer H et al. Thinking life is not worth living. A population survey of Great Britain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, 37: 351-6.
165. Thompson, R., Bogner, H.R., Coyne, J.C. et al. Personal characteristics associated with consistency of recall of depressed or anhedonic mood in the 13-year follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109, 345–354.
166. Torsheim T, Currie C, Boyce W et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med* 2004, 59: 1–12.

167. Townsend P, Davidson N. *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin, 1982.
168. Tuinstra J, Groothoff JW, Van den Heuvel WJA, et al. Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: Do they exist? *Soc Sci Med* 1998, 47(1): 67–74.
169. Vagero D. & Illsley R. Explaining Health inequalities: beyond Black and Barker. A discussion of some issues emerging in the decade following the Black Report. *European Sociological Review*, 1995, 11 (3): 219-241.
170. Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 2003, 111: 1312-7.
171. Van Roy B, Groholt B, Heyerdahl S et al. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years: Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006, 15(4): 1435–1465X.
172. Verhulst FC, Van der Ende J, Ferdinand RF et al. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54(4): 329–336.
173. Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., van der Ende, J. et al. Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *The American Journal of Psychiatry*, 2003, 160: 1479–1485.
174. Vollebergh, W.A., Iedema, M.J., Bijl, R.V. et al. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58: 597–603.
175. Watson, D. Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, 114: 522–536.
176. West P, Macintyre S, Annandale E et al. Social class and health in youth: Findings from the west of Scotland twenty-07 study. *Soc Sci Med* 1990, 30(6): 665–673.
177. West P, Sweeting H. Nae job, nae future: young people and health in a context of unemployment. *Health Soc Care Community*, 1996, 4: 50-62.

178. West P: Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Soc Sci Med* 1997, 44(6): 833–858.
179. World Health Organization: Health and health behaviour among young people: health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC): international report. Copenhagen: Health Promotion and Investment for Health World Health Organization Regional Office for Europe, 2000.
180. Wilkinson R., & Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. Penguin UK, 2010.
181. Wittchen, H.U., Hofler, M., Merikangas, K. Toward the identification of core psychopathological processes? *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56: 929–931.
182. Zachrisson, H. D., Rödje, K., & Mykletun, A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 2006, 6(1): 34.
183. Zucker, R. A., Fitzgerald, H. E., & Moses, H. D. *Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory*. 1995.
184. World Health Organization: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22/06/1946; *Official Records of the World Health Organization*, (2): 100.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εφηβεία είναι μια περίοδος με υψηλή ψυχιατρική νοσηρότητα. Μεταξύ των διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών ιδιαίτερη είναι η σημασία του άγχους και της κατάθλιψης, που συχνά αναφέρονται ως «κοινές ψυχιατρικές διαταραχές». Αρκετές μελέτες στο παρελθόν έχουν εξετάσει τη δομή και τα χαρακτηριστικά του άγχους και της κατάθλιψης, ωστόσο επιπλέον ενδείξεις απαιτούνται προερχόμενες από διαφορετικά πλαίσια και τη χρήση διαφορετικών μεθόδων. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνές στους εφήβους διεθνώς, ενώ παρουσιάζουν αρκετές συσχετίσεις με μια σειρά κοινωνικο-δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων. Από την άλλη πλευρά, η συσχέτιση της υγείας των εφήβων με διάφορους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες δεν αποτελεί σταθερό εύρημα των διαφόρων μελετών, με αποτέλεσμα να μην εμφανίζεται εικόνα συμφωνίας στη σχετική βιβλιογραφία. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στον τρόπο μέτρησης της αυτό-αναφερόμενης υγείας, ο οποίος πιθανώς δεν αντικατοπτρίζει πλήρως την ψυχολογική διάσταση της υγείας, καθώς και στη χρήση παραδοσιακών κοινωνικο-οικονομικών δεικτών, όπως η εκπαίδευση ή η επαγγελματική κατάσταση των γονέων. Επιπρόσθετα, ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα με όρους δημόσιας υγείας στην εφηβεία είναι η αυτοκτονικότητα, δεδομένου ότι είναι μια από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας στην ηλικία αυτή. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός έχει συχνά συσχετιστεί με τη σχολική επιθετικότητα, αλλά η πιθανώς συγχυτική επίδραση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην παραπάνω συσχέτιση δεν έχει διερευνηθεί πλήρως.

Στόχοι: Στόχοι της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση ορισμένων ζητημάτων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε ένα δείγμα εφήβων μαθητών στην Ελλάδα, όπως: τα χαρακτηριστικά των κοινών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης; ο επιπολασμός, η συννοσηρότητα και οι κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις της κατάθλιψης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και η σχετιζόμενη χρήση υπηρεσιών υγείας; οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας στην εφηβεία μέσω της χρήσης απλών ερωτήσεων, οι οποίες θα εκτιμούν τόσο τη σωματική, όσο και την ψυχολογική διάσταση της υγείας και ενός ευρύτερου συνόλου κοινωνικοοικονομικών δεικτών και τέλος η συσχέτιση ανάμεσα στις συμπεριφορές σχολικής επιθετικότητας και τα πρώτα στάδια του αυτοκτονικού ιδεασμού και το ερώτημα, εάν αυτή είναι ανεξάρτητη από την παρουσία ψυχιατρικής νοσηρότητας, συμπεριλαμβανομένων των υποδικών συμπτωμάτων.

Μέθοδοι: Τα δεδομένα της παρούσας διατριβής αντλήθηκαν από τη σχολική μελέτη «The Epirus School Project», η οποία ήταν μια δισταδιακή συγχρονική μελέτη. Στην πρώτη φάση της μελέτης συμμετείχαν 5,614 έφηβοι ηλικίας 16-18 ετών, που φοιτούσαν σε 25 Γενικά Λύκεια, στους οποίους χορηγήθηκαν εργαλεία ανίχνευσης. Μέσω μιας διαδικασίας τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας προέκυψε ένα δείγμα 2,431 εφήβων, στους οποίους χορηγήθηκε στη δεύτερη φάση της μελέτης μια λεπτομερής ψυχιατρική συνέντευξη. Η ψυχιατρική νοσηρότητα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός εκτιμήθηκαν μέσω της πλήρως δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R). Επιπρόσθετα, αντλήθηκαν δεδομένα σε σχέση με διάφορες κοινωνικοδημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, καθώς και τη χρήση ουσιών, όπως το αλκοόλ, η νικοτίνη και η κάνναβη. Η σχολική επιθετικότητα εκτιμήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο «Revised Olweus bully/victim questionnaire». Η αυτό-αναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία μετρήθηκαν μέσω μιας απλής ερώτησης τύπου Likert.

Αποτελέσματα: Στο δείγμα μας τα πιο κοινά συμπτώματα ήταν η κόπωση, η ευερεθιστότητα και οι ανησυχίες για διάφορα καθημερινά πράγματα. Όλα τα συμπτώματα ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερα στα κορίτσια, με την εξαίρεση των καταναγκασμών και των δυσκολιών ύπνου. Όσον αφορά στις καταθλιπτικές διαταραχές των εφήβων, ο επιπολασμός τους ήταν 5,67% για το καταθλιπτικό επεισόδιο κατά ICD-10 και 17,43% για τα καταθλιπτικά συμπτώματα με έναν ευρύτερο ορισμό. 49,38% των εφήβων με καταθλιπτικό επεισόδιο είχαν τουλάχιστον μία συννοσηρή αγχώδη διαταραχή. Μόνο 17,08% των εφήβων με κατάθλιψη είχαν

επισκεφθεί ιατρό λόγω της ψυχολογικής τους κατάστασης κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Οι αγχώδεις διαταραχές, η χρήση ουσιών, το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η ύπαρξη ενός αδελφού στην οικογένεια και το διαζύγιο ή ο χωρισμός των γονέων συσχετίστηκαν με την κατάθλιψη. Επιπλέον, η παρουσία οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια συσχετίστηκε σημαντικά με αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Από την άλλη πλευρά, ένας στους δέκα (10%) και ένας στους τρεις (32%) εφήβους ανέφεραν ότι δεν απολαμβάνουν καλή γενική και ψυχολογική υγεία αντίστοιχα. Σταθερές συσχετίσεις αναδείχθηκαν και για τις δύο μεταβλητές υγείας με την ύπαρξη αρκετών οικονομικών δυσκολιών στην οικογένεια και τη χειρότερη ακαδημαϊκή επίδοση του εφήβου στο σχολείο. Η τελευταία μεταβλητή συσχετίστηκε με την ψυχολογική υγεία με ένα περισσότερο γραμμικό τρόπο. Επίσης, παρουσιάστηκε μια μη στατιστικά σημαντική τάση για συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία του πατέρα και τη χειρότερη ψυχολογική υγεία, μόνο για τα κορίτσια του δείγματός μας. Τέλος, όσον αφορά στη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη σχολική επιθετικότητα, τα θύματα σχολικής επιθετικότητα ήταν πιο πιθανό να εκφράσουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Η συσχέτιση αυτή ήταν ιδιαίτερα ισχυρή για τα θύματα συχνών τέτοιων συμπεριφορών (εβδομαδιαία βάση) και ήταν ανεξάρτητη από την παρουσία ψυχιατρικής νοσηρότητας. Αντίθετα, η συμπεριφορά θύτη δεν συσχετίστηκε με τον αυτοκτονικό ιδεασμό μετά τη στάθμιση για την ψυχιατρική νοσηρότητα.

Συμπεράσματα: Τα κοινά ψυχιατρικά συμπτώματα είναι συχνά στον πληθυσμό των εφήβων, ιδιαίτερα μεταξύ των κοριτσιών. Η συχνότητα και η συννοσηρότητα της κατάθλιψης είναι υψηλές στον πληθυσμό αυτό, ενώ σημαντικές συσχετίσεις αναδεικνύονται ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις οικονομικές δυσκολίες. Ωστόσο, μόνο μια μικρή μειοψηφία των καταθλιπτικών εφήβων αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια. Συγχρόνως, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες υγείας υπάρχουν σε αυτήν την περίοδο της ζωής, αλλά αναδεικνύονται πιο εύκολα με πιο υποκειμενικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, ιδιαίτερα για την ψυχολογική διάσταση της υγείας. Τέλος, η ισχυρή συγχρονική συσχέτιση ανάμεσα στον αυτοκτονικό ιδεασμό και τη συχνή θυματοποίηση στην όψιμηεφηβεία παρέχει μια δυνατότητα αναγνώρισης μαθητών στο πλαίσιο του σχολείου, οι οποίοι βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό.

“The epidemiology of common mental disorders in adolescence”

Konstantina Magklara

Background: The burden of mental health problems in adolescence is high. Among the various psychiatric disorders, anxiety and depression, which are often described as “common mental disorders”, emerge as a highly significant public health issue. Several studies in the past have examined the structure and characteristics of anxiety and depressive symptoms but more evidence is needed from other settings and with different methods. Depressive disorders are common in adolescents worldwide and several studies show associations with a number of sociodemographic and socioeconomic factors. Socioeconomic health inequalities are not consistently reported in adolescence. This may be due to the measurement of self-reported general health, which probably fails to fully capture the psychological dimension of health, and the reliance on traditional socio-economic indicators, such as parental education or occupational status. A further major public health issue in adolescence is suicidality, since it is one of the leading causes of mortality in youth. Suicidal ideation has been often associated with bullying but the confounding effect of psychiatric morbidity has not always been taken into account.

Aims: The aim of the present dissertation was the investigation of some interesting issues in a sample of adolescents in Greece: the characteristics of common anxiety and depressive symptoms; the prevalence, comorbidity and sociodemographic and socioeconomic associations of depression and depressive symptoms, as well as the relevant health services use; the inconsistencies regarding socioeconomic health inequalities investigated through simple questions, which assess both the physical and psychological dimension of health, and a broader set of socioeconomic indicators than previously used; the association between bullying behavior and early stages of suicidal ideation and the question whether this is independent of the presence of psychiatric morbidity, including sub-threshold symptoms.

Methods: The data of the present dissertation were derived from the study “The Epirus School Project”, which was a two-stage cross-sectional school study. 5,614 adolescents aged 16-18 years old and attending 25 senior high schools were screened and a stratified random sample of 2,431 were selected for a detailed interview. Psychiatric morbidity and suicidal ideation was assessed with a fully structured psychiatric interview, the revised Clinical Interview Schedule (CIS-R). The use of substances, such as alcohol, nicotine and cannabis, and several sociodemographic and socioeconomic variables have been also assessed. Bullying was assessed with the revised Olweus bully/victim questionnaire. Self-reported general and psychological health were both measured by means of a simple Likert-type question.

Results:

In our sample the most common symptoms were fatigue, irritability and worry. All symptoms were significantly more prevalent in female subjects, with the exception of compulsions and sleep problems. The prevalence rates of depression in youth were 5.67% for the depressive episode according to ICD-10 and 17.43% for a broader definition of depressive symptoms. 49.38% of the adolescents with depressive episode had at least one comorbid anxiety disorder. Only 17.08% of the adolescents with depression have visited a doctor due to a psychological problem during the previous year. Anxiety disorders, substance use, female gender, older age, having one sibling, and divorce or separation of the parents were all associated with depression. In addition, the presence of financial difficulties in the family was significantly associated with an increased prevalence of both depression and depressive symptoms. On the other hand, one out of ten (10%) and one out of three (32%) adolescents did not enjoy good general and psychological health respectively. For both health variables robust associations were found in adolescents who reported more financial difficulties in the family and had worse academic performance. The latter was associated with psychological health in a more linear way. Father’s unemployment showed a non-significant trend for an association with worse psychological health in girls only. Finally, victims of bullying behavior were more likely to express suicidal

ideation. This association was particularly strong for those who were bullied on a weekly basis and it was independent of the presence of psychiatric morbidity. In contrast, being a perpetrator ("bullying others") was not associated with this type of ideation after adjustment.

Conclusions: Psychiatric symptoms, such as fatigue, irritability and worries, are common in Greek adolescents, especially among girls. Prevalence and comorbidity rates of depression in this population are substantial, however only a small minority of depressed adolescents seeks professional help. Significant associations between depression and financial difficulties are reported. Moreover, socioeconomic inequalities exist in this period of life but are more easily demonstrated with more subjective socioeconomic indicators, especially for the psychological dimension of health. Finally, the strong cross-sectional association between frequent victimization and suicidal ideation in late adolescence offers an opportunity for identifying pupils in the school setting that are in a higher risk for exhibiting suicidal ideation.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ:**ΣΠΟΥΔΕΣ:**

- Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών (2005-2008): Μεταπτυχιακό Δίπλωμα στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας: «Άριστα» (8,88/10)
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή (1998-2004): Πτυχίο: «Λίαν καλώς» (7,70/10)
- 2^ο Ενιαίο Λύκειο Πρέβεζας (1995-1998)
Απολυτήριο: «Άριστα» (19,7/20)

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

- Λήψη του τίτλου της ειδικότητας της Παιδοψυχιατρικής στις 22/01/2014, μετά από επιτυχή συμμετοχή στις εξετάσεις ειδικότητας περιόδου Δεκεμβρίου 2013.
- 09/2014 - σήμερα: Συνεργάτης παιδοψυχίατρος στο Ιατρείο Οικογένειας στην Άνδρο - υλοποίηση μέσω της ΕΠΑΨΥ (Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας)
- 07/2014 - σήμερα: Εξωτερικός συνεργάτης παιδοψυχίατρος στη Διαγνωστική και Θεραπευτική Μονάδα για το Παιδί «Σπύρος Δοξιάδης».
- 06/2014 - σήμερα: Εξωτερική συνεργάτης του Ομίλου «Ιατρικό Αθηνών».
- 06/03/2014 - σήμερα: Ερευνήτρια παιδοψυχίατρος στο Πανεπιστήμιο Πατρών στο πλαίσιο του ερευνητικού προγράμματος «Πρότυπο Σύστημα Υποστήριξης ατόμων με αυτισμό (ΠΣΥΑ), βασισμένο σε ένα ευφύες πληροφοριακό σύστημα (ΕΣΥΑ) (ΠΑΥΕΥΣ)».
- 08/2013 - 07/2014: Άμισθη εξωτερική συνεργάτης στη Μονάδα Ψυχοθεραπείας της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία».
- 21/08/2012 – 22/08/2013: Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία», Αθήνα - Ολοκλήρωση της ειδίκευσης στην Παιδοψυχιατρική.
- 21/06/2011 – 11/07/2012: Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» - Ειδίκευση στην Παιδοψυχιατρική.
- 01/02/2011 – 25/03/2011: Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική Βασιλείας, Ελβετία - Ειδίκευση στην Παιδοψυχιατρική.
- 01/03/2009 – 30/11/2010: Παιδοψυχιατρικές Υπηρεσίες St. Gallen, Ελβετία - Ειδίκευση στην Παιδοψυχιατρική.
- 07/03/2008 – 06/09/2008: Νευρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» - Ειδίκευση στη Νευρολογία.
- 07/10/2007 – 22/01/2008: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας - Υπηρεσία υπαίθρου.
- 30/09/2005 - 01/01/2007: Νοσοκομείο Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού - «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» - Ειδίκευση στην Ψυχιατρική Ενηλίκων.
- 23/03/2005-09/09/2005: Κέντρο Υγείας Αγρού-Αγ.Αθανασίου, Περιφερειακό Ιατρείο Γιαννάδων, Κέρκυρα - Υπηρεσία υπαίθρου.

ΓΛΩΣΣΕΣ:

- Μητρική γλώσσα: **Ελληνικά**
- **Αγγλικά**: Certificate of Proficiency in English, University of Cambridge

- **Γερμανικά:** Zentrale Mittelstufenprüfung, Goethe Institut
- **Ελληνική Νοηματική Γλώσσα:** Επίπεδο αρχαρίου

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ:

- World Psychiatry Association & Fondazione Child: *11th International Training Seminar in Child & Adolescent Psychiatry: Planning for the future – Research & Evidence-Based Practice* (25-30/05/2014, Camposampiero, Ιταλία) – Συμμετοχή μετά από επιλογή βάσει βιογραφικού σημειώματος και ερευνητικής πρότασης.
- Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» (09/2012-07/2013): *Σεμινάριο Ευαισθητοποίησης στην Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία*
- Ψυχοθεραπευτικό Ινστιτούτο “Ptz Cormann”, Lindau, Γερμανία (2010-2011): *Εκπαιδευτικός κύκλος στη συστημική θεραπεία και συμβουλευτική*
- Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Bristol, Ηνωμένο Βασίλειο (18-22/01/2010): *Σεμινάριο στη Βασική Επιδημιολογία* (28 εκπαιδευτικές ώρες)
- Ψυχοθεραπευτικό Ινστιτούτο “Institut Meilen”, Ζυρίχη, Ελβετία (02-04/11/2009): *Εισαγωγικό σεμινάριο στη συστημική θεραπεία και συμβουλευτική*
- Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο (11/2006 – 05/2007): *Εισαγωγικό Σεμινάριο στις Ψυχοθεραπευτικές και Ψυχοδιαγνωστικές Μεθόδους*
- Έχω παρακολουθήσει μεγάλο αριθμό ημερίδων, διημερίδων, συνεδρίων κτλ.

ΕΙΔΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ:

Εκπαίδευση σε κλίμακες αξιολόγησης της νοημοσύνης (WISC/ WIPPSI/ WAIS, K-ABC), ειδικές δοκιμασίες (ADOS-ADI-R για τις διαταραχές του αυτιστικού φάσματος και KiTaP-TAP για τη Δ.Ε.Π.Υ.), νευροψυχοκινητικές δοκιμασίες (Ruff-Bächtiger) και μια σειρά προβολικών δοκιμασιών.

ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ:

- Donald Cohen Fellowship Programme, Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων (ESCAP) (Βουδαπέστη, 22-26/08/2009): Εκπαιδευτικό σεμινάριο για νέους παιδοψυχιάτρους της Ευρώπης
- Συμμετοχή στις εργασίες του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου Εφήβων, Βρυξέλλες (1996)
- Διάκριση της Ελληνικής Μαθηματικής Εταιρείας (1995)

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ:

➤ Κεφάλαιο σε βιβλίο

- Magklara K. *Nutrition: Alcohol and Anorectic and Bulimic Adolescents.* in R.R. Watson et al (eds.), *Alcohol, Nutrition, and Health Consequences*, Nutrition and Health, DOI 10.1007/978-1-62703-047-2_30, Springer Science+Business Media, New York 2012.

➤ Άρθρα σε περιοδικά:

Ξενόγλωσσα

- Magklara K, Skapinakis P, Gkatsa T, Bellos S, Arya R, Stylianidis S, Mavreas V (2012) **Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity: a cross-sectional study in late adolescents in Greece.** *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 12;6:8.

- Magklara K, Skapinakis P, Niakas D, Bellos S, Zissi A, Stylianidis S, Mavreas V (2010) **Socioeconomic inequalities in general and psychological health among adolescents: a cross-sectional study in senior high schools in Greece.** *Int J Equity Health* 2010; 9:3.
- Hasler M, Magklara K, Zollinger R. **Psychosoziale Belastungsfaktoren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - eine retrospektive Studie.** *Schweiz Med Forum* 2012; 12(42): 819-820.
- Skapinakis P, Anagnostopoulos F, Bellos S, Magklara K, Lewis G, Mavreas V. **An empirical investigation of the structure of anxiety and depressive symptoms in late adolescence: cross-sectional study using the Greek version of the revised Clinical Interview Schedule.** *Psychiatry Research* 2010, **186**(2):419-426.
- Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, Stylianidis S, Mavreas V. **The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece.** *BMC Psychiatry* 2011, 11:22.

Ελληνικά

- Π. Σκαπινάκης, Κ. Μαγκλάρα, Σ. Μπέλλος, Τ. Γκάτσα, Γ. Μιχάλης, Β. Μαυρέας **Η σχέση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές στην περίοδο της όψιμης εφηβείας. Συγχρονική μελέτη στη βορειοδυτική Ελλάδα.** *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, **24** (Συμπλ. 1): 19-29.
- Σ. Ηλίας, Γ. Ξυλούρης, Σ. Αντωνάτος, Μ. Μάντζαρης, Κ. Μαγκλάρα. **Διαταραχή πανικού - Συννοσηρότητα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.** *Εγκέφαλος* 2008, **45**(1).

➤ Ανακοινώσεις

Σε διεθνή συνέδρια:

- Κ. Μαγκλάρα: *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης ως εμπόδιο και πρόκληση στην εκπαίδευση των ειδικευομένων παιδοψυχιάτρων.* Προφορική ανακοίνωση, Διεθνές Συνέδριο: Κρίσεις και καταστροφές, Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις, Αθήνα, 2013.
- Κ. Magklara, M. Hasler, R. Zollinger, A. Von Wyl. *Psychosocial abnormal situations as main diagnosis in a Swiss outpatient unit for child and adolescent psychiatry.* 14th International Congress of ESCAP, Helsinki, 2012.
- Κ. Magklara, SA Bellos, T. Gkatsa, G. Mihalis, VG Mavreas, P. Skapinakis. *Feeling life is not worth living: A cross sectional study of greek adolescents.* 19th European Congress of Psychiatry, Vienna, 2011.
- S.A. Bellos, K. Magklara, T. Gkatsa, G. Mihalis, V. Mavreas, P. Skapinakis. *Prevalence of anorectic and bulimic symptoms in adolescences and their correlation with psychological distress.* 16th European Congress of Psychiatry, Nice 2008.
- S.A. Bellos, E. Nakou, K. Magklara, T. Gkatsa, V. Mavreas, P. Skapinakis. *Nutrition habits, physical exercise, smoking, alcohol and Cannabis use among anorectic and bulimic adolescents.* 16th European Congress of Psychiatry, Nice 2008.

Σε ελληνικά συνέδρια:

- Κ. Μαγκλάρα *Επιδημιολογία της κατάθλιψης σε εφήβους μαθητές Λυκείου και η σχέση της με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.* Προφορική ανακοίνωση, 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Απρίλιος 2014, Ιωάννινα.
- Κ. Μαγκλάρα, Β. Πανέτσου, Β. Σαλαβού, Μ. Μπελιβανάκη, Γ. Κολαΐτης. *Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους που νοσηλεύτηκαν σε παιδοψυχιατρική κλινική.* 8^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο. Αθήνα, 2013.
- Α. Αγγελή, Κ. Μαγκλάρα, Δ. Δουμπού, Μ. Πετρόγγονα, Κ. Καραγεωργοπούλου, Ι. Σύρος, Β. Χαντζαρά, Γ. Κολαΐτης, Μ. Λιακοπούλου *Μεταβολές στη δομή της οικογένειας στον ελληνικό χώρο. Παρατηρήσεις από τη Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική Γενικού Παιδιατρικού Νοσοκομείου.* 8^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο. Αθήνα, 2013.

- Μαγκλάρα Κ., Μπέλλος Σ., Γκάτσα Τ., Μιχάλης Γ., Μαυρέας Β., Σκαπινάκης Π. *Κατάθλιψη στην όψιμη εφηβεία: Επιπολασμός και κοινωνικοοικονομικές συσχετίσεις σε δείγμα Ελλήνων μαθητών*. 7^ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο. Αθήνα, 2011.
- Μαγκλάρα Κ., Μπέλλος Σ., Γκάτσα Τ., Νάκου Ε., Μιχάλης Γ., Μαυρέας Β., Σκαπινάκης Π. *Αυτοαναφερόμενη κεφαλαλγία σε δείγμα εφήβων μαθητών*. 22^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελλήνων Νευρολόγων, Χανιά, 2008.
- Γκάτσα Τ., Μπέλλος Σ., Μαγκλάρα Κ., Μιχάλης Γ., Μαυρέας Β., Σκαπινάκης Π. *Σχολικός εκφοβισμός και ψυχική υγεία: η σχολική μελέτη της Ηπείρου*. 19^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κοινωνικής Παιδιατρικής, Καρδίτσα, 2007.
- Αντωνάτος Σ., Μαγκλάρα Κ., Δουμπού Δ., Ανδρονάς Ν., Μάντζαρης Μ., Δώδος Ι., Ηλίας Σ. *Εξαρτημένοι ασθενείς στην εφημερία ψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου*. 19^ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 2006.
- Ηλίας Σ., Δουμπού Δ., Μαγκλάρα Κ., Ανδρονάς Ν., Δώδος Ι., Μάντζαρης Μ. *Αλλοδαποί ασθενείς στην εφημερία ψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου*. 19^ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 2006.
- Ηλίας Σ., Κουτουβίδης Ν., Μαγκλάρα Κ., Δουμπού Δ., Μάντζαρης Μ., Δώδος Ι. *Μη επείγοντα περιστατικά στην εφημερία ψυχιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου*. 19^ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 2006.
- Μαγκλάρα Κ., Στεργίου Γ. *Αρτηριακή υπέρταση: Επιδημιολογία, πορεία και πρόγνωση*. Φοιτητικές Ημέρες Παθολογίας, Αθήνα, 2002.

**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ
ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

1. Magklara K, Skapinakis P, Gkatsa T, Bellos S, Arya R, Stylianidis S, Mavreas V (2012) **Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity: a cross-sectional study in late adolescents in Greece.** *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 12; 6:8.
2. Magklara K, Skapinakis P, Niakas D, Bellos S, Zissi A, Stylianidis S, Mavreas V (2010) **Socioeconomic inequalities in general and psychological health among adolescents: a cross-sectional study in senior high schools in Greece.** *Int J Equity Health* 2010; 9:3.
3. Skapinakis P, Anagnostopoulos F, Bellos S, Magklara K, Lewis G, Mavreas V. **An empirical investigation of the structure of anxiety and depressive symptoms in late adolescence: cross-sectional study using the Greek version of the revised Clinical Interview Schedule.** *Psychiatry Research* 2010, **186**(2):419-426.
4. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, Magklara K, Lewis G, Araya R, Stylianidis S, Mavreas V. **The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece.** *BMC Psychiatry* 2011, 11:22.
5. Magklara K, Bellos S, Niakas D, Stylianidis S, Kolaitis G, Mavreas V, Skapinakis P. **Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece.** Submitted to: *BMC Psychiatry*



RESEARCH

Open Access

Socioeconomic inequalities in general and psychological health among adolescents: a cross-sectional study in senior high schools in Greece

Konstantina Magklara^{1*}, Petros Skapinakis¹, Dimitrios Niakas², Stefanos Bellos¹, Anastasia Zissi³, Stylianos Stylianidis⁴, Venetsanos Mavreas¹

Abstract

Background: Socioeconomic health inequalities in adolescence are not consistently reported. This may be due to the measurement of self-reported general health, which probably fails to fully capture the psychological dimension of health, and the reliance on traditional socio-economic indicators, such as parental education or occupational status. The present study aimed at investigating this issue using simple questions to assess both the physical and psychological dimension of health and a broader set of socioeconomic indicators than previously used.

Methods: This was a cross-sectional survey of 5614 adolescents aged 16-18 years-old from 25 senior high schools in Greece. Self-reported general and psychological health were both measured by means of a simple Likert-type question. We assessed the following socio-economic variables: parents' education, parents' employment status, a subjective assessment of the financial difficulties experienced by the family and adolescents' own academic performance as a measure of the personal social position in the school setting.

Results: One out of ten (10%) and one out of three (32%) adolescents did not enjoy good general and psychological health respectively. For both health variables robust associations were found in adolescents who reported more financial difficulties in the family and had worse academic performance. The latter was associated with psychological health in a more linear way. Father's unemployment showed a non-significant trend for an association with worse psychological health in girls only.

Conclusions: Socioeconomic inequalities exist in this period of life but are more easily demonstrated with more subjective socioeconomic indicators, especially for the psychological dimension of health.

Background

Almost three decades following the publication of the Black Report [1] socioeconomic health inequalities are still a topic of considerable scientific interest. While social gradients in health are well established for both children [2] and adults [3], the relevant evidence for adolescent health is much less consistent. Although some studies have reported significant inequalities in adolescent health [4-10], other studies failed to confirm this [11-14]. The inconsistency of evidence led some

researchers to argue that adolescence may be a period in the life cycle that is characterised by "social equalization in health" [15].

A number of methodological issues may help explaining these inconsistencies. First, measurement of socioeconomic status in adolescence is not straightforward. Parental socioeconomic characteristics, such as parental educational level, social/occupational class and family income, are often used as measures of the socioeconomic status of adolescents. It is suggested however that adolescents may not be able to accurately report their parent's socioeconomic status [10]. In addition, research in adults has shown that inclusion

* Correspondence: nadia.magklara@gmail.com

¹Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, Greece





RESEARCH

Open Access

Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity: a cross-sectional study in late adolescents in Greece

Konstantina Magklara^{1,4*}, Petros Skapinakis¹, Tatiana Gkatsa¹, Stefanos Bellos¹, Ricardo Araya², Stylianos Stylianidis³ and Venetsanos Mavreas¹

Abstract

Background: Bullying is quite prevalent in the school setting and has been associated with the socioeconomic position and psychiatric morbidity of the pupils. The aim of the study was to investigate the association between bullying and socioeconomic status in a sample of Greek adolescents and to examine whether this is confounded by the presence of psychiatric morbidity, including sub-threshold forms of illness.

Methods: 5,614 adolescents aged 16-18 years old and attending 25 senior high schools were screened and a stratified random sample of 2,427 were selected for a detailed interview. Psychiatric morbidity was assessed with a fully structured psychiatric interview, the revised Clinical Interview Schedule (CIS-R), while bullying was assessed with the revised Olweus bully/victim questionnaire. The following socio-economic variables were assessed: parental educational level and employment status, financial difficulties of the family and adolescents' school performance. The associations were investigated using multinomial logit models.

Results: 26.4% of the pupils were involved in bullying-related behaviours at least once monthly either as victims, perpetrators or both, while more frequent involvement (at least once weekly) was reported by 4.1%. Psychiatric morbidity was associated with all types of bullying-related behaviours. No socioeconomic associations were reported for victimization. A lower school performance and unemployment of the father were significantly more likely among perpetrators, while economic inactivity of the mother was more likely in pupils who were both victims and perpetrators. These results were largely confirmed when we focused on high frequency behaviours only. In addition, being overweight increased the risk of frequent victimization.

Conclusions: The prevalence of bullying among Greek pupils is substantial. Perpetration was associated with some dimensions of adolescents' socioeconomic status, while victimization showed no socioeconomic associations. Our findings may add to the understanding of possible risk factors for bullying behaviours in adolescence.

Keywords: Bullying, Adolescents, Socioeconomic status, Psychiatric morbidity, Victims, Perpetrators

Background

Bullying is quite prevalent in the school setting and has important adverse effects on many areas of the adolescents' life. It is a specific type of aggression in which an intention to harm or disturb can be identified, occurs repeatedly over time and there is an imbalance of power, with a more powerful person or group attacking

a less powerful one [1]. According to a widely used research definition of bullying a student is being bullied or victimized when he or she is exposed, repeatedly and over time, to negative actions on the part of one or more other students [2]. Negative actions are further defined as when someone (the "perpetrator") intentionally inflicts, or attempts to inflict, injury or discomfort upon another (the "victim"). Negative actions can be verbal, including threatening, taunting, teasing, or name-calling, or physical, such as hitting, kicking, pushing, shoving or pinching. Being a victim of bullying has been

* Correspondence: nadia.magklara@gmail.com

¹Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, Ioannina, Greece

Full list of author information is available at the end of the article





An empirical investigation of the structure of anxiety and depressive symptoms in late adolescence: Cross-sectional study using the Greek version of the revised Clinical Interview Schedule

Petros Skapinakis ^{a,b,*}, Fotios Anagnostopoulos ^c, Stefanos Bellos ^a, Konstantina Magklara ^a, Glyn Lewis ^b, Venetsanos Mavreas ^a

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

^b Academic Unit of Psychiatry, University of Bristol, UK

^c Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece

ARTICLE INFO

Article history:

Received 22 July 2009

Received in revised form 19 August 2010

Accepted 19 August 2010

Available online xxx

Keywords:

Comorbidity

Anxiety disorders/diagnosis/

epidemiology/psychology

Mood disorders/diagnosis/

epidemiology/psychology

Psychiatric status rating scales

Epidemiology

Adolescent

ABSTRACT

Several studies in the past have examined whether the hierarchical structure of anxiety and depressive symptoms can explain the high comorbidity between them but more studies are needed from other settings and with different methods. The present study aimed to examine the structure of common anxiety and depressive symptoms in adolescents 16–18 years old attending secondary schools using the Greek version of the revised Clinical Interview Schedule (CIS-R), a fully structured psychiatric interview. A total of 2431 adolescents were interviewed with the computerized version of the CIS-R. The hierarchical structure of 12 depressive and anxiety symptoms was examined with confirmatory factor analytical methods. Four alternative models of increasing complexity were tested. The best-fitting model included three first-order factors, representing the dimensions of anxiety, depression and non-specific distress respectively. A model with a higher-order factor representing the broader internalizing dimension was less supported by the data. The findings of this and other studies should be taken into account in future classifications of psychiatric disorders and may have clinical practical implications.

© 2010 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Several epidemiological studies of the past 30 years have helped to establish the public health importance of the common mental disorders both in adults and in children/adolescents (Prince et al., 2007; Patel et al., 2007). The common mental disorders are characterized by a varying mixture of anxiety and depressive symptoms (Goldberg et al., 1987), are more prevalent in women (Alonso et al., 2004; Verhulst et al., 2003) and tend to co-occur both within and across time (de Graaf et al., 2002).

Phenomenological (Clark and Watson, 1991; Mineka et al., 1998), epidemiological (Regier et al., 1984) and psychopharmacological (Klein, 1964) research during the second half of the 20th century led to the prevailing categorical view of anxiety and depression that is reflected in the official psychiatric nomenclature. According to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10), common mental disorders are grouped into anxiety and mood disorders and the latter are clearly distinguished from each

other (Clark and Watson, 1991). This notion however has been challenged by the research finding of considerable comorbidity between (and within) the two diagnostic classes (Kessler et al., 1994) and by the clinical observation that patients usually present with mixed anxiety and depressive symptoms (Barlow and Campbell, 2000).

As the categorical model of anxiety and depression is problematic for explaining the observed comorbidity researchers turned to alternative dimensional conceptualizations. It was argued that the common psychiatric symptoms have a continuous distribution in the population and there is no clear cut-off to distinguish between cases and non-cases. Goldberg et al. (1987) in an early study reported that two highly correlated dimensions could explain most of the shared variance between symptoms. The first dimension consisted of anxiety-related symptoms and the second of depressive related symptoms. The high correlation between the two dimensions supported the idea of a broader latent dimension which is behind depression and anxiety. This higher-order dimension is analogous to the concept of neuroticism (Eysenck, 1990), or that of the internalizing disorders in the children and adolescent literature (Achenbach, 1978; King et al., 1991). It is also compatible with the “negative affectivity” part of the tripartite model (Clark and Watson, 1991), a more elaborate dimensional model that has been suggested for the

* Corresponding author. Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, Ioannina 45110, Greece. Tel.: +30 26510 07748; fax: 30 26510 07049.
E-mail address: p.skapinakis@gmail.com (P. Skapinakis).

RESEARCH ARTICLE

Open Access

The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece

Petros Skapinakis^{1*}, Stefanos Bellos¹, Tatiana Gkatsa¹, Konstantina Magklara¹, Glyn Lewis², Ricardo Araya², Stelios Stylianidis³, Venetsanos Mavreas¹

Abstract

Background: Bullying in schools has been associated with suicidal ideation but the confounding effect of psychiatric morbidity has not always been taken into account. Our main aim was to test the association between bullying behavior and early stages of suicidal ideation in a sample of Greek adolescents and to examine whether this is independent of the presence of psychiatric morbidity, including sub-threshold symptoms.

Methods: 5614 pupils 16-18 years old and attending 25 senior high schools were screened in the first phase and a stratified random sample of 2431 were selected for a detailed interview at the second phase. Psychiatric morbidity and suicidal ideation were assessed with the revised Clinical Interview Schedule (CIS-R) while bullying was assessed with the revised Olweus bully/victim questionnaire.

Results: Victims of bullying behavior were more likely to express suicidal ideation. This association was particularly strong for those who were bullied on a weekly basis and it was independent of the presence of psychiatric morbidity (Odds Ratio: 7.78; 95% Confidence Interval: 3.05 - 19.90). In contrast, being a perpetrator ("bullying others") was not associated with this type of ideation after adjustment. These findings were similar in both boys and girls, although the population impact of victimization in the prevalence of suicidal ideation was potentially higher for boys.

Conclusions: The strong cross-sectional association between frequent victimization and suicidal ideation in late adolescence offers an opportunity for identifying pupils in the school setting that are in a higher risk for exhibiting suicidal ideation.

Background

Bullying is a specific form of aggression commonly reported among adolescents especially in the school setting [1-4]. Bullying in adolescence has been associated with general psychological distress or specific psychiatric disorders [5-10] and is considered to be a risk factor for the development of common mental disorders later in adulthood [11,12].

Of particular importance is the reported association between bullying and suicidal ideation [13-19] since suicide is a leading cause of mortality in adolescents which

is potentially preventable [20]. Previous studies have established strong associations with suicidal ideation, mainly for the victims of bullying behavior. Interpretation of this association however is quite difficult and several factors should be taken into account before any firm conclusions about causality can be reached. Perhaps the most important issue is the confounding effect of psychiatric morbidity which is quite prevalent in adolescence and is associated with both bullying behavior [5-8,10] and suicidal ideation [21,22]. Despite this, from the previous 18 studies of the association between bullying and suicidal ideation (most are reviewed by Kim et al. 2009) [19] only six adjusted for the presence of psychiatric morbidity [13,17,19,23-25] and two of them found no association after adjustment [23,24].

* Correspondence: p.skapinakis@gmail.com

¹Department of Psychiatry, University of Ioannina, School of Medicine, Ioannina, Greece

Full list of author information is available at the end of the article

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παρακάτω παρουσιάζεται η μορφή των ερωτηματολογίων, όπως αυτά χορηγήθηκαν στους μαθητές μέσα στην αίθουσα διδασκαλίας κατά την πρώτη φάση της μελέτης.

Αγαπητέ μαθητή / μαθήτρια του 7^{ου} Λυκείου Ιωαννίνων.

Η ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και εγώ προσωπικά, εκ μέρους των συνεργατών μου, θα θέλαμε να σε ευχαριστήσουμε για την απόφασή σου να συμμετάσχεις στην έρευνα που κάνουμε σε Λύκεια των Ιωαννίνων. Όπως σε ενημερώσαμε τις προηγούμενες ημέρες σκοπός της έρευνας είναι να καταγράψει το επίπεδο της ψυχικής υγείας των εφήβων μαθητών της ηλικίας σου, την σχέση μεταξύ ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, καθώς και την επίδραση που ασκούν διάφοροι παράγοντες του σχολείου στην ψυχοσωματική υγεία. Η έρευνα αυτή αρχίζει από τα Ιωάννινα αλλά σύντομα θα επεκταθεί σε όλη την Ελλάδα. Με την δικιά σου συμμετοχή μας δίνεις την δυνατότητα να μπορέσουμε να στηρίξουμε την πανελλήνια επέκτασή της, αλλά και να την βελτιώσουμε ώστε τα αποτελέσματα πραγματικά να αντανakλούν την πραγματικότητα.

Μπορεί να έχεις συμμετάσχει και σε άλλες έρευνες στο παρελθόν, αλλά για την συγκεκριμένη 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 οποίες θα έχουν σαν αποτέλεσμα να ακυρώσουν τα αποτελέσματα της έρευνας για την οποία έχουμε δουλέψει πάνω από 10 άνθρωποι τα τελευταία 2 χρόνια.*

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

Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

stressteen@gmail.com, www.stress.gr/stressteen

ΣΤΟΙΧΕΙΑ που αφορούν ΕΣΕΝΑ

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις

ΕΡ1. Ποιο έτος γεννήθηκες;	—————→	
ΕΡ2. Ποιο είναι το φύλο σου;	—————→	<input type="checkbox"/> ₁ Αγόρι <input type="checkbox"/> ₂ Κορίτσι
ΕΡ3. Στην προηγούμενη τάξη αποφοίτησα με γενικό βαθμό: (γράψτε δεξιά τον γενικό βαθμό σας)		
ΕΡ4. 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
ΕΡ5. 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
ΕΡ6. 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

EP7. Πόσα αδέρφια έχεις που είναι μεγαλύτερα από σένα →	
EP8. Πόσα αδέρφια έχεις που είναι μικρότερα από σένα (συμπεριλάβετε αδέρφια που είναι στην ίδια ηλικία με εσάς) →	
EP9. Η ηλικία του πατέρα σου: (εάν δεν θυμάσαι ακριβώς: κατά προσέγγιση) (μην συμπληρώνεις εάν ο πατέρας δεν ζει) →	
EP10. Η ηλικία της μητέρας σου: (εάν δεν θυμάσαι ακριβώς: κατά προσέγγιση) (μην συμπληρώνεις εάν η μητέρα δεν ζει) →	

EP11. Οι γονείς σου:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Είναι παντρεμένοι	<input type="checkbox"/> ₁
	Είναι διαζευγμένοι / σε διάσταση	<input type="checkbox"/> ₂
	Η μητέρα μου είναι χήρα	<input type="checkbox"/> ₃
	Ο πατέρας μου είναι χήρος	<input type="checkbox"/> ₄
	Άλλο	<input type="checkbox"/> ₅

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

EP12. 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 ΤΕΙ	<input type="checkbox"/> ₄
	Είναι απόφοιτη Ανώτατης Πανεπιστημιακής Σχολής	<input type="checkbox"/> ₅

EP13. Ο Πατέρας σου:	<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 ΤΕΙ	<input type="checkbox"/> ₄
	Είναι απόφοιτος Ανώτατης Πανεπιστημιακής Σχολής	<input type="checkbox"/> ₅

EP14. Απασχόληση της μητέρας σου		EP15. Απασχόληση του πατέρα σου	
<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>		<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
Είναι υπάλληλος στο δημόσιο τομέα	<input type="checkbox"/> ₁	Είναι υπάλληλος στο δημόσιο τομέα	<input type="checkbox"/> ₁
Είναι υπάλληλος στον ιδιωτικό τομέα	<input type="checkbox"/> ₂	Είναι υπάλληλος στον ιδιωτικό τομέα	<input type="checkbox"/> ₂
Ελεύθερη Επαγγελματίας / Έμπορος	<input type="checkbox"/> ₃	Ελεύθερος Επαγγελματίας / Έμπορος	<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

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

EP16. 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
EP17. Γενικά, θα έλεγες ότι οι σχέσεις σου με τους γονείς σου το τελευταίο διάστημα είναι:	<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

EP18. Γενικά, θα έλεγες ότι η υγεία του πατέρα σου το τελευταίο διάστημα είναι:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Άριστη	<input type="checkbox"/> ₁
	Πολύ καλή	<input type="checkbox"/> ₂
	Καλή	<input type="checkbox"/> ₃
	Μέτρια	<input type="checkbox"/> ₄
	Κακή	<input type="checkbox"/> ₅
EP19. Γενικά, θα έλεγες ότι η υγεία της μητέρας σου το τελευταίο διάστημα είναι:	<i>(σημειώστε ένα κουτί)</i>	
	Άριστη	<input type="checkbox"/> ₁
	Πολύ καλή	<input type="checkbox"/> ₂
	Καλή	<input type="checkbox"/> ₃
	Μέτρια	<input type="checkbox"/> ₄
	Κακή	<input type="checkbox"/> ₅

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 12 ερωτήσεις σημείωσε την απάντηση που σε εκφράζει περισσότερο από την κλίμακα δίπλα. Σκέψου πώς ήσουν τον τελευταίο μήνα.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ:

1. Τα καταφέρνεις να συγκεντρωθείς σε οτιδήποτε κάνεις;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
2. Χάλασε καθόλου ο ύπνος σου επειδή είχες ανησυχίες στο μυαλό σου;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
3. Αισθάνεσαι ότι είσαι χρήσιμος-η;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
4. Έχεις αισθανθεί ικανός-η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
5. Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
6. Έχεις αισθανθεί πως δε θα μπορούσες να ξεπεράσεις τις δυσκολίες σου;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
7. Μπορείς να καρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
8. Καταφέρνεις να αντιμετωπίσεις τα προβλήματά σου;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
9. Αισθάνεσαι στεναχωρημένος-η ή μελαγχολικός-η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
10. Έχεις χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σου;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
11. Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
12. Σε γενικές γραμμές αισθάνεσαι ευτυχισμένος-η;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως

Συνέχισε στο επόμενο φύλλο ----->

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ

Σε καθεμία από τις παρακάτω 20 ερωτήσεις σημείωσε την απάντηση που σε εκφράζει περισσότερο από την κλίμακα δίπλα.

1. Είμαι συνέχεια νευρικός-ή, δεν μπορώ να κάτσω ήσυχα για πολλή ώρα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
2. Έχω πολλούς πονοκεφάλους, στομακόπονους ή αδιαθεσία	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
3. Συχνά εκνευρίζομαι και κάνω την ψυχραιμία μου	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
4. Είμαι συνήθως μοναχικός- ή.	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
5. Συνήθως κάνω αυτό που μου ζητάνε	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
6. Ανησυχώ πολύ για τα καθημερινά μου πράγματα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
7. Συνεχώς στριφογυρίζω και κουνιέμαι	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
8. Έχω έναν ή περισσότερους καλούς φίλους ή φίλες	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
9. Μπλέκομαι συχνά σε τσακωμούς	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
10. Αισθάνομαι συχνά στενοχώρια, λύπη ή μελαγχολία, ή κλαίω συχνά	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
11. Τα άτομα της ηλικίας μου ή οι συμμαθητές μου γενικά με συμπαθούν	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
12. Αφαιρούμαι συχνά και αποσπάται η προσοχή μου εύκολα ή δεν μπορώ να συγκεντρωθώ καλά	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
13. Όταν έχω να αντιμετωπίσω νέες καταστάσεις αγχώνομαι ή με πιάνει νευρικότητα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
14. Συχνά με κατηγορούν ότι λέω ψέματα ή ότι εξαπατώ τους άλλους	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
15. Άλλα παιδιά ή συμμαθητές μου με πειράζουν ή με κοροϊδεύουν	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
16. Σκέφτομαι πριν κάνω κάτι και δεν ενεργώ παρορμητικά	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει
17. Παίρνω πράγματα από τους άλλους που δεν μου ανήκουν	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
18. Τα πηγαίνω καλύτερα με τους μεγαλύτερους μου παρά με τα άτομα της ηλικίας μου	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
19. Έχω πολλές φοβίες, τρομάζω εύκολα	Δεν Ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει Σίγουρα
20. Ολοκληρώνω συνήθως μια δουλειά που έχω αρχίσει.	Ισχύει Σίγουρα	Ισχύει Κάπως	Δεν Ισχύει

Συνέχισε στο επόμενο

φύλλο ----->

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

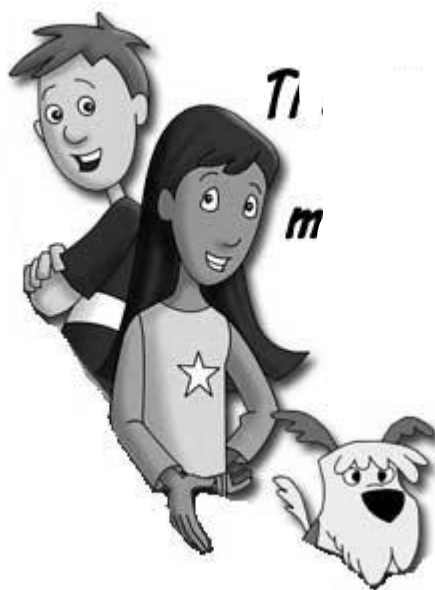
Σε καθεμία από τις παρακάτω 16 ερωτήσεις σημείωσε την απάντηση που σε εκφράζει περισσότερο από την κλίμακα δίπλα. Σκέψου πώς ήσουν τον τελευταίο μήνα.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ:

1. Ένωσες κουρασμένος-η;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2. Είχες καθόλου δυσκολία να συγκεντρωθείς στα πράγματα που κάνεις συνήθως;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Παρατήρησες να ξεχνάς διάφορα πράγματα ή να έχεις προβλήματα με τη μνήμη σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Είχες καθόλου πρόβλημα να κοιμηθείς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5. Παρατήρησες να κοιμάσαι περισσότερο από ότι συνήθως;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6. Ένωσες εκνευρισμό ή θυμό με τους ανθρώπους γύρω σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7. Εκνευρίστηκες ή θύμωσες για πράγματα που σου φαίνονται ασήμαντα τώρα που το ξανασκέφτεσαι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Σε ανησύχησε καθόλου η κατάσταση της σωματικής σου υγείας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9. Ένωσες λύπη, στενοχώρια ή ακεφιά <u>περισσότερο απ' ότι συνήθως;</u>	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Έχασες το ενδιαφέρον σου για τα πράγματα γύρω σου ή για τις καθημερινές σου δραστηριότητες;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11. Ένωσες καθόλου άγχος ή νευρικότητα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Ένωσες σφίξιμο ή τέντωμα στους μύες του κορμιού σου ή ότι είσαι σε τάση και δεν μπορούσες να χαλαρώσεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13. Ανησυχούσες για τα θέματά σου ή τα καθημερινά πράγματα που σε αφορούν περισσότερο απ' όσο θα έπρεπε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14. Μερικοί άνθρωποι αγχώθηκαν 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;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
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;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
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;)	ΝΑΙ	ΟΧΙ

Έφτασες στο Τέλος/
Γύρνα σελίδα!

Σε ευχαριστούμε!



- Οι απαντήσεις που μας έδωσες θα βοηθήσουν πολύ στο να καταλάβουμε το είδος των συμπτωμάτων που μπορεί να απασχολούν άτομα της ηλικίας σου.
- Τις επόμενες ημέρες μπορεί να σε καλέσουμε να συμμετάσχεις στην πιο πλήρη συνέντευξη (μέσω υπολογιστή). Δεν γνωρίζουμε από τώρα εάν θα συμμετάσχεις διότι η επιλογή θα γίνει τυχαία με την βοήθεια του υπολογιστή.
- Εάν σε φωνάξουμε για την συμπληρωματική συνέντευξη θα χρειαστούμε την βοήθειά σου και την συνεργασία σου για άλλη μισή ώρα περίπου.

Ελπίζουμε να μας βοηθήσεις να ολοκληρώσουμε με επιτυχία την έρευνά μας!

Δώσε τώρα αυτό το έντυπο στον ερευνητή μας