

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΞΑΜΗΝΟ: ΠΤΥΧΙΟ Δ΄

ΤΙΤΛΟΣ:

Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις συμπεριφορές κινδύνου και στη σεξουαλική συμπεριφορά υγείας των μαθητών του νομού Ηρακλείου Κρήτης

Ονοματεπώνυμο Σπουδαστών:

Λυκοπάντη Χριστίνα Α.Μ: 4108

Παπανικολάου Σταυρούλα Α.Μ: 3958

Σεγιέτ Μαρία Α.Μ: 3961

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κούτρα Κλειώ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ (9/10/2014)

«Μακάρι να κοιμούνται και να ζυπνούσαν όταν θα είχαν πια ενηλικιωθεί»

William Sexpear

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας είχαμε ανθρώπους που μας στήριξαν ώστε να φέρουμε εις πέρας το έργο μας αυτό. Έτσι λοιπόν και εμείς θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους ανθρώπους αυτούς.

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα Κούτρα Κλειώ επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, για την καθοδήγηση, το υλικό και την υπομονή που υπέδειξε. Επίσης, τον Κύριο Λιναρδάκη Εμμανουήλ, στατιστικό του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, για τη σημαντική βοήθεια που μας προσέφερε στα αποτελέσματα της έρευνας μας. Παράλληλα όλους τους ανθρώπους του στενού οικογενειακού και φιλικού μας περιβάλλοντος που μας στήριξαν την περίοδο αυτή.

Τέλος, το προσωπικό της βιβλιοθήκης του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου που μας βοήθησε στην αναζήτηση βιβλιογραφίας και τους μαθητές του νομού Ηρακλείου που απάντησαν και δέχτηκαν να μοιραστούν προσωπικά τους δεδομένα, συμβάλλοντας στην υλοποίηση της έρευνας μας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μετά από τέσσερα χρόνια φοίτησης στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης, η ολοκλήρωση των σπουδών μας επισφραγίζεται ουσιαστικά με την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας.

Σκοπός της προτεινόμενης έρευνας ήταν να μελετήσουμε την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και στις σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας των μαθητών του νομού Ηρακλείου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	- 7 -
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	- 7 -
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	- 8 -
ABSTRACT	- 9 -
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	- 10 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :	- 12 -
ΕΦΗΒΕΙΑ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.	- 12 -
1.1) ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	- 12 -
1.2) ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	- 15 -
1.3) ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ	- 16 -
1.4) ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	- 22 -
1.5) ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	- 30 -
1.6) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ	- 36 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	- 44 -
ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ, ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ.....	- 44 -
2.1 Ορισμός Κοινωνικού Κεφαλαίου	- 44 -
2.2 Ιστορική Αναδρομή	- 46 -
2.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	- 50 -
2.4 Κοινωνικό κεφάλαιο και έφηβοι	- 54 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	- 58 -
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	- 58 -
3.1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	- 58 -
3.2 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	- 59 -
3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	- 62 -
3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	- 64 -
3.5 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ	

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	- 66 -
3.6 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	- 72 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	- 76 -
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	- 76 -
4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	- 76 -
4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ & ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	- 76 -
4.3 ΔΕΙΓΜΑ.....	- 77 -
4.4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ	- 78 -
4.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	- 78 -
4.6 ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	- 80 -
4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	- 81 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	- 82 -
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	- 82 -
5.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	- 82 -
5.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	- 90 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	- 96 -
6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	- 96 -
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	- 106 -
6.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	- 108 -
6.3.1) Παρέμβαση στο άτομο-έφηβο.....	- 108 -
6.3.2) Παρεμβατικές πρακτικές στην οικογένεια	- 109 -
6.3.3) Παρεμβατικές πρακτικές στο σχολικό περιβάλλον.....	- 111 -
6.3.4) Παρέμβαση στη κοινότητα	- 113 -
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 115 -
Ελληνική βιβλιογραφία:	- 115 -
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:	- 119 -
Ηλεκτρονικές πηγές:	- 127 -

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία μαθητών

Πίνακας 2: Συχνότητα εμφάνισης πέντε (5) πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ – multiple health risk behaviors – hrbs) στην υγεία των μαθητών.

Πίνακας 3: Συχνότητα εμφάνισης τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου στην υγεία, 657 φίλων των 658 μαθητών της Κρήτης.

Πίνακας 4: Επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου στους 658 μαθητές της μελέτης.

Πίνακας 5: Επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου στους 658 έφηβους της Κρήτης ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου για την υγεία σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ), στους 658 έφηβους της Κρήτης.

Πίνακας 6: Συχνότητα εμφάνισης πέντε πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ ή multiple health risk behaviours – hrbs) για την υγεία, σε 658 έφηβους της Κρήτης ως προς τις κατηγορίες του Κοινωνικού Κεφαλαίου.

Πίνακας 7: Κατηγορική ανάλυση παλινδρόμησης της βαθμολογίας ΣΠΚ για την υγεία σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ), στους 658 έφηβους της Κρήτης, ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την κατάσταση υγείας, τη συχνότητα εμφάνισης στους φίλους τους τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία και τα υψηλά επίπεδα των συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Βαθμολογία εμφάνισης του κινδύνου σύμφωνα με τους 5 πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ) σε σχέση με το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας των μαθητών.

Γράφημα 2: Μέσος αριθμός 4 συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των 657 φίλων του δείγματος ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου των ΣΠΚ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στη συγκεκριμένη έρευνα, μελετήθηκαν οι επικίνδυνες συμπεριφορές και οι σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας των μαθητών του Νομού Ηρακλείου Κρήτης. Η μελέτη αυτή αφορά στην επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε μια σειρά επικινδυνών συμπεριφορών των νέων μαθητών του δείγματος. **Μεθοδολογία:** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 2189 μαθητές, Α Λυκείου της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ζουν σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου. Το ερευνητικό εργαλείο αφορά σε δυο σταθμισμένα εργαλεία, το κοινωνικό κεφάλαιο μετρήθηκε με το YSCS (Κούτρα και συν. 2012) και οι συμπεριφορές υγείας, μετρήθηκαν με το HBSC. Η κατηγοριοποίηση του κινδύνου στις συμπεριφορές υγείας έγινε με τους Brooks et al (2012). Πρόκειται για ένα πολύ καλά σχεδιασμένο score, που δείχνει τη πραγματική επιβάρυνση, ιδιαίτερα στη χρήση ουσιών και καπνού.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τους πέντε συμπεριφορικούς παράγοντες που μελετά η παρούσα έρευνα (κάπνισμα, μέθη από κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών, χρήση προφυλακτικού, χρήση χασίς και χρήση άλλων ουσιών) φαίνεται τα αγόρια να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απ' τα κορίτσια. Σε αυτό φάνηκε να συμβάλλει σημαντικά η επιρροή των φίλων των ερωτώμενων, όπου ανεξάρτητα αν είναι αγόρια ή κορίτσια, οι φίλοι ασκούν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση κινδύνων, με τα αγόρια φίλους να επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το δείγμα μελέτης. Όσον αφορά τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, διαπιστώθηκε ότι όσο περισσότερο συμμετέχουν τόσο περισσότερες πιθανότητες έχουν να εμφανίσουν κάποιο κίνδυνο. Άρα, οι μαθητές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο δεν είναι τόσο προστατευμένοι από τους συμπεριφοριστικούς κινδύνους τους.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικό κεφάλαιο, έφηβοι, , συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου.

ABSTRACT

Overview: In this research, we studied the dangerous behaviors and sexual health behaviors of students of Heraklion Crete. This study concerns the effect of social capital in a series of dangerous behaviors of young pupils of the sample.

Methodology: The population of the study consisted of 2189 first-class pupils of secondary education, living in rural and urban areas of the Prefecture of Heraklion. The research tool, relates on two weighted tools, social capital was measured with the YSCS (Koutra et al., 2012) and health behaviors measured by the HBSC. The categorization of risk in health behaviors was with Brooks et al (2012). This is a very well-designed score, which shows the actual charge, especially to the use of substances and tobacco. **Results:** According to the five behavioral factors that studies, the present research (smoking, drunkenness from alcohol consumption, condom use, cannabis use and use of other substances) it seems the boys are at greater risk than girls. This seemed to contribute significantly the influence of friends of respondents, where regardless of whether they are boys or girls; friends exert a considerable influence on the emergence of risks, with the boys friends to influence to a greater extent the study sample. As regards the levels of social capital, it was found that the more involved, the more chances they have to show some risk. Therefore, students with high social capital are not as protected from the behavioral risks.

Keywords: social capital, adolescents, behavioral risk factors

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφηβεία είναι μια αναπτυξιακή περίοδος του ατόμου, η τελευταία αναπτυξιακή και χαρακτηρίζεται σαν μια μεταβατική περίοδος κατά την οποία το άτομο περνάει από τη περίοδο της παιδικής ηλικίας, στον κόσμο του ενήλικα. Η μεταβατική περίοδος αυτή, από τη μια ηλικιακή περίοδο στην άλλη, γίνεται σταδιακά και σε χρονικό διάστημα, επτά-οκτώ χρονών περίπου, κατά το οποίο ο έφηβος παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά από τα οποία άλλα θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα την ώριμη (Μαρτσέλι, Μπρακόνιε 2002).

Η φύση της εφηβείας, από μόνη της, με τον ριψοκίνδυνο χαρακτήρα της και την επιθυμία της για δοκιμή, σε συνδυασμό με τις ορμόνες της εφηβείας και της βιοσωματικές αλλαγές που συνοδεύουν αυτή την περίοδο της ζωής του ατόμου μπορεί να κατευθύνει τους νέους προς οποιοδήποτε κίνδυνο.

Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθενται οι έφηβοι είναι πολλοί σε σχέση κυρίως με την υγεία τους. Συμπεριφορές υγείας, κατά τον Τούντα (2007), είναι οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και η κατανάλωση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, ο ύπνος, η οδική και η σεξουαλική συμπεριφορά, οι οποίες επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, άλλοτε πρωτογενώς και άλλοτε δευτερογενώς, στη διαμόρφωση του φαινομένου της υγείας.

Ο όρος «κοινωνικό κεφάλαιο» αποτελεί προϊόν των θεσμών, των σχέσεων και των κανόνων που διαμορφώνουν τη ποιότητα και τη ποσότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων της κοινωνίας. Δηλαδή, η λειτουργία του κοινωνικού κεφαλαίου ορίζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και των θεσμών μιας κοινωνίας. Επιπλέον, υπάρχει στενή σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου με την κοινωνική αλλαγή, όπου σημαντικό ρόλο καθορίζει η συμμετοχή των νέων σε αυτό (Ζαϊμάκης, 2011).

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη μελέτη της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και στις σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας των μαθητών του νομού Ηρακλείου. Δηλαδή, επικεντρώνεται στις συμπεριφορές υγείας, του καπνίσματος, της χρήσης αλκοόλ, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της σεξουαλικής συμπεριφοράς ως οι πλέον επικίνδυνες για τους έφηβους

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι οι επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου απέναντι στη συμπεριφορά κινδύνου και τη σεξουαλική υγεία των

μαθητών καθώς και η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στις επικίνδυνες συμπεριφορές κινδύνου των εφήβων.

Για την εκπόνηση του ερευνητικού μέρους της εργασίας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα με ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο, αναφέρεται, στην εφηβεία, περιγράφει τους κίνδυνους στις συμπεριφορές υγείας και στη σεξουαλική υγεία των εφήβων. Επίσης, αναλύει τις θεωρητικές προσεγγίσεις που αφορούν τις συμπεριφορές υγείας και τέλος αναφέρει επιδημιολογικά δεδομένα αναφορικά με τις συμπεριφορές υγείας σε Ελλάδα και Ευρώπη.

Το δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφει, το κοινωνικό κεφάλαιο και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων. Ακόμη, αναπτύσσει τις θεωρητικές προσεγγίσεις περί κοινωνικού κεφαλαίου και τέλος αναφέρει επιδημιολογικά δεδομένα από Ελλάδα και από Ευρώπη των θεματικών ενοτήτων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Τέλος, το τρίτο κεφάλαιο, αναλύει, τον τρόπο επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των εφήβων στις επικίνδυνες συμπεριφορές και σεξουαλικής υγείας των εφήβων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 :

**ΕΦΗΒΕΙΑ: ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.
ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.**

1.1) ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη ψυχολόγο-παιδοψυχολόγο Καππάτου (2007), η περίοδος της εφηβείας είναι η εγκατάλειψη του κόσμου της παιδικότητας και η είσοδος στο «κόσμο» της ενηλικίωσης, όπου συντελούνται μεγάλες αλλαγές στα οργανικά-βιολογικά και στα ψυχικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα του ατόμου. Το ξεκίνημα της εφηβείας, αν και για τους περισσότερους είναι ασαφές και δε προσδιορίζεται, τοποθετείται περίπου στην ηλικία των δέκα – δεκατριών ετών (10-13), όπου και σηματοδοτείται η έναρξη της ήβης, για τα αγόρια και τα κορίτσια με διαφορετικό τρόπο (Μαρτσέλι και Μπρακόνιε 2002).

Οι Μαρτσέλι και Μπρακόνιε (2002) συμπληρώνουν πως η εφηβεία είναι μια αναπτυξιακή περίοδος του ατόμου και χαρακτηρίζεται σαν μια μεταβατική περίοδος. Η μεταβατικής περιόδου αυτή, από τη μια ηλικιακή περίοδο στην άλλη, γίνεται σταδιακά και σε χρονικό διάστημα επτά- οκτώ (7-8) χρονών περίπου, κατά το οποίο ο έφηβος παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά από τα οποία άλλα θυμίζουν τη παιδική ηλικία και άλλα την ώριμη. Αντίθετα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) πρεσβεύει πως η συγκεκριμένη περίοδος ζωής είναι από δέκα έως δεκαεννιά έτη (10-19) και έχει με έμφαση τονίσει, ότι, η υγιής εξέλιξη των ατόμων που βρίσκονται σε αυτή τη περίοδο ζωής, οφείλει να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους κάθε κοινωνίας. Σε αντίθετη έκβαση οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις θα είναι τεράστιες.

Επίσης, αξίζει ν' αναφερθεί πως η εφηβεία χωρίζεται αναπτυξιακά σε τρεις περιόδους:

1. Στην πρώιμη εφηβεία (10-14)
2. Στη μέση εφηβεία (14-17)
3. Στην όψιμη εφηβεία (πάνω από 17).

Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης, αποτελείται από έφηβους ηλικίας 15 έως 17 ετών, όπου και ανήκουν στην αναπτυξιακή περίοδο της μέσης εφηβείας.

Όσον αφορά το οργανικό- βιολογικό κομμάτι των αλλαγών, (το βιολογικό μέρος της εφηβείας, είναι η λεγόμενη ήβη), πρόκειται για τις προπαρασκευαστικές βιοσωματικές αλλαγές που οδηγούν στη σεξουαλική ωρίμανση και παρουσιάζεται διαφορετικά σε κορίτσια και αγόρια, με κοινό παρονομαστή τις αλλαγές στο σώμα του έφηβου ατόμου, την εμφάνιση ορμών και στην έκκριση ορμονών (οιστρογόνων για τα κορίτσια, ανδρογόνων για τα αγόρια). Οι αλλαγές αυτές πραγματοποιούνται σταδιακά και βαθμιαία. Σε γενικές γραμμές, το σώμα και στα δυο φύλλα, διαμορφώνεται ως εξής: α) ανάπτυξη των άκρων του εφήβου (χέρια, πόδια, παλάμες), β) μεταβάλλεται το περίγραμμα του σώματος, γ) εμφάνιση τριχοφυΐας στο εφήβαιο και κάτω από τις μασχάλες, τα γεννητικά όργανα, δ) αύξηση και ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων, εμφάνιση έμμηνου ρύσης για τα κορίτσια (Ντόλτο και Τόλτις, 2007).

Εν συνεχεία, όπως ήδη αναφέραμε, η φύση της εφηβείας επιφέρει αλλαγές και στο ψυχοκοινωνικό κομμάτι του ατόμου. Κατά τη Καναβού και συν. (2011), η εφηβεία είναι μια περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας τα άτομα εκτίθενται σε ποικιλία εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων, οι οποίες εκδηλώνονται συχνά με ψυχοσωματικά συμπτώματα. Σε συνδυασμό με τις ραγδαίες αλλαγές σε βιολογικό επίπεδο, οι αλλαγές αυτές αλληλεπιδρούν και στο γνωσιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο του έφηβου.

Σχετικά με το γνωσιακό επίπεδο του έφηβου, ξεκινά η αφηρημένη σκέψη και η συνειδητοποίηση των συνεπειών των πράξεων του. Όσον αφορά, το ψυχολογικό επίπεδο, κατ' αυτήν την ηλικιακή περίοδο, ο κάθε έφηβος εξερευνά τα όρια του, αναζητά τη ταυτότητα του (κοινωνική, σεξουαλική κ.ο.κ), επιδιώκει αυτονομία και ανεξαρτησία, έχει θέσει σε σημαντικά υψηλό βαθμό τη σχέση με τους συνομήλικους τους και αντιδρά έντονα στη «γονεϊκή εξουσία».

Επιπλέον, σε κοινωνικό επίπεδο, ο έφηβος υιοθετεί τα πρότυπα συμπεριφοράς και τους κώδικες επικοινωνίας της ομάδας. Εντός των κοινωνικών και φιλικών επαφών του έφηβου με άλλα άτομα, συμβαίνει το εξής: ο έφηβος προσπαθεί να «αναδειχθεί» στη παρέα και να κερδίσει την αποδοχή της, έτσι μπαίνει στη διαδικασία να δοκιμάσει να ξεπεράσει τα όρια και τις ικανότητες του, δηλαδή ανταγωνίζεται τον ίδιο του τον εαυτό και τη παρέα για να κερδίσει την αποδοχή. Για ένα έφηβο άτομο

που δεν έχει διαμορφωθεί ακόμα ψυχοκοινωνικά, η αποδοχή του από τα άλλα άτομα αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι της ζωής του, καθώς η απόρριψη ή περιθωριοποίηση κατά την εφηβεία δημιουργεί τρομερές δυσκολίες και αποτρέπει την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου (Κούρια, 2014).

Παράλληλα, πραγματοποιείται η δυναμική έναρξη αναζήτησης της σεξουαλικής του ταυτότητας, το ερωτικό ενδιαφέρον, η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας και τέλος παρουσιάζουν συχνότερα, ριψοκίνδυνες συμπεριφορές (Βοσνιάδου, 2001). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μέσα από χρόνιες μελέτες επί του θέματος έχει καταλήξει πως οι έφηβοι θεωρούνται ένας πληθυσμός υγιής και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η θνησιμότητα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι μικρότερη από αυτή των παιδιών ή των ηλικιωμένων. Παρ' όλα αυτά, πολλοί έφηβοι πεθαίνουν πρόωρα λόγω ατυχημάτων, αυτοκτονιών, βίας, επιλοκές στην εγκυμοσύνη και άλλες ασθένειες. Πολλοί άλλοι έφηβοι υποφέρουν χρόνια από προβλήματα υγείας και αναπηρίας. Επιπλέον, πολλές σοβαρές ασθένειες στην ενήλικη ζωή έχουν τις ρίζες τους στην εφηβεία. Για παράδειγμα, η χρήση του καπνού, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του ιού HIV, οι κακές διατροφικές συνήθειες και η έλλειψη της άσκησης, μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια ή πρόωρο θάνατο κατά την μετέπειτα ζωή του ατόμου.

Επίσης, ο Hale και Viner (2012), επιβεβαιώνουν πως η περίοδος της εφηβείας έχει θεωρηθεί πεδίο αυξημένης εκδήλωσης επικίνδυνης συμπεριφοράς. Αυτή η υπόθεση έχει υποστηριχθεί από μια πληθώρα εμπειρικών στοιχείων και, πρόσφατα, από τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία που έχουν προσδιοριστεί ως βασικός μηχανισμός για τη γενική επιδείνωση της υγείας των εφήβων σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες.

Συνοπτικά, λαμβάνοντας υπόψη τις αλλαγές σε όλα τα επίπεδα κατά τη διάρκεια της περιόδου εφηβείας ενός ατόμου, φαίνεται ότι περιγράφουμε ένα ψυχικά ευάλωτο άτομο, επιρρεπή στην εκδήλωση έντονων έως ακραίων συμπεριφορών. Κι όπως τονίζει η Τσιτσικά (2012) «Η εφηβεία είναι γενικώς η ηλικία του παράδοξου, αφού από τη μία κυριαρχούν διαδικασίες ωρίμανσης και βελτίωσης όσον αφορά στη γνώση και τη μάθηση, την επιχειρηματολογία, την αφηρημένη σκέψη και τη λήψη αποφάσεων, ενώ από την άλλη χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές ρίσκου και συχνά έκθεσης σε υπαρκτό κίνδυνο».

1.2) ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Τούντας (2007) ορίζει τις συμπεριφορές υγείας ως: «τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τη διατήρηση και προστασία της, ή την έκθεσή της σε κίνδυνο αποκαλούμε «*συμπεριφορές υγείας*». Καθοριστικό ρόλο για τη προαγωγή και προάσπιση της υγείας παίζει η ανθρώπινη συμπεριφορά, πως το άτομο την αντιλαμβάνεται, το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο που τον περιβάλλει και τα πρότυπα που ασκούν επιρροή σε αυτόν.

Σε παλαιά συγγράμματα των αρχαίων ιατρικών θεωριών, τονίζεται η σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και υγείας σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς, όπου οι παράγοντες της υγείας συνάδουν με τη διατροφή, τη σωματική άσκηση, τη ποιότητα του ύπνου και τις κοινωνικό-σεξουαλικές σχέσεις του ατόμου. Σήμερα είναι ευρέως διαδεδομένο, η σημαντικότητα που διαδραματίζουν διάφορες συμπεριφορές στην εμφάνιση μιας ασθένειας.

Έτσι, οι παράγοντες υγείας που επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, πρωτογενώς ή δευτερογενώς, την υγεία και τη νοσηρότητα είναι οι εξής:

- i. Διατροφικές συνήθειες ατόμου
- ii. Η κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών
- iii. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
- iv. Η φυσική άσκηση
- v. Ο ύπνος
- vi. Η οδική συμπεριφορά
- vii. Η σεξουαλική συμπεριφορά

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής, επανέφερε σε ισχύ το επιστημονικό ενδιαφέρον για τους συμπεριφορικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου σε συνάρτηση με το ενδιαφέρον για τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις του φαινομένου αυτού (Τούντας, 2007). Ωστόσο, οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται ως υγιής κατά τους Belloc και Breslow (1972),

Belloc (1973), Breslow και Enstrom (1980), οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στα επίπεδα θνησιμότητας και τη συμπεριφορά σε δείγμα 7.000 ατόμων βρήκαν ότι επτά συμπεριφορές σχετίζονται με την καλή κατάσταση υγείας:

1. 7-8 ώρες ύπνου ημερησίως
2. πρόγευμα κάθε μέρα
3. όχι κάπνισμα
4. σπάνια λήψη φαγητού ανάμεσα στα γεύματα (τσιμπολόγημα)
5. διατήρηση ιδανικού βάρους
6. μικρή ή καθόλου χρήση αλκοόλ
7. τακτική άσκηση

Τα παραπάνω δείχνουν ότι αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο πως τα άτομα μπορούν να συνεισφέρουν στη διασφάλιση της υγείας τους και της ποιότητας ζωής τους, είτε υιοθετώντας συμπεριφορές που ενισχύουν την υγεία (π.χ. συχνή άσκηση), είτε μεταβάλλοντας τις συμπεριφορές που επιδεινώνουν την υγεία (π.χ. σταμάτημα του καπνίσματος).

Στη παρούσα πτυχιακή, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται, στις συμπεριφορές υγείας, του καπνίσματος, της χρήσης οινοπνευματώδη ποτών, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της σεξουαλικής συμπεριφοράς ως οι πλέον επικίνδυνες συμπεριφορές για τους έφηβους.

1.3) ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Οι επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας (health risk behaviors), κατά τους Steptoe και Wardle (2004, p. 123-145), είναι οι «συμπεριφορές που σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναδειχθεί ως παράγοντες αύξησης του κινδύνου είτε για τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου είτε για την εμφάνιση συγκεκριμένων ασθενειών ή τραυματισμών». Οι συμπεριφορές αυτές θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε έναν επικίνδυνο για την υγεία τρόπο ζωής. Οι ίδιοι επισημαίνουν πως, οι

συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία επηρεάζουν επίσης τις γνωστική απόδοση, τα συναισθήματα και τη συνολική ποιότητα ζωής. Ο αντίκτυπος αυτών των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία είναι τέτοιου μεγέθους που έχει γίνει μία από τις προτεραιότητες των πιο σημαντικών εθνικών και διεθνών οργανισμών υγείας (Rutter and Quine, 2004)

Σχετικά με τους κινδύνους στις συμπεριφορές υγείας των εφήβων η Τσιτσικά, (2012) εξηγεί από μια νευρολογική επιστημονική οπτική, πως οι έφηβοι γοητεύονται από τον κίνδυνο, λόγω μια περιοχής του εγκεφάλου (ονομάζεται προμετωπιαίος φλοιός- prefrontal cortex) που είναι απαραίτητη για τις γνωσιακές διεργασίες, όπως η λήψη αποφάσεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, ο σχεδιασμός μελλοντικών αποφάσεων, η κατάκτηση στόχων και η αποτίμηση των αποτελεσμάτων στο μέλλον, όπου αναπτύσσεται τελευταία. Η πεποίθηση, ότι δηλαδή οι έφηβοι είναι επιρρεπείς στις ρισκοκίνδυνες συμπεριφορές λόγω σταδιακής ανάπτυξης της συγκεκριμένης περιοχής του εγκεφάλου, κυριαρχούσε.

Ωστόσο, έχει αποδειχθεί πως η ρισκοκίνδυνη συμπεριφορά δεν οφείλεται απόλυτα σε ανεπαρκή γνώση ή νοητική ανεπάρκεια, απλά συγκριτικά μ' ένα ενήλικο άτομο , το έφηβο άτομο αντιλαμβάνεται σε ίδιο βαθμό και είναι γνώστης του κινδύνου, παρουσιάζει παρόμοια αισθήματα εκτίμησης του κινδύνου και δείχνει το ίδιο ευάλωτος απέναντι του. Επομένως, σε γενικές γραμμές, η διαφορά τους εντοπίζεται στο ότι οι έφηβοι παραμένουν ψυχοκοινωνικά ανώριμοι, κάτι το οποίο σταδιακά αναπτύσσεται μέχρι τη νεαρή ενήλικη περίοδο της ζωής τους.

Ορισμένοι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη γενικότερα μειωμένη ικανότητα των εφήβων να λαμβάνουν πάντα σωστές αποφάσεις είναι η άσκηση πίεσης για ενέργειες ή συμπεριφορές από συνομηλίκους τους, οι προκαταλήψεις, η περιέργεια που πηγάζει έμφυτα κατά την περίοδο της εφηβείας και τέλος οι ανεξέλεγκτες παρορμήσεις που διακατέχουν τους έφηβους. Όλα αυτά προκαλούν μια κατάσταση συναισθηματικής αστάθειας στο έφηβο άτομο , που αδυνατεί να ελέγξει το συναίσθημα του και είναι επιρρεπής στην εκδήλωση επικίνδυνης για την υγεία του, κι όχι μόνο, συμπεριφορά.

Τα τρία είδη κινδύνων, που απασχολούν τους έφηβους σύμφωνα με τους Μαρτσέλι και Μπρακόνιε (2002), είναι α) ο κίνδυνος του άγχους, β) ο κίνδυνος της κατάθλιψης και γ) ο κίνδυνος της εξάρτησης. Έτσι, επιβεβαιώνεται, πως οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθενται οι έφηβοι είναι πολλοί σε σχέση κυρίως με την υγεία τους. Πιο

συγκεκριμένα, ο κίνδυνος του άγχους αφορά την έναρξη της «ήβης» και κατά συνέπεια, τη μεταμόρφωση του σώματος, τη κρίση ταυτότητας, την διαμόρφωση των σχέσεων του εφήβου με το περιβάλλον του (γονείς, συνομήλικοι, φίλοι, ενδιαφέροντα και ανάγκες του έφηβου). Ο κίνδυνος της κατάθλιψης, σχετίζεται με την προσπάθεια του έφηβου να εγκαταλείψει την παιδική ηλικία, η οποία συμπεριλαμβάνει μια σειρά από αλλαγές όπως η αποποίηση της γονικής προστασίας, της παιδικής αθωότητας και την έντονη αίσθηση της ανεξαρτησίας που τον καταβάλλει. Ο κίνδυνος της εξάρτησης, που προκύπτει συνήθως από την ανικανότητα παραίτησης που συνεπάγεται οποιαδήποτε επιλογή. Αφορά κυρίως, την αναζήτηση και αποδοχή του ερωτικού ενδιαφέροντος για το αντίθετο φύλλο και παραπέμπει σε επικίνδυνες εξαρτήσεις που μπορεί να εκδηλώσει με τη κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Κατά τη Κούρια (2014), τα πιθανότερα ψυχολογικής φύσεως προβλήματα και συμπεριφορές που ελλοχεύουν κίνδυνο κατά την εφηβεία, είναι:

- Η κατάθλιψη
- Σκέψεις αυτοκτονίας
- Οι κρίσεις πανικού
- Οι παραβατικές συμπεριφορές
- Η επιθετικότητα
- Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα
- Η χρήση ουσιών
- Τάσεις φυγής από το σπίτι
- Οι διαταραχές στη διατροφή (ανορεξία- βουλιμία)
- Η εγκατάλειψη του σχολείου
- Η κοινωνική απόσυρση

Όπως επισημαίνει και η Καππάτου (2007), οι κίνδυνοι είναι απαραίτητο μέρος του εφηβικού πειραματισμού. Η κρίσιμη περίοδος της εφηβείας, αποτελεί μια

περίοδος συνεχής επιθυμίας για δοκιμή και πειραματισμούς, όπου εκεί «κάνει πιο εύκολο» στον έφηβο να έρθει για πρώτη φορά σε επαφή με το αλκοόλ, το τσιγάρο και τις εξαρτησιογόνες ουσίες, ώστε να εξυπηρετήσει τη περιέργεια του. Έτσι αν και οι περισσότεροι έφηβοι περνάνε τη περίοδο αυτή ομαλά, για μια σημαντική μειοψηφία, οι επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η χωρίς χρήση προφυλακτικού μέσου σεξουαλική δραστηριότητα και η εναλλαγή πολλαπλών συντρόφων, περιλαμβάνονται στη περίοδο της εφηβείας τους, ως κομμάτι εμπειριών.

Οι έφηβοι χρησιμοποιούν αλκοόλ και ναρκωτικά για πολλούς λόγους όπως για παράδειγμα από περιέργεια ή διότι τους δίνει το αίσθημα της υπεροχής, ηλικιακά και ηθικά. Επίσης μπορεί να νομίζουν ότι με αυτό τον τρόπο αποβάλλουν το άγχος, γιατί τους κάνει να νιώθουν καλά ή ακόμη γιατί βλέπουν όχι μόνο τους συνομηλίκους τους αλλά ενήλικες-πρότυπα στο περιβάλλον του εφήβου να πίνουν ή να καπνίζουν. Βέβαια, είναι αδύνατο κάποιος να προβλέψει ποιοι έφηβοι απλά θα δοκιμάσουν και θα σταματήσουν και ποιοι θα συνεχίσουν αναπτύσσοντας εθισμό και σοβαρά προβλήματα. Όμως, εκείνοι που, έχουν ψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν σοβαρά προβλήματα σε σχέση με τη χρήση του αλκοόλ και τα ναρκωτικά είναι αυτοί που έχουν ένα οικογενειακό ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ή αυτοί που πάσχουν από κατάθλιψη. Ακόμη, αυτοί που έχουν χαμηλό αίσθημα αυτοεκτίμησης ή που νιώθουν ότι δεν ταιριάζουν στο κοινωνικό σύνολο και νιώθουν περιθωριακοί, δυσκολεύονται στην αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων, νιώθουν απόρριψη από το κοινωνικό τους περιβάλλον, τους γοητεύει η ριψοκίνδυνη συμπεριφορά διότι στο κόσμο των εφήβων είναι ένδειξη τόλμης και έτσι ρισκάρουν για να αποδείξουν στους άλλους και στους εαυτούς τους ότι είναι άτρωτοι και τέλος εκείνοι που απεγνωσμένα επιθυμούν να ενταχθούν σε μια ομάδα και αναζητούν την αποδοχή, τελικά τη βρίσκουν και καταλήγουν παραδείγματος χάρη, στην ομάδα των παιδιών που καπνίζουν και κάνουν ήδη χρήση ουσιών.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη κατανάλωση αλκοόλ κατά την εφηβεία, όπου όπως ήδη αναφέρθηκε αποτελεί παράγοντα συμπεριφορικού κινδύνου για τον έφηβο, η Τσιτσικά, επισημαίνει, πως το αλκοόλ προσφέρεται «εύκολα» και φέρνει σε επαφή τον έφηβο για πρώτη φορά σε μια οικογενειακή γιορτή ή και από φίλους. Οι έφηβοι συνηθίζεται να πίνουν κατά τις εξόδους τους, στα πάρτι με φίλους, σε μικρές ή μεγάλες ομάδες φίλων ή στο σπίτι φίλου όταν λείπουν οι γονείς του. Κατά την

εφηβεία, η χρήση και δη, η κατάχρηση αλκοόλ είναι φαινόμενο πολυπαραγοντικό, δηλαδή σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, γενετικούς παράγοντες, η λειτουργικότητα της οικογένειας και καθοριστικό ρόλο παίζει η πίεση από τους φίλους (peer pressure). Όταν στην οικογένεια υπάρχει κάποιος γονιός που κάνει κατάχρηση του αλκοόλ ή όταν υπάρχουν οικονομικά, προσωπικά ή επικοινωνιακά προβλήματα, ενδεχομένως οι παράγοντες αυτοί να οδηγήσουν τον έφηβο στη χρήση αλκοόλ. Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ αισθάνονται ότι μπορεί να μειώσει το άγχος τους, να τους διευκολύνει κοινωνικά και να τους βοηθήσει να λειτουργήσουν σεξουαλικά.

1.3.1 Κίνδυνοι στη σεξουαλική υγεία του έφηβου

Η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων μπορεί να χαρακτηριστεί ως ορόσημο της φυσιολογικής τους εξέλιξης ή ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία το όριο συναίνεσης σεξουαλικής επαφής είναι τα δεκαπέντε χρόνια. Κατά την Ηλιάδου και Παλάσκα (2008, σελ. 497-506) οι πρακτικές της σεξουαλικής συμπεριφοράς εντάσσουν θέματα όπως «η αντισύλληψη, ο οικογενειακός προγραμματισμός και η πρόληψη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα».

Η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας κατά τη περίοδο της εφηβείας, ή έστω η αύξηση των σεξουαλικών ορμών, αποτελεί μια περίοδο άγχους και στα δυο φύλλα, που αφορά την εναρμόνιση της σεξουαλικότητας τους κάτι αντικειμενικά δύσκολο σε μια κοινωνία με ραγδαίες αλλαγές και εναλλαγές στους ρόλους των φύλων και της σεξουαλικής απελευθέρωσης. Τα συχνότερα θέματα που απασχολούν τους έφηβους, αφορούν τη σεξουαλική πράξη αυτή καθ' αυτή, τον αυνανισμό, τη σύλληψη και η εναρμόνιση της σεξουαλικής τους ζωής με την ερωτική τους ζωή. Θέματα που συνήθως αδυνατούν να συζητήσουν με τους γονείς τους, καθηγητές-δασκάλους τους και άλλα συγγενικά πρόσωπα. Έτσι, πολλές φορές ο έφηβος περισσότερο τείνει να κινδυνεύει και να πέφτει σε σφάλματα κατά την έναρξη και εξέλιξη της σεξουαλικής του δραστηριότητας, λόγω άγνοιας, έλλειψη εκπαίδευσης και σεξουαλικής αγωγής (Conger, 1981).

Οι Buhí και Goodson (2007) εντόπισαν ότι η πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων σχετίζεται με τρεις παράγοντες: α) την πρόθεσή τους να κάνουν σεξ, β)

το τι νομίζουν ότι θεωρείται φυσιολογικό και αποδεκτό από την παρέα των συνομηλίκων τους, και γ) τον χρόνο που περνούν μόνοι τους στο σπίτι. Επιπρόσθετα, οι Pedlow και Carey (2004) βρήκαν ότι σημαντικό ρόλο στη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων παίζουν οι «νόρμες» που ισχύουν στις παρέες συνομηλίκων τους.

Αναφορικά, οι κίνδυνοι που απειλούν την σεξουαλική υγεία ενός έφηβου ατόμου είναι: α) η εγκυμοσύνη, β) η μετάδοση μιας ή και περισσότερων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (π.χ έρπης, γλαμύδια, σύφιλη, HIV).

Αυτό συμβαίνει, διότι κατά τους Steinberg και Levine (1997) οι έφηβοι δεν προστατεύονται επαρκώς και αυτό γιατί, από την πλευρά των εφήβων:

- Κυριαρχεί ο προσωπικός μύθος: «αποκλείεται να συμβεί σε εμένα να κολλήσω κάποιο νόσημα».
- Κυριαρχεί το αίσθημα της άρνησης, της ενοχής και ο μύθος της σεξουαλικής αθωότητας.
- Υπάρχει άγνοια, λάθος πληροφόρηση: πχ το αντισυλληπτικό χάπι προκαλεί καρκίνο.
- Θεωρούν ότι οι προφυλάξεις καταργούν το αυθόρμητο σεξ.
- Μικρή συχνότητα σεξουαλικών επαφών.
- Νομίζουν ότι είναι δύσκολο να προμηθευτούν αντισυλληπτικά μέσα.
- Φοβούνται ότι οι γονείς τους θα τα ανακαλύψουν και αισθάνονται ντροπή γι' αυτό.

Όμως, σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υπολογίζεται ότι καθημερινά ένα εκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως, μολύνονται από κάποιο Σεξουαλικά Μεταδιδόμενο Νόσημα (WHO, 2007) εκ των οποίων η πλειοψηφία είναι έφηβοι και νεαροί ενήλικες ηλικίας 15- 24 ετών. Διαφαίνεται, έτσι, η σημαντική έλλειψη επιμόρφωσης σε θέματα σεξουαλικής αγωγής στους έφηβους.

Ο έφηβος κατά την Ηλιάδου και Παλάσκα (2008), ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου και παρακάτω θα αναφερθούμε ενδεικτικά στους κυριότερους από τους λόγους αυτούς:

1. Φέρεται με τόλμη στη λήψη σεξουαλικών κινδύνων διότι του αρέσει να πειραματίζετε με τα όρια του.
2. Συνήθως αρνείται να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε προφυλακτικό μέτρο, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία εκείνου και του παρτενέρ του, μη διασφαλίζοντας την υγιή σεξουαλική δραστηριότητα.
3. Πέφτει συχνά, θύμα σεξουαλικής βίας συγκριτικά με άλλες πληθυσμιακές ομάδες.
4. Ανεπαρκή πληροφόρηση για τη μετάδοση των σεξουαλικών νοσημάτων.
5. Αμφισβητεί τους ενήλικους και τους ειδικούς σε θέματα σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ενώ σταδιακά απομακρύνεται από την οικογένεια.
6. Έχει δυσκολία στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Πολλές φορές η ολοένα αυξανόμενη επιρροή των συνομήλικων του τον απομακρύνει από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ενδεδειγμένη ιατρική φροντίδα.
7. Συχνότερη εναλλαγή σεξουαλικών συντρόφων.

1.4) ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΑΙ

ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι Armitage και Conner (2000), σε μια αναθεώρηση στα κοινωνικά πρότυπα γνώσης της συμπεριφοράς υγείας, περιγράφουν τρεις κατηγορίες προτύπων:

α) Κινητήρια Πρότυπα.

Τα κινητήρια πρότυπα είναι βασισμένα, στην υπόθεση ότι η κίνηση είναι αρκετή για την επιτυχή συμπεριφοριστική θέσπιση και επομένως εστιάζουν στους κινητήριους παράγοντες που καθορίζουν τη συμπεριφορά. Όπως η πρόθεση, θεωρείται ο καθοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς χρησιμοποιείται ευρέως ως εξαρτώμενη μεταβλητή που βασίζεται για τα κινητήρια πρότυπα (Godin και Kok, 1996). Κατά τους Baban και Craciun (2007) τα κινητήρια μοντέλα, έχουν δημιουργηθεί για να προβλέψουν τη συμπεριφορά υγείας σε ιδιαίτερα συγκεκριμένες στιγμές. Διαμορφώθηκαν επίσης προκειμένου ν' ανακαλυφθούν παράμετροι που καθορίζουν τη συμπεριφορά υγείας και αξιολογούν τη δυνατότητα πρόβλεψης της.

β) Συμπεριφοριστική Θέσπιση

«Τα συμπεριφοριστικά πρότυπα θέσπισης της συμπεριφοράς έχουν αναπτυχθεί ως απάντηση στις κριτικές που αφορούν τα κινητήρια πρότυπα. Οι μελετητές των κινητήριων προτύπων, περιγράφουν την ύπαρξη χάσματος ανάμεσα στο σχηματισμό των προθέσεων και των πραγματικών ενεργειών» (Sniehotta, Scolz, & Schalwarzer, 2005, p. 565–576)

γ) Πολυβάθμια πρότυπα

Τελευταίο αλλά όχι μείζονος σημασίας, είναι οι πολυβαθμιαίες θεωρητικές προσεγγίσεις που χαρακτηρίζονται σύνθετες επειδή περιλαμβάνουν τις μεταβλητές που διευκολύνουν την υιοθέτηση της συμπεριφοράς καθώς επίσης και των μεταβλητών που εγγυώνται τη συντήρηση της (Armitage and Conner, 2000).

Κατά τον Παπαθανασίου, Β. (2009), οι πιο διαδεδομένες θεωρητικές προσεγγίσεις της συμπεριφοράς της υγείας, έως τώρα που έχουν καταρτίσει μαθησιακές θεωρίες και κοινωνικό-γνωστικά μοντέλα, είναι:

- α) η «θεωρία της έλλογης δράσης» (Reasoned Action Theory),
- β) το «μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία» (Health Belief Model),
- γ) το «μοντέλο δράσης για την υγεία» (Health Action Model),
- δ) το «μοντέλο προαγωγής υγείας» (Health Promotion Model) και
- ε) η «θεωρία διάχυσης της καινοτομίας» (Diffusion of Innovation Theory).

Οι παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις των συμπεριφορών υγείας, στηρίζονται στις πεποιθήσεις, στάσεις και αξίες του ατόμου. Οι πεποιθήσεις αφορούν όλα όσα το άτομο γνωρίζει ή πιστεύει, οι στάσεις υποδηλώνουν τη προδιάθεση συμπεριφοράς του ατόμου και οι αξίες καθρεπτίζουν τις ηθικές αναφορές του.

1.4.1 Η θεωρία της έλλογης δράσης (Reasoned Action Theory)

Η θεωρία της έλλογης δράσης, αφορά τις ψυχολογικές διαδικασίες κάτω από τις οποίες οι στάσεις του ατόμου προκαλούν την συμπεριφορά του. Συγκεκριμένα, έως τότε επικρατούσε η άποψη ότι η στάση του ατόμου για ένα θέμα θα ήταν εκείνη που θα καθόριζε τη συμπεριφορά του (attitude-behaviour).

Οι θεωρίες της έλλογης δράσης δίνουν βαρύτητα στην κατανόηση και ερμηνεία των παραγόντων/αιτιών (reasons) που οδηγούν στη διαμόρφωση της πρόθεσης για την ανάληψη μιας δράσης. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα αίτια αυτά είναι απαραίτητα και

λογικά ή σωστά. Η διαμόρφωση της πρόθεσης είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς κριτικών αξιολογήσεων (reasoning) στάσεων, κοινωνικών νορμών, εμποδίων κλπ.

Σύμφωνα με τα μοντέλα της έλλογης δράσης, η πρόθεση κάποιου να πραγματοποιήσει μία συμπεριφορά αντιπροσωπεύει το πιο κοντινό αίτιο της συμπεριφοράς. Η πρόθεση αντιπροσωπεύει το κίνητρο ενός ατόμου με την έννοια ενός συνειδητού πλάνου, ή συνειδητής απόφασης ή οδηγίας προς τον εαυτό να αναλάβει μία προσπάθεια για να εκτελέσει την εν λόγω συμπεριφορά. Πρέπει να τονιστεί ότι η ύπαρξη μιας θετικής πρόθεσης (πλάνου) δεν σημαίνει απαραίτητα ότι το άτομο θα ακολουθήσει στη συνέχεια την πρόθεση αυτή (Fishbein και Ajzen, 1975, 1980).

1.4.2 Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (The Theory of Planned Behavior)

Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (Ajzen και Fishbein, 1980; Ajzen, 1991) λειτουργεί ως πρόσθετος παράγοντας πρόβλεψης της συμπεριφοράς. Η βασική υπόθεση της θεωρίας, είναι το γεγονός ότι οι πεποιθήσεις είναι οι θεμελιώδεις καθοριστικοί παράγοντες οποιασδήποτε συμπεριφοράς και ως εκ τούτου, η συμπεριφορά του κινδύνου μπορεί να αλλάξει τροποποιώντας τις βασικές πεποιθήσεις. Σύμφωνα με το μοντέλο, τις τοποθετήσεις, τους κοινωνικούς κανόνες και αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς που αντιπροσωπεύει τον κεντρικό καθοριστικό παράγοντα της συμπεριφοράς. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς, είναι η αντίληψη του ατόμου σχετικά με το βαθμό στον οποίο η εκτέλεση μιας ορισμένης συμπεριφοράς είναι εύκολη ή δύσκολη. Η σχέση μεταξύ του αντιλαμβανόμενου ελέγχου συμπεριφοράς και της συμπεριφοράς δείχνει ότι είναι πιθανότερο να συμμετέχουμε σε συμπεριφορές που δεν έχουμε τον έλεγχο. Ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς επηρεάζεται και από τους εσωτερικούς παράγοντες (δηλ., δεξιότητες, πληροφορίες, δυνατότητες, συναισθήματα, προσωπικές ανασφάλειες) και από τους εξωτερικούς παράγοντες (δηλ., ευκαιρίες, εξάρτηση σε άλλους, εμπόδια). Κατά συνέπεια, ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς καθορίζεται από την αντιληπτή παρουσία ή την απουσία πόρων και ευκαιριών και την αντιληπτή ικανότητα αυτών να προκαλέσουν ή να επηρεάσουν τη συμπεριφορά.

Το μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως επειδή προσφέρει έναν σαφή θεωρητικό απολογισμό των συνδέσεων μεταξύ των τοποθετήσεων, των προθέσεων και της συμπεριφοράς.

Και η θεωρία της έλλογης δράσης και η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς έχουν χρησιμοποιηθεί για να προβλέψουν διάφορες συμπεριφορές υγείας: κάπνισμα, κατανάλωση, οδοντιατρική συμπεριφορά (Conner και Sparks, 1996) και πρόληψη του AIDS (Terry, Gallois & McCamish, 1993).

1.4.3 Το Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model)

Ο Rosenstock (1974) διαπίστωσε ότι διάφοροι παράγοντες όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η εθνικότητα και η ηλικία ασκούσαν μερική επίδραση στην υιοθέτηση μέτρων πρόληψης, παρ' ότι ήταν παράγοντες που δεν μπορούσαν να τροποποιηθούν μέσω της αγωγής υγείας. Από την άλλη πλευρά, οι πεποιθήσεις του ατόμου προσφέρονταν ως μια πολύ καλή ενδιάμεση παράμετρος ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά.

Έτσι το μοντέλο, βασίζεται σε δυο άξονες:

- α) την πρόσληψη μιας απειλής και
- β) την αξιολόγηση της συμπεριφοράς

Η πρόσληψη μιας απειλής, εξαρτάται από δύο παράγοντες, την υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας απέναντι σε μια ασθένεια, δηλαδή την αντίληψη που έχει κάποιος για την πιθανότητα να προσβληθεί από μια ασθένεια, και την υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας μιας ασθένειας, δηλαδή, την αντίληψη για τη σοβαρότητα της ασθένειας. Η αίσθηση σοβαρότητας περιλαμβάνει αξιολογήσεις και για τις κλινικές συνέπειες μιας αρρώστιας (π.χ. θάνατος, ανικανότητα, πόνος) αλλά και για τις κοινωνικές συνέπειές της (π.χ. επίδραση στην εργασία, στην οικογενειακή ζωή, στις κοινωνικές σχέσεις).

Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς, αποτελείται από δυο ομάδες πεποιθήσεων. Πρώτον, την υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη από την υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένου της πρόληψης ή της μείωσης της απειλής για την υγεία. Δεύτερον, την υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, εκτιμώντας τις πιθανές αρνητικές συνέπειες όσον αφορά τη συμπεριφορά πρόληψης (π.χ. παρενέργειες).

Σύμφωνα λοιπόν με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία, όσοι εκτιμούν ένα ζήτημα υγείας ως σοβαρό θεωρούν τους εαυτούς τους ευάλωτους ως προς αυτό και επιπλέον πρεσβεύουν ότι τα οφέλη που θα προκύψουν από την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς πρόληψης, θα είναι περισσότερα από τα εμπόδια άρα έχουν περισσότερες πιθανότητες να την υιοθετήσουν.

Τέλος, αναφέρουμε ενδεικτικά τις τρεις βασικότερες ομάδες συμπεριφορών με στόχο την υγεία, που απευθύνονται σε πολλούς πληθυσμούς στόχους, περισσότερο απ' όλα τα κοινωνικό – γνωστικά μοντέλα.

Αυτές είναι :

1. Οι συμπεριφορές πρόληψης: Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται συμπεριφορές για την προαγωγή της υγείας, όπως διαίτα, άσκηση, διακοπή του καπνίσματος, αλλά και συμπεριφορές όπως οι εμβολιασμοί και η αντισύλληψη.

2. Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με το ρόλο του ασθενή: Οι συμπεριφορές αυτές αφορούν το κατά πόσο ακολουθεί τις υποδείξεις του ιατρού ο ασθενής, αφότου έχει διαγνωσθεί η ασθένεια του.

3. Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας: Αυτές έχουν να κάνουν με τη συχνότητα επισκέψεων των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας είτε για προληπτικούς, είτε για διαγνωστικούς λόγους (Κουλιεράκης, 2009).

1.4.4 Το Μοντέλο δράσης υγείας (Health Action Model)

Η διαδικασία προσέγγισης Δράσης για την Υγεία (HAPA) δείχνουν ότι η υιοθέτηση, η έναρξη και η διατήρηση των συμπεριφορών υγείας πρέπει να θεωρείται ρητά ως μια διαδικασία που αποτελείται από τουλάχιστον δυο φάσεις: το κίνητρο και τη βούληση. Το τελευταίο μπορεί να υποδιαιρεθεί περαιτέρω σε μια φάση σχεδιασμού, τη φάση δράσης, και τη συντήρηση. Φαίνεται ότι η αντίληψη της αυτό-αποτελεσματικότητας διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο σε όλα τα στάδια, μαζί με άλλες έννοιες. Για παράδειγμα, οι αντιλήψεις του κινδύνου χρησιμεύουν κυρίως για να θέσει τις βάσεις για μια διαδικασία περισυλλογής, στη φάση του κινήτρου, αλλά δεν εκτείνονται παραπέρα. Ομοίως, οι προσδοκίες έκβασης είναι κυρίως σημαντικές στη φάση του κινήτρου, όταν τα άτομα ισορροπούν τα πλεονεκτήματα και τα

μειονεκτήματα ορισμένων συνεπειών των συμπεριφορών, αλλά χάνουν την προβλεπτική ικανότητά τους και μετά έχει γίνει μια προσωπική απόφαση. Ωστόσο, αν κάποιος δεν πιστεύει στην ικανότητα ενός ατόμου να εκτελέσει μια επιθυμητή δράση, κανείς δεν θα μπορέσει να εγκρίνει, να ξεκινήσει και να διατηρήσει αυτό (Schwarzer, 2011).

1.4.5 Το Μοντέλο προαγωγής υγείας (Health Promotion Model)

Το μοντέλο προαγωγής της υγείας, προτείνεται από τη Pender (1982 αναθεωρημένο, το 1996) και έχει ως σκοπό να είναι «συμπληρωματικό στα πρότυπα προστασίας της υγείας». Το πρότυπο προαγωγής της υγείας περιγράφει την πολύ-διαστατική φύση των προσώπων όπως αλληλεπιδρούν μέσα στο περιβάλλον τους για να ακολουθήσουν την υγεία. Τα συγκεκριμένο μοντέλο, προάγει τη δράση που κατευθύνεται προς την επίτευξη της θετικής έκβασης υγείας όπως η βέλτιστη ευημερία, η προσωπική εκπλήρωση, και η παραγωγική διαβίωση.

1.4.6 Θεωρία Προστασίας Κινήτρου (Protection motivation theory)

Η θεωρία προστασίας κινήτρου, ανήκει στα κινητήρια μοντέλα. Κατά τον Rogers (1975), η θεωρία υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας σε σχετικά με το φόβο που προκαλεί. Δηλαδή, ένα μέσο επίπεδο φόβου φέρνει τις γνωστικές απαντήσεις που οδηγούν στη συμπεριφοριστική εφαρμογή. Το κίνητρο προστασίας είναι το αποτέλεσμα τόσο της εκτίμησης του κινδύνου όσο και της αντιμετώπισης της εκτίμησης. Η αξιολόγηση του κινδύνου για την υγεία οδηγεί το άτομο σε προστατευτική πρόθεση απέναντι στο κίνδυνο. Η αντίληψη της ευπάθειας και της σοβαρότητας του κινδύνου εμποδίζει την εμπλοκή του ατόμου σε συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία του. Το συγκεκριμένο μοντέλο: α) διατηρεί και καθοδηγεί τη προστατευτική συμπεριφορά υγείας, β) διευκολύνει την εφαρμογή των προσαρμοστικών συμπεριφορών και μπορεί να μετρηθεί καλύτερα από τις συμπεριφοριστικές προθέσεις. Τέλος, έχει χρησιμοποιηθεί ως πλαίσιο για διάφορες συμπεριφορές: α) μείωση της χρήσης αλκοόλ, β) ενίσχυση των υγιεινών τρόπων ζωής, γ) την άσκηση, δ) την ενίσχυση της διαγνωστικής συμπεριφοράς υγείας και ε) τη πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει

πως η θεωρία προστασίας κινήτρου μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη πρόβλεψη των προθέσεων να υιοθετηθεί η προληπτική συμπεριφορά υγείας. Ωστόσο, η αξιολόγηση του κινδύνου διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή των προστατευτικών συμπεριφορών υγείας μόνο στις περιπτώσεις όπου το άτομο βρίσκεται εκτεθειμένο σε νέο κίνδυνο (Boer και Seydel, 1996).

1.4.7 Το μοντέλο της προθυμίας (Willingness Model)

Σχετικά με τις θεωρητικές προσεγγίσεις των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας, αρκετά από τα μοντέλα που ήδη αναφέραμε όπως το μοντέλο των πεποιθήσεων για την υγεία, το μοντέλο δράσης για την υγεία και η θεωρία προγραμματισμένης συμπεριφοράς, σχετίζονται άμεσα με τις προσεγγίσεις και των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας. Κατά τη Maglica, (2011), τα μοντέλα των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία, επιχειρούν να εξηγήσουν, αφενός, τη βασική υπόθεση ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι βασικά ορθολογική και σκόπιμη και αφετέρου, το μοντέλο της προθυμίας, όπου επιχειρεί να εξηγήσει τις παράλογες και ακούσιες συμπεριφορές κινδύνου που εμφανίζονται μεταξύ των εφήβων, ως αντίδραση στις επικίνδυνες καταστάσεις τις οποίες αντιμετωπίζουν με τον καιρό (Gibbon, & Gerrard, 1995, 1997; Gibbon, Gerrard, Quelette & Burzette, 1998). Εντούτοις, οι έφηβοι σπάνια συμμετέχουν σε συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία τους, μόνοι τους (Nadler and Fisher, 1992).

Επιπλέον, παρατηρείται πως οι έφηβοι έχουν συνήθως σαφείς κοινωνικές εικόνες, δηλαδή πρότυπα, που σχετίζονται με επικίνδυνες συμπεριφορές και που επηρεάζουν την απόφαση τους να συμμετέχουν σε τέτοιες συμπεριφορές. Η θεωρητική προσέγγιση του μοντέλου της προθυμίας έχει εξεταστεί σε ποικίλες συμπεριφορές κινδύνου όπως:

- α) η μη προστατευμένη σεξουαλική επαφή,
- β) η επικίνδυνη οδήγηση,
- γ) το κάπνισμα,
- δ) η κατανάλωση αλκοόλ,
- ε) η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και
- στ) η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ.

Το μοντέλο, υποθέτει ότι υπάρχει ένα απρομελέτητο συστατικό που εμπλέκεται στο κίνδυνο και ονομάζεται προθυμία της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Η προθυμία

ορίζεται, ως το «άνοιγμα» σε επικίνδυνες καταστάσεις ή την έλλειψη της σκέψης του κινδύνου και των πιθανών συνεπειών της επικίνδυνης συμπεριφοράς. Υπάρχουν δυο βασικές διαφορές μεταξύ της προθυμίας και των συμπεριφοριστικών προθέσεων. Η πρώτη διαφορά, αναφέρεται στο διαφορετικό ποσό πρόθεσης για τις υψηλού κινδύνου συμπεριφορές που περιλαμβάνουν αυτές οι δυο έννοιες και η δεύτερη αφορά τη διαφορετική απόδοση της ευθύνης.

Σύμφωνα με το μοντέλο, προθυμία είναι μια λειτουργία που σχετίζεται με τέσσερις παράγοντες:

1) Υποκειμενικοί κανόνες. Ο παράγοντας αυτός, σχετίζεται με την αντίληψη των εφήβων κατά πόσο άλλοι, σχετικοί ή μη, εμπλακούν και εγκρίνουν την επικίνδυνη συμπεριφορά. Αν άλλοι εμπλακούν και αποδεχτούν τη συμπεριφορά κινδύνου, συνεπάγεται με μεγαλύτερη πρόθεση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς κινδύνου (Gibbons, Gerrard & Mc Cox, 1995).

2) Η στάση απέναντι στις συμπεριφορές κινδύνου, ορίζεται ως η αντίληψη των εφήβων για την ευπάθεια στις πιθανές αρνητικές συνέπειες των συμπεριφορών κινδύνου. Δηλαδή, η θεωρητική αυτή προσέγγιση, υποθέτει ότι οι έφηβοι είναι κατά ένα μεγάλο μέρος αμφίθυμοι ως προς τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία. Αυτές οι συμπεριφορές φαίνονται σε εκείνους συναρπαστικές και δελεαστικές, ωστόσο, οι πιθανοί κίνδυνοι μπορεί να τους αναστατώσουν. Οι μελέτες, σε γενικές γραμμές, τονίζουν ότι η μεγαλύτερη προθυμία για συμπεριφορές κινδύνου σχετίζεται με τη χαμηλή αντίληψη της ευπάθειας από το κίνδυνο (Maglica, 2011).

3) Η εμπειρία της συμμετοχής τους σε επικίνδυνες συμπεριφορές κατά το παρελθόν, συνδέεται με τη θετικότερη στάση απέναντι σε αυτές τις συμπεριφορές, τους θετικούς υποκειμενικούς κανόνες και τη προθυμία (Bentler και Speckart, 1981).

4) Η αντίληψη του έφηβου για το πρότυπο- υπόδειγμα του από το κοινωνικό του περιβάλλον ή η αντίληψη του έφηβου για τον συνομήλικό που εμπλέκεται με κάποια συμπεριφορά κινδύνου (Gibbon και Egelstone, 1996; Gibbons, Gerrard, & Lane, 2001). Δηλαδή, κατά γενική συναίνεση στο κόσμο των εφήβων υπάρχει το πρότυπο του έφηβου που καταναλώνει π.χ αλκοόλ ή έχει πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους, όπου η συγκεκριμένη εικόνα συνδέεται άμεσα με τους έφηβους που αποφασίζουν εάν θα συμμετάσχουν σε κάποια συμπεριφορά κινδύνου ή όχι. Όσο θετικά ενισχυμένη από συνομηλικούς είναι η εικόνα του έφηβου- πρότυπο που εμπλέκεται με

επικίνδυνες συμπεριφορές τόσο αυξάνεται η προθυμία του εν δυνάμει έφηβου που εμπλέκεται με συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία του (Maglica, 2011).

1.5 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Έχουμε ήδη αναφερθεί σε κοινωνικές και ψυχολογικές θεωρίες όπου αναγνωρίζουν ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά, στάσεις, αξίες και πεποιθήσεις του ατόμου και το βαθμό της υγείας του. Επομένως, διαπιστώνεται πως η προληπτική διάθεση με σκοπό την αποτροπή της εμπλοκής των εφήβων σε επικίνδυνες συμπεριφορές είναι αναγκαία.

Η εφαρμογή των θεωρητικών προσεγγίσεων σε επίπεδο ατομικό και κοινοτικό, αποτελούν τις πρακτικές που αφορούν συμπεριφορές υγείας και επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας σχετικά με τους έφηβους. Σχετικά λοιπόν με τρόπους δράσης-παρέμβασης ενίσχυσης των συμπεριφορών υγείας και περιορισμό των επικίνδυνων συμπεριφορών για την υγεία των εφήβων, σε όλα τα επίπεδα, προτείνεται : α) η αγωγή υγείας, β) ο οικογενειακός προγραμματισμός και γ) η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θ' αναλυθούν οι παραπάνω πρακτικές και θα αναφερθούμε ενδεικτικά σε δομές που προάγουν τις παραπάνω πρακτικές και που μπορούν οι έφηβοι να απευθυνθούν είτε όταν έχουν εμπλακεί σε κάποιου είδους συμπεριφορά που απειλεί την υγεία τους, είτε για να ενημερωθούν και να προληφθούν τέτοιες συμπεριφορές.

Σύμφωνα, με τον Γκότση (2000), η πρωτογενής πρόληψη (primary prevention), είναι διαδομένο πως αποτελείται σε πληθυσμούς υγιής. Κατά τη ψυχοκοινωνική προσέγγιση, όσον αφορά την ουσιοεξάρτηση «βασίζεται στη θεωρητική άποψη, ότι κάποιος κάνει κατάχρηση ουσιών επειδή δεν έχει τις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες, για να καλύψει τις ανάγκες του, με κοινωνικά λειτουργικό τρόπο». Επίσης, δίνει έμφαση στη καλλιέργεια των στάσεων και των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία και την εκμάθηση δεξιοτήτων, ώστε όλα αυτά να αποσκοπούν στην απόρριψη των επιρροών από το κοινωνικό περιβάλλον για παράδειγμα, η επιρροή από συνομήλικο για χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τέλος, η πρωτογενής πρόληψη, εστιάζει στην ενθάρρυνση και ενίσχυση δεξιοτήτων επικοινωνίας, στη διαχείριση συγκρούσεων και

στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μ' αυτό τον τρόπο προωθεί την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου, ενισχύοντας τους παράγοντες προστασίας και αποδυναμώνοντας τους παράγοντες κινδύνου (Γκότσης, 2000).

1.5.1 Αγωγή Υγείας

Εφόσον, όπως προαναφέρθηκε δε γίνεται να προβλέψεις το κίνδυνο, ούτε ποιος έφηβος θα κινδυνεύει ή θα υποκύψει σε συμπεριφορές που θα τον εκθέσουν σε κίνδυνο απέναντι στην υγεία του, ούτε ποιος θα συνεχίσει να συμπεριφέρεται επικίνδυνα και θα υιοθετήσει αυτές τις συμπεριφορές ως ενήλικας, κρίνεται απαραίτητη η αγωγή υγείας. Δηλαδή, η αγωγή υγείας, θεωρείται η κυριότερη πρακτική πρόληψη, σε όλους τους έφηβους, για την αποτροπή ή καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης ουσιών. Για την εφαρμογή της πρακτικής της αγωγής υγείας, φαίνεται πως το σχολείο αποτελεί το αρμόδιο περιβάλλον όπου μπορεί να εφαρμοστεί. Αυτό γιατί, το σχολικό περιβάλλον του ατόμου αποτελεί πηγή κοινωνικοποίησης γι' αυτό και απαρτίζεται εκτός από τους μαθητές της σχολικής κοινότητας αλλά και από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς οι οποίοι παίζουν καθοριστικό ρόλο, αλληλεπιδρώντας μεταξύ τους και δημιουργώντας σχέσεις επηρεάζουν την εξέλιξη και την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού και του εφήβου. Έτσι, συμπεραίνουμε πως το σχολικό περιβάλλον συνιστά σπουδαίο παράγοντα επίδρασης των νέων, ειδικότερα όταν συνεργάζεται με την οικογένεια και τη τοπική κοινότητα (Τσελέντη, 2010).

1.5.1.1. Σκοπός Αγωγής Υγείας

Κατά τη Τσελέντη (2010), σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των ατόμων, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους.

1.5.1.2 Η Αγωγή Υγείας στην Ελλάδα

Η υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην Ελλάδα, ξεκίνησε κατά τη δεκαετία του 1990 με τη λειτουργία Κέντρων Πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, σε συνεργασία με τις τοπικές κοινότητες, τοπικής αυτοδιοίκησης, του ΟΚΑΝΑ και άλλων τοπικών φορέων.

Κατ' αρχήν, ξεκίνησαν στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και έπειτα ιδρύθηκε το Εθνικό Δίκτυο Αγωγής Υγείας. Τότε (2001-2002), επεκτάθηκαν και στη Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Τα προγράμματα αυτά αποτελούνται από ποικίλα θέματα πέραν της πρόληψης από τη χρήση ουσιών όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τη διατροφή, το AIDS, τη ψυχική υγεία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις διαφυλικές σχέσεις και την αντιμετώπιση του άγχους. Σχετικά με τη διάρκεια τους, διαρκούν από δυο έως έξι μήνες και πραγματοποιούνται από εκπαιδευτικούς ύστερα από ειδική εκπαίδευση.

Σήμερα, τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται πλέον, εκτός ωρολογίου προγράμματος κατά τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, αντίθετα, στη Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση συμπεριλαμβάνονται είτε στο μάθημα της «Ευέλικτης Ζώνης» είτε σε απογευματινές ώρες του ολόημερου σχολείου. Πραγματοποιούνται οργανωμένες συναντήσεις, με εκπαιδευτικούς και μαθητές και κάθε φορά επεξεργάζονται κι από μια θεματική ενότητα.

Τέλος, κάθε χρόνο τα Κέντρα Πρόληψης διοργανώνουν εκπαιδευτικά σεμινάρια και εποπτικές συναντήσεις υποστήριξης για τους εκπαιδευτικούς που αναλαμβάνουν την υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στο σχολείο (Τσελέντη, 2010).

1.5.2 Οικογενειακός προγραμματισμός

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υποστηρίζει πως παγκοσμίως εκατομμύρια έφηβες είναι σεξουαλικά ενεργές και άρα εκτεθειμένες στο κίνδυνο μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και στη μετάδοση κάποιου σεξουαλικά νοσήματος. Ο οικογενειακός προγραμματισμός συνεπικουρεί στην σωστή ενημέρωση και προετοιμασία για το ρόλο της μητρότητας και την ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων με το αντίθετο φύλο. Οι κοινωνίες ανά τον κόσμο παίζουν καθοριστικό ρόλο σχετικά με τη προαγωγή του οικογενειακού προγραμματισμού με όραμα-στόχο την

πληροφόρηση των εφήβων, με απόλυτη εχεμύθεια και αξιοπιστία. (Τσολακίδης, 2004)

1.5.2.1 Ορισμός οικογενειακού προγραμματισμού

«Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι όλες οι ενέργειες που πρέπει να σκεφτεί και στη συνέχεια να αποφασίσει και να υλοποιήσει το νεαρό ζευγάρι για να προγραμματίσει με επιτυχία την οικογενειακή του πορεία και εξέλιξη» (Αθανασιάδου και Λαμπράκη, 2007, σελ. 5). Ο οικογενειακός προγραμματισμός που αποσκοπεί στον έλεγχο των γεννήσεων σχετίζεται με τεράστια οφέλη για τη γυναίκα, τα παιδιά και την κοινωνία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναγνώρισε τον οικογενειακό προγραμματισμό όχι ως επιλογή κάθε ζευγαριού, αλλά ως αναφαίρετο δικαίωμα. Στις αναπτυγμένες χώρες ο οικογενειακός προγραμματισμός αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα των υπηρεσιών υγείας για την ευημερία των πολιτών (<http://www.who.int/>).

1.5.2.2 Ο οικογενειακός προγραμματισμός στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το 1986 καθιερώθηκε εκ νόμου η ανάπτυξη των Κέντρων Οικογενειακού Προγραμματισμού και οι εκτρώσεις. Παρ' όλα αυτά, η Ελλάδα φαίνεται να έχει χαμηλά ποσοστά όσον αφορά τη χρήση σύγχρονων μεθόδων αντισύλληψης και ταυτόχρονα τον υψηλότερο αριθμό εκτρώσεων σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Σήμερα λειτουργούν, σαράντα ένα (41) Κέντρα Οικογενειακού προγραμματισμού, δώδεκα (12) από τα οποία βρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών – Πειραιώς, τρία (3) στη Θεσσαλονίκη και είκοσι δύο (22) σε νοσοκομεία της περιφέρειας.

Η Κρήτη, αποτελεί την εξαίρεση από τα νησιά της Ελλάδας, διαθέτοντας τέσσερα (4) Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού. «Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού ημιαστικών και αγροτικών περιοχών δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες Οικογενειακού Προγραμματισμού αλλά και τα Κέντρα που λειτουργούν κυρίως μέσα στα δημόσια νοσοκομεία εστιάζουν περισσότερο στην ενημέρωση και παροχή υπηρεσιών για Παπ-

τεστ και μαστογραφίες και λιγότερο στην ενημέρωση ζευγαριών για θέματα αντισύλληψης» (<http://www.he-lp-greece.eu/>).

1.5.3 Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση

Οι έφηβοι με σκοπό να δημιουργήσουν ασφαλής σχέσεις, κρίνεται απαραίτητο να δοθούν σε αυτούς και οι απαραίτητες γνώσεις , τις οποίες η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση σαν πρακτική προάγει. Πιο συγκεκριμένα, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δε διαπραγματεύεται μόνο θέματα που αφορούν τις σεξουαλικές επαφές και σχέσεις αλλά και με ζητήματα, όπως τα θέτουν οι Αθανασιάδη και Λαμπράκη (2007):

- «η εικόνα του εαυτού»,
- «η αυτοεκτίμηση»,
- «οι κανόνες ηθικής»,
- «ο αμοιβαίος σεβασμός και η αγάπη».

Η καταλληλότερη ηλικιακή περίοδος για την έναρξη της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης είναι «η πρώιμη παιδική ηλικία» και προτείνεται η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να αποτελεί πεδίο δια βίου μάθησης για το άτομο. Είναι δυνατό η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση να πραγματοποιηθεί με ή χωρίς τη κατεύθυνση των γονέων. Σε περίπτωση, που το παιδί δεν έχει καθοδηγηθεί από τους γονείς του και αναζητήσει μόνο του πληροφορίες, είναι πιθανό να αναπτύξει και να υιοθετήσει απόψεις βασισμένες σε πληροφορίες που θα λάβει από το σχολείο, το διαδίκτυο ή από κάθε μέσο στο οποίο έχει πρόσβαση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, το παιδί να εκτίθεται σε κίνδυνο και σε διαστρεβλωμένες θεωρίες γύρω από το θέμα της σεξουαλικής επαφής και αυτό θα ασκήσει σημαντική επιρροή στη σεξουαλική συμπεριφορά του. (Αθανασιάδη και Λαμπράκη, 2007).

1.5.3.1 Ποιοι κίνδυνοι υπάρχουν από την απουσία ή τη μη-ορθή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων;

Η Φρεγγίδου (2010) πρεσβεύει πως οι κίνδυνοι που διατρέχει ο έφηβος όταν στερείτε σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης ή όταν λαμβάνει μη ορθή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, είναι οι παρακάτω:

1. Η παραπληροφόρηση εκ μέρους των συνομήλικων του εφήβου και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ή το διαδίκτυο, που θα μπερδεύαν τον νέο σε θέματα σεξουαλικών σχέσεων, υγείας, σεξουαλικών νοσημάτων κ.α
2. «Το αίσθημα ενοχής και του φόβου απέναντι στη σεξουαλική πράξη ή απέναντι στο αντίθετο φύλο με ενδεχόμενη τη σύγχυση σεξουαλικής ταυτότητας»
3. «Η διαστρεβλωμένη επαφή με τη σεξουαλικότητα, με αποτέλεσμα να διαμορφώνει το παιδί διαστρεβλωμένη εικόνα εαυτού και κατ' επέκταση χαμηλή αυτοπεποίθηση» (Φρεγγίδου, 2010).

1.5.3.2 Χρήσιμες Ιστοσελίδες από Οργανώσεις και υπηρεσίες στο νομό Ηρακλείου που μπορεί να απευθυνθεί ο έφηβος

- 1) Συμβουλευτικό κέντρο, ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ (<http://www.kethea.gr/>)
- 2) ΚΕΣΑΝ, Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Ηρακλείου Κρήτης (<http://www.kesan.gr/>)
- 3) Συμβουλευτικός σταθμός Νέων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Ηρακλείου (symvstathmos.wordpress.com)

Τηλεφωνικές γραμμές στήριξης

- Γραμμή στήριξης παιδιών και Εφήβων 116111 (Συμβουλευτική Τηλεφωνική Γραμμή της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου Ε.Ψ.Υ.Π.Ε αποκλειστικά για παιδιά και εφήβους): Δευτέρα- Παρασκευή 14:00' – 20:30' (<http://www.tilefonikigrammi.gr>).

- Χαμόγελο του Παιδιού: τηλ: 1056 (για παραμέληση, κακοποίηση, εξαφάνιση και φιλοξενία παιδιών και εφήβων που βρίσκονται σε κίνδυνο) (<http://www.hamogelo.gr>).
- Συνήγορος του Παιδιού: τηλ: 210 7289703, Για την υποστήριξη των δικαιωμάτων του παιδιού και άλλες δράσεις, συμπεριλαμβανομένων επισκέψεων σε σχολεία (<http://www.0-18.g>).

1.6) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα αναφερθούν τα επιδημιολογικά δεδομένα επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας εφήβων, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η σεξουαλική συμπεριφορά υγείας καθώς και διάφορες αντιλήψεις για την υγεία και τις πρακτικές συμπεριφορών υγείας σε Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1.6.1. Σεξουαλική συμπεριφορά εφήβων σε Ελλάδα και Ευρώπη

Κατά τους Μπρακόνιε και Μαρτσέλι (2002), σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους της Γαλλίας τη περίοδο του 1990, διαπιστώθηκε πως περίπου το 50% των εφήβων 15 έως 18 ετών είχε σεξουαλικές σχέσεις και διατηρούσε σεξουαλικές επαφές λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα. Κατά τη πρώτη σεξουαλική επαφή τα $\frac{3}{4}$ των εφήβων δηλώσαν ότι είχαν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό και το $\frac{1}{5}$ αντισυλληπτικό χάπι, ενώ το 10% δεν χρησιμοποίησε καμία προφύλαξη.

Συνεχίζοντας με τα ευρωπαϊκά επιδημιολογικά δεδομένα, το 1998 σε μια έρευνα που εστίαζε σε Ευρωπαϊκές προσεγγίσεις όσον αφορά την εφηβική σεξουαλική συμπεριφορά και ευθύνη, τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας αφορούν τις χώρες της Ολλανδίας, της Γερμανίας και της Γαλλίας και έχουν ως εξής: α) στην Ολλανδία, η πρώτη σεξουαλική επαφή των εφήβων τοποθετείται στην ηλικία των 17 ετών, β) στη Γαλλία και τη Γερμανία ο μέσος ηλικιακός όρος πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι περίπου στα 16 έτη και γ) η Ολλανδία συγκεντρώνει μεγάλα ποσοστά (67%)

σεξουαλικά ενεργών έφηβων κοριτσιών που χρησιμοποιούν ως μέσο αντισύλληψης τα αντισυλληπτικά χάπια (Berne και Huberman, 1998).

Στην Ελλάδα ωστόσο, το 2006 όπου πραγματοποιήθηκε έρευνα για το «Τρόπο Ζωής και Αντιλήψεις Έφηβων Μαθητών», αναφέρεται ότι ένας στους 3 (1/3) έφηβους ηλικίας 15 ετών είχαν τουλάχιστον μια σεξουαλική επαφή και το 6,5% δεν χρησιμοποίησε κανένα μέσο προφύλαξης κατά τη σεξουαλική επαφή (Κίτσος, Κοκκέβη και Φωτίου, 2008). Επίσης σε πανελλήνια έρευνα για τη ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων το 2010, διαπιστώθηκε πως οι έφηβοι 15 ετών σε ποσοστό 28,6%, εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν αγόρια, είχαν μια σεξουαλική επαφή μέχρι τη διεξαγωγή της έρευνας εκ των οποίων ένας στους πέντε (1/5) δεν έλαβε καμία προφύλαξη (Καναβού, και συν., 2010). Τελευταία επιδημιολογικά δεδομένα, στον Ελλαδικό χώρο, το 2011, υπό την αιγίδα του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) και της Ελληνικής Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Ε.Ε.Ι.), υποστήριξε πως τρεις στους δέκα (3/10) έφηβους, πραγματοποιούν μη σωστή χρήση του προφυλακτικού, εκθέτοντας έτσι τον εαυτό τους σε κίνδυνο για τη μετάδοση σεξουαλικών νοσημάτων. Επιπλέον, σε ποσοστό 80% και πάνω των νέων που είναι σεξουαλικά ενεργοί δηλώνουν πως χρησιμοποιούν προφυλακτικό. Τέλος, κατ' αναλογία με τα επιδημιολογικά δεδομένα του ΚΕΕΛΠΝΟ (Ιανουάριος – Οκτώβριος 2011), το 9.96% των δηλωθέντων περιστατικών HIV λοίμωξης στη χώρα μας αφορούν σε νεαρά άτομα ηλικίας 15-24 ετών (<http://www2.keelpno.gr/>).

Επιπρόσθετα, στο Διεθνές Συνέδριο στην Κω, το 2011, παρουσιάστηκαν στοιχεία για τη σεξουαλική συμπεριφορά των ελληνίδων εφήβων καθώς και την ανάγκη εμβολιασμού τους έναντι του HPV. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είχαν τα στοιχεία μελέτης, που διεξήχθη το 2010 σε εφήβους από 20 Γυμνάσια και Λύκεια στην Αθήνα, τα οποία επιβεβαιώνουν ότι οι Ελληνίδες έφηβες παρουσιάζουν ριψοκίνδυνες συμπεριφορές σε ό,τι αφορά στη σεξουαλική τους ζωή. Ειδικότερα κατά την εισήγησή του ο κ. Ευθύμιος Δεληγεώρογλου, Αναπληρωτής Καθηγητής της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, αναφέρθηκε στα επιμέρους αποτελέσματα της μελέτης που δείχνουν ότι:

- «Η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής στις Ελληνίδες έφηβες είναι τα 14.5 έτη,
- Από τους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους, μόνο το 50% χρησιμοποιεί

προφυλακτικό σε κάθε σεξουαλική επαφή και

- Μόνο το 30% χρησιμοποιεί προφυλακτικό σε κάθε επαφή και σε όλη τη διάρκεια.» (Παπαθεοφίλου, 2012).

Απ' την άλλη μεριά, οι Ηλιάδου και Παλάσκα (2008, σελ. 503) τονίζουν πως «Σε πανελλαδική έρευνα των Κρεατσά και συν. αποδείχθηκε ότι το 13,55% των ερωτηθέντων (1026 κορίτσια) άρχισε τις σεξουαλικές επαφές στην ηλικία των 16 ετών και το 14,04% στην ηλικία των 17 ετών, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό νέων (42,3%) χρησιμοποιούσε κάποια μέθοδο αντισύλληψης.»

Το 2007 σε έρευνα που πραγματοποίησε η Μονάδα Εφηβικής Υγείας της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» διαπιστώθηκε σύμφωνα με τα δεδομένα που ανέφερε η επίσημη ιστοσελίδα τους (<http://www.youth-health.gr/>) ότι: «το 16.2% των εφήβων έχει ολοκληρωμένες διεισδυτικές σεξουαλικές επαφές σε ηλικία 15 ετών, ενώ επιπλέον 19.5% των εφήβων δηλώνει κάποιου είδους σεξουαλική εμπειρία εκτός της διεισδυτικής επαφής. Από τους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους μόνο το 31% χρησιμοποιεί το προφυλακτικό με το σωστό τρόπο (σε κάθε σεξουαλική επαφή και σε όλη τη διάρκεια της επαφής)» (Τσιτσικά, 2014)

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι πως έπειτα από τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα, θα ακολουθήσει η δημοσίευση των αποτελεσμάτων της «Πανελλήνιας επιστημονικής έρευνας για τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των εφήβων» (Έρευνα HBSC/WHO, 2014), όπου για την υλοποίηση της στη χώρα μας, έχει υπ' ευθύνη της το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και συμμετέχουν σε αυτή περισσότερες από 40 Ευρωπαϊκές χώρες και της Βορείου Αμερικής. Από την Ελλάδα συμμετείχαν 250 σχολικές μονάδες, συμπεριλαμβανομένου και του νομού Ηρακλείου Κρήτης.

1.6.2 Η χρήση ναρκωτικών ουσιών σε Ελλάδα και Ευρώπη.

Πριν από περίπου δέκα έτη είχε καταγραφεί πως η χρήση ναρκωτικών ουσιών μεταξύ των Ευρωπαίων εφήβων είχε αυξηθεί. Το 2011 αναφέρει από έρευνα σε 36 χώρες από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (OEDT) ότι η χρήση φαίνεται να σταθεροποιείται.

Σε έρευνα με περισσότερους από 100.000 έφηβους ηλικίας 15 και 16 ετών από το Σχέδιο Πανευρωπαϊκής Έρευνας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά στους σχολικούς κύκλους (ESPAD) «αναδεικνύεται ότι η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών που παρατηρήθηκε σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα μεταξύ του 1995 και του 2003 έχει σταθεροποιηθεί» (<http://merimnazois.com>).

Ως εκ τούτου ο μέσος όρος της χρήσης των ουσιών αυτών παρέμεινε ο ίδιος στο 18% μεταξύ του 2007 και του 2011, έναντι 11% που ήταν το 1995 και 20% το 2003. Σύμφωνα με τους Κοκκέβη και συν. (2011), «το 6,5% των εφήβων ανέφεραν ότι δοκίμασαν ή επανέλαβαν τη χρήση εισπνεόμενων ουσιών έως τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, με τα αγόρια να έχουν προβάδισμα σε ποσοστό 8,5%». Επίσης, τα έφηβα αγόρια 15 ετών, είχαν κατακτήσει και το ποσοστό του 5,9% στη δοκιμή της κάνναβης, με συνολικό ποσοστό του δείγματος στη δοκιμή κάνναβης 3.7%.

Σε έρευνα της HBSC (2010) οι Έλληνες έφηβοι κάνουν χρήση/δοκιμή της κάνναβης στο 7,2% ηλικίας 15 ετών, με τα 2/3 να έχουν επαναλάβει τη χρήση τρεις ή και περισσότερες φορές. Έτσι, παρατηρείται διαχρονικά (από το 2006 έως το 2010) αύξηση του ποσοστού χρήσης της κάνναβης στην Ελλάδα (Καναβού και συν., 2010).

Η μεγάλη πλειοψηφία των νεαρών μαθητών, δείχνει έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011, σε 36 χώρες, τα αποτελέσματα της οποίας δόθηκαν πρόσφατα στη δημοσιότητα από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία είχαν ήδη δοκιμάσει παράνομη ναρκωτική ουσία και είχαν κάνει χρήση κάνναβης, διευκρινίζει το OEDT σε ανακοίνωσή του. Κατά μέσον όρο, το 17% των μαθητών δήλωσε ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης, το 13% στη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών και το 7% στη διάρκεια του μήνα που πέρασε.

Τέλος, σύμφωνα με τη Γιαννίρη (2011) σε έρευνα 3.944 μαθητές σε 306 σχολικές μονάδες, ο αριθμός των μαθητών 15 ετών όπου είναι χρήστες κάνναβης αυξάνεται σταδιακά τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με την ESPAD (2007) η Ελλάδα βρίσκεται, μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά στη χρήση κάνναβης στους εφήβους. Έτσι, τα αποτελέσματα της έρευνας αποφάνθηκαν πως το 7,2% των 15χρονων μαθητών, έχει κάνει χρήση κάνναβης (10,6% των αγοριών και 3,7% των κοριτσιών), ενώ τα 2/3 αυτών έχουν επαναλάβει τη χρήση τρεις ή και περισσότερες φορές. Διαχρονικά, καταγράφεται σημαντική αύξηση στη χρήση κάνναβης στους 15χρονους από 3,7% το 2006 στο 7,2% το 2010. Ακόμη, έφηβοι μαθητές που έχουν

κάνει χρήση παράνομης ουσίας, εκτός κάνναβης και έκστασης, έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά σε ποσοστό 3,1% οι 15άχρονοι μαθητές. Χρήση εισπνεόμενων ουσιών, έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά το 8%, των 15χρονων εφήβων και χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών φαρμάκων (χωρίς τη σύσταση γιατρού) έχουν κάνει το 3% των 15χρονων μαθητών (Κοκκέβη και συν., 2010).

Το 2007 υλοποιήθηκε στην Ελλάδα από το ΕΠΠΨΥ η «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών» στα πλαίσια του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος ESPAD. Η έρευνα έγινε σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 10.000 μαθητών ηλικίας 13-18 ετών με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου που συμπληρώνεται από τους μαθητές μέσα στην τάξη. Τα αποτελέσματα της έρευνας διαπίστωσαν πως η χρήση παράνομων ουσιών είναι υψηλότερη στην Αθήνα σε σύγκριση με άλλες περιοχές της χώρας. Η κάνναβη παραμένει ως η πλέον διαδεδομένη ουσία χρήσης (9,8%), ακολουθούμενη με μεγάλη διαφορά από την έκσταση (2,8%), τις αμφεταμίνες (2,6%) το LSD ή άλλα παραισθησιογόνα (2,3%), την κοκαΐνη (2,2%) και τις άλλες ουσίες. Ωστόσο, μεταξύ 1984 και 2007 έχει διπλασιαστεί το ποσοστό των μαθητών που έχουν κάνει χρήση ναρκωτικών στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια δεν καταγράφεται αξιοσημείωτη μεταβολή. Παρακολουθώντας την εξέλιξη του φαινομένου μέσα στο παραπάνω χρονικό διάστημα διαπιστώνεται μια σημαντική αύξηση της χρήσης στα τέλη της δεκαετίας του '90, οπότε και ανακόπτεται στη συνέχεια ως το 2003. Από το 2003 έως το 2007 αύξηση καταγράφεται μόνο στα αγόρια.

Στην Ελλάδα, οι διακρατικές συγκρίσεις δείχνουν πως η χώρα μας μεταξύ των άλλων χωρών κατέχει τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης παράνομων ουσιών στους μαθητές ηλικίας 16 ετών. Επίσης, οι περισσότεροι μαθητές στην Ελλάδα εκτιμούν ως επικίνδυνη τη χρήση ναρκωτικών σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (Φωτίου, 2009).

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο Ν. Ηρακλείου, έχει το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό μαθητών της χώρας αναφορικά με τη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χωρίς τη σύσταση γιατρού. Επίσης, βρίσκεται στη 5^η θέση με το χαμηλότερο ποσοστό στη χρήση έκστασης και τέλος, βρίσκεται στην 8^η θέση, με τα χαμηλότερα ποσοστά στη πρόσφατη χρήση κάνναβης (>1 φορά το τελευταίο μήνα) (ESPAD, 2011).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι πως έπειτα από τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα, θα ακολουθήσει η δημοσίευση των αποτελεσμάτων της «Πανελλήνιας επιστημονικής

έρευνας για τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των εφήβων» (Έρευνα HBSC/WHO, 2014), όπου για την υλοποίηση της στη χώρα μας, έχει υπ' ευθύνη της το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και συμμετέχουν σε αυτή περισσότερες από 40 Ευρωπαϊκές χώρες και της Βορείου Αμερικής Από την Ελλάδα συμμετείχαν 250 σχολικές μονάδες, συμπεριλαμβανομένου και του νομού Ηρακλείου Κρήτης.

1.6.3. Χρήση οινοπνευματώδη ποτών σε Ελλάδα και Ευρώπη.

Από την Μονάδα Εφηβικής Υγείας, αλλά και βασιζόμενοι σε στοιχεία ερευνών στην Ελλάδα φαίνεται πως οι έφηβοι της Ελλάδας αρχίζουν τη κατανάλωση αλκοόλ γύρω στην ηλικία των 12 ετών. Γενικά, η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ στην εφηβεία εξακολουθεί να αποτελεί πρόβλημα στην Ευρώπη, αλλά και στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την ESPAD (2007), η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ στον εφηβικό πληθυσμό παρουσιάζει αυξητική τάση από το 1998 έως το 2007 (ποσοστά 11.7% και 14.8% αντίστοιχα). Ενώ στους μαθητές στην Ευρώπη, η μύρα αποτελεί το κυρίαρχο ποτό, στην Ελλάδα πρώτα σε προτίμηση (24.8%) έρχονται τα ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ (ουίσκι, βότκα). Σημαντική είναι ακόμη η πληροφορία ότι το αλκοόλ είναι η πρώτη εξαρτησιογόνος ουσία που δοκιμάζουν οι έφηβοι (μέσος όρος ηλικίας : 13.2 έτη) (Τσιτσικά, 2014).

Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες σημειώνεται τάση μείωσης της ηλικίας έναρξης της χρήσης αλκοόλ (<13 ετών). Σύμφωνα με τη Τσιτσικά (2014) «οι Ευρωπαϊκές χώρες όπου μαθητές αναφέρουν σημαντικά προβλήματα με τη κατανάλωση αλκοόλ είναι η Βουλγαρία, η Αυστρία, η Λεττονία και η Δανία, ενώ στη χαμηλότερη μέση κατανάλωση βρίσκεται η Κύπρος».

Ο Κίτσος και συν (2006), ερευνώντας τους τρόπους ζωής και αντίληψης των εφήβων μαθητών διαπιστώνουν πως ένας στους πέντε έφηβους μαθητές καταναλώνει αλκοόλ τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα με τα αγόρια να υπερτερούν (23,5%). Ακόμη, το 24,4% έως την ημέρα της έρευνας είχε ένα περιστατικό μέθης, με τα αγόρια να πλειοψηφούν (27,5%). Συνοπτικά, δυο στους πέντε εφήβους 15 ετών, είχε από ένα περιστατικό μέθης.

Σε έρευνα της Καναβού και συν. (2010), ανέφερατε πως: α) ένας στους τρεις έφηβους 15 ετών, πίνει τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και β) ένα στα τέσσερα

αγόρια και ένα στα πέντε κορίτσια 15 ετών, καταναλώνουν σε κάθε έξοδο τους έστω 3 ποτά, γ) ένας στους πέντε εφήβους ηλικίας 11-15 ετών αναφέρει ότι πολλοί φίλοι του πίνουν οινοπνευματώδη.

Από τις έρευνες ESPAD (2007-2011), έχει αναδειχθεί η θεαματική αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των κοριτσιών, η οποία παρατηρήθηκε μεταξύ των ερευνών του 2003 και του 2007 (29% ως 41%) και μειώθηκε ελαφρά το 2011 στο 38%. Το ποσοστό αυτό μειώθηκε από 45% σε 43% μεταξύ των αγοριών. Συγκριτικά με το 2006, το 2010 έχει αυξηθεί σημαντικά το ποσοστό των 15χρονων μαθητών που καταναλώνουν οινοπνευματώδη σε εβδομαδιαία βάση. Συνολικά, η έρευνα ESPAD 2011, δείχνει ότι το 79% των εφήβων μαθητών κατανάλωσαν αλκοόλ κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών και το 57% κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι «συνεχίζονται οι ελαφρές μειώσεις που παρατηρούνται από το 2003» (<http://www.epipsi.gr/>).

Ο Ν. Ηρακλείου, βρίσκεται στη 4^η θέση της χώρας, στη συχνή κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών (>10 φορές το μήνα) , καθώς και στην 8^η θέση με τα χαμηλότερα ποσοστά στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών (ESPAD, 2011).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι πως έπειτα από τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα, θα ακολουθήσει η δημοσίευση των αποτελεσμάτων της «Πανελλήνιας επιστημονικής έρευνας για τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των εφήβων» (Έρευνα HBSC/WHO, 2014), όπου για την υλοποίηση της στη χώρα μας, έχει υπ' ευθύνη της το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και συμμετέχουν σε αυτή περισσότερες από 40 Ευρωπαϊκές χώρες και της Βορείου Αμερικής Από την Ελλάδα συμμετείχαν 250 σχολικές μονάδες, συμπεριλαμβανομένου και του νομού Ηρακλείου Κρήτης.

1.6.4. Η συχνότητα του καπνίσματος σε Ελλάδα και Ευρώπη.

Κατά τα ελληνικά δεδομένα, το 2006, ένας στους πέντε έφηβους έχει δοκιμάσει μια έως δυο φορές τσιγάρο και με το 5,3% του συνόλου του δείγματος να είναι καθημερινός καπνιστής (Κίτσος , Κοκκέβη και Φωτίου , 2008).

Στη συνέχεια, το 2008, δυο στους πέντε έφηβους 15 ετών (42,1%), έχουν καπνίσει τσιγάρο έως μια φορά στη ζωή τους και ένας στους δέκα καπνίζει καθημερινά.

Διαχρονικά, από το 1998 έως το 2010 υπάρχει τάση μείωσης του ποσοστού των δεκαπεντάχρονων εφήβων που καπνίζουν καθημερινά (το 1998 ήταν 13,7% και το 2010 ήταν 10,2%) (Κοκκέβη, Φωτίου, Ξανθάκη και Καναβού, 2010).

Τέλος, η έρευνα ESPAD, το 2011, ανέδειξε πως 12,4% των εφήβων είναι καθημερινοί καπνιστές και τόνισε πως η συνολική τάση όσον αφορά το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών πριν την διεξαγωγή της έρευνας, στις χώρες που μετείχαν στην έρευνα, παρέμεινε η ίδια μεταξύ του 2007 και του 2011, μετά τις μειώσεις που είχαν παρατηρηθεί μεταξύ του 1999 (35%) και του 2007 (28%)», υπογραμμίζει ωστόσο η ευρωπαϊκή υπηρεσία, επισημαίνοντας «πολύ μεγάλες αυξήσεις στην Πορτογαλία και το Μονακό» (<http://merimnazois.com/>).

Ολοκληρώνοντας, τα επιδημιολογικά δεδομένα σε Ελλάδα και Ευρώπη ν' αναφέρουμε επίσης πως όσον αφορά την αντίληψη που έχουν οι έφηβοι για την υγεία τους στην πανελλαδική έρευνα του Κίτσου και συν. (2006) φαίνεται ότι το 94% των εφήβων θεωρούν την υγεία τους καλή (34,1%) ή πολύ καλή (59,9%), ενώ κακή ή μέτρια τη χαρακτηρίζει το 7,6% των εφήβων. Επίσης σχετικά με την σεξουαλική αγωγή που αναφέραμε ως σημαντική πρακτική συμπεριφορών υγείας, σε έρευνα στη Δανία, η πλειοψηφία έχει λάβει σεξουαλική αγωγή στο σχολείο ενώ στην Ελλάδα οι έφηβοι δήλωσαν από τα ΜΜΕ και τους φίλους τους (Ηλιάδη και Παλάσκα, 2008). Τέλος, σε πανελλαδική έρευνα των Κρεατσά και συν.(2001) διαπιστώθηκε πως «το 27,8% των εφήβων έχουν επισκεφθεί κάποιο κέντρο οικογενειακού προγραμματισμού με σκοπό την αντισύλληψη».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ, ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΗ

2.1 Ορισμός Κοινωνικού Κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει οριστεί ως έννοια με ποικίλους τρόπους και έχει εξεταστεί περισσότερο θεωρητικά και λιγότερο εμπειρικά (Λιναρδής και συν., 2012). «Συμπυκνώνει πλήθος από τους οικολογικούς παράγοντες (κοινωνική συνοχή, εμπιστοσύνη, συμμετοχή, ανταποδοτικότητα αλληλεγγύη), που μπορεί να διαμορφώνουν και να τροποποιούν δείκτες υγειονομικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης» (Κριτσωτάκης και συν., 2009, p. 523 - 535). Γενικότερα, το κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται σε άυλους πόρους που ενυπάρχουν στη δομή των κοινωνικών σχέσεων και συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση, την πρόληψη ή και την επίλυση των κοινών προβλημάτων για τα άτομα και τις κοινότητες (Καραβιά και συν. 2008).

Ένας όρος που δόθηκε από τον Bourdieu (1986, p. 241 - 258) για το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ότι «το σύνολο των υπαρκτών ή δυνητικών πόρων που συνδέονται με την κατοχή ενός ανθεκτικού δικτύου περισσότερο ή λιγότερο θεσμοποιημένων σχέσεων αμοιβαίας γνωριμίας και αναγνώρισης». Στη θεωρία του αναφέρει ότι ο όγκος του κοινωνικού κεφαλαίου που κατέχει ένα άτομο εξαρτάται από το μέγεθος του δικτύου των σχέσεων που το άτομο αυτό μπορεί να κινητοποιεί αποτελεσματικά και από το μέγεθος του κεφαλαίου, εννοώντας το οικονομικό, πολιτισμικό ή συμβολικό, που κατέχει το καθένα από τα άτομα με το οποίο αυτό συνδέεται. Τα οφέλη που απορρέουν από τη συμμετοχή σε μία ομάδα είναι η βάση της αλληλεγγύης που τα παράγει (Γιαβρίμης και συν. 2007).

Ανάλογος, είναι ο τρόπος που αντιμετωπίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ο Coleman (1988), ως ένα είδος πόρων διαθέσιμων σε έναν φορέα και ως μία ποικιλία στοιχείων με δύο κοινά στοιχεία (Κολτσίδα, 2012) . Αυτά τα δύο κοινά στοιχεία είναι ότι όλα αποτελούνται από κάποια πτυχή των κοινωνικών δομών και διευκολύνουν ορισμένες ενέργειες των φορέων, είτε είναι άτομα, είτε συλλογικότητες, στο πλαίσιο

της δομής. Έτσι γίνεται, το κοινωνικό κεφάλαιο, αντιληπτό ως ένας πόρος, ο οποίος είναι διαθέσιμος στα άτομα και πηγάζει από το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων που έχουν τα άτομα.

Το κοινωνικό κεφάλαιο αντίθετα ορίζεται από τον Putnam (1993), ως «τα στοιχεία της κοινωνικής οργάνωσης» ή «αποθέματα του κοινωνικού κεφαλαίου» όπως τα δίκτυα, οι κανόνες και η εμπιστοσύνη, τα οποία διευκολύνουν το συντονισμό και τη συνεργασία και τείνουν να αυτοενισχύονται και να συσσωρεύονται (Κολτσίδα, 2012). Όταν μια συνεργασία αξιολογείται επιτυχημένη, προσπαθεί να αποκτήσει εμπιστοσύνη και να χτίζει δεσμούς, γιατί αυτό διευκολύνει μελλοντικές συνεργασίες και γενικότερα, είναι ένας κοινωνικός πλούτος, όπως και αναφέρει ο ίδιος ο Putnam (Κολτσίδα, 2012). Όσοι διαθέτουν κοινωνικό κεφάλαιο, είναι εκείνοι οι οποίοι τείνουν αφομοιώνουν περισσότερο, στο συμβατικό κεφάλαιο. Πλήθος ερευνών αποδεικνύει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο ενισχύει την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής συμβίωσης ή το κοινωνικό κεφάλαιο ενισχύει τα οφέλη από την επένδυση σε φυσικό και ανθρώπινο κεφάλαιο, αφού η συνεργασία είναι ευκολότερη σε μια κοινωνία που έχει την ευλογία να διαθέτει σημαντικό απόθεμα κοινωνικού κεφαλαίου (Κολτσίδα, 2012).

Ο όρος «κοινωνικό κεφάλαιο», δε πρόκειται για μια δεδομένη έννοια παρόλο που χρησιμοποιείται ευρέως (Λιναρδής και συν., 2012). Διάφοροι ερευνητές, από διάφορα επιστημονικά πεδία, έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους γύρω από τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο, με βάση την απλή και όχι απλοϊκή ιδέα, πως οι σχέσεις και οι συσχετίσεις μεταξύ των ατόμων έχουν ιδιαίτερη σημασία και μπορούν να επηρεάσουν θετικά τόσο οικονομικές όσο και τις διαπροσωπικές εκφράσεις της ανθρώπινης συνύπαρξης και της υγείας (Κριτσωτάκης, 2009).

Σύμφωνα με τον Putnam (1993 & 2000), το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να θεωρηθεί πόρος που πηγάζει συλλογική δράση και να έχει αποτελέσματα σε ευρύτατη οικονομική και κοινωνική κλίμακα. Η ακαδημαϊκή κοινότητα έχει δείξει το ενδιαφέρον της για το κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο κατά τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια έχει ενταθεί, παράλληλα με την περίοδο που συμπίπτει με την αύξηση των μεταναστευτικών ρευμάτων, την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, τη ραγδαία εξέλιξη των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και της Επικοινωνίας (ΤΠΕ), καθώς και έχει απασχολήσει εξαιρετικά τους ερευνητές στο χώρο υγείας και πρόνοιας (Σωτηρόπουλος, 2006).

Μπορεί το κοινωνικό κεφάλαιο να σχετιστεί με θετικά αποτελέσματα σε πληθώρα υγειονομικών μεταβλητών και παραμέτρων, ως δείκτης συνοχής και οργάνωσης των κοινωνιών. Όπως έχει προαναφερθεί, το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται ευρέως, αλλά παρατηρούνται μεγάλες δυσκολίες ως προς τη χρήση ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού της έννοιας αυτής και αντικατοπτρίζεται στις πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κάνει τον όρο προβληματικό και αυτό συμβαίνει, γιατί περιλαμβάνει πολλές και διαφορετικές έννοιες, κάποιες φορές αντικρουόμενες μεταξύ τους. Έχει παρατηρηθεί διαχρονικά, ότι το κοινωνικό κεφάλαιο, σε περιόδους καταναλωτισμού και ατομικισμού, η ποσότητα του, μειώνεται σημαντικά σε σχέση με εκείνες που κυριαρχεί μεγάλη οικονομική ύφεση, όπου και υπάρχει αύξηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Έτσι, δεν αποτελεί μία σταθερή μεταβλητή (Mungiu – Pippidi, 2004).

2.2 Ιστορική Αναδρομή

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να συνδεθεί με την εμφάνιση του ανθρώπου πάνω στη γη και αυτό διότι, εξ αρχής οι άνθρωποι για να μπορέσουν να επιβιώσουν, ανέπτυξαν σχέσεις αλληλεξάρτησης και αλληλοβοήθειας και έπειτα δημιούργησαν τις κοινωνίες όπου εκεί οι σχέσεις, πήραν μορφή κοινωνικών δικτύων. Κατά το πέρασμα των ετών, το κοινωνικό κεφάλαιο μετεξελίχθηκε και απετέλεσε αντικείμενο έρευνας και μελέτης πολλών κοινωνικών επιστημόνων και οικονομολόγων (Κριτσωτάκης και συν. , 2008).

Ο Alexis de Tocqueville, έθετε εν αγνοία του, τις βάσεις για αυτό που στη σημερινή εποχή αποκαλείται *κοινωνικό κεφάλαιο*, σχολιάζοντας το 1832, ότι η δημοκρατία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (ΗΠΑ), κατά κύριο λόγο στηρίζεται σε οργανώσεις και ομάδες, χωρίς κάποια θεσμική υποχρέωση από τους πολίτες. Ίχνη της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου βρίσκονται και στα έργα των μεγάλων κλασσικών κοινωνιολόγων στα τέλη του 19ου αιώνα (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Μεταξύ άλλων, ο Marx στο έργο του «Κεφάλαιο», αναφέρει ότι το οικονομικό κεφάλαιο συνιστά μια κοινωνική σχέση (Κριτσωτάκης και συν., 2009).

Σύμφωνα με τον Farr (2004), ο όρος *κοινωνικό κεφάλαιο* χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στις αρχές του 20ου αιώνα από τον παιδαγωγό και φιλόσοφο Deway

(1900a, 1909b, 1915c), ο οποίος είναι ερευνητής, παιδαγωγός και φιλόσοφος και θεωρείται πατέρας του «κοινωνικού ή κριτικού πραγματισμού» (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Επίσης την ίδια άποψη έχει και η παιδαγωγός και ερευνήτρια Hanifan (1916). Η χρήση του όρου από τους παραπάνω θεωρητικούς φαίνεται να είναι ανεξάρτητη η μία από την άλλη, δηλαδή δεν υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν σήμερα ότι υπήρχε κάποια μορφή αλληλεπίδρασης στις θεωρητικές τους αναλύσεις (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Ο Dewey (1900 & 1909) στόχευε στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, μέσα από μια διαδικασία εποικοδομητικής κριτικής, έχοντας την αρχή ότι «κοινωνική οργάνωση σημαίνει το να συνδέεται με άλλους» (Κριτσωτάκης και συν., 2009, p. 523 - 535). Ανάλογες αναφορές μπορούν να βρεθούν στις εργασίες της Hanifan (1916), όσο ήταν επικεφαλής των Δημόσιων Σχολείων στην πολιτεία της Δυτικής Βιρτζίνια και αφορούσαν πρωτοβουλίες που είχε πάρει, «ώστε να αναπτύξει αυτό που φαινόταν κατεστραμμένο και υπεύθυνο για διάφορα αρνητικά προβλήματα στις αγροτικές περιοχές της Αμερικής: το σαθρό κοινωνικό ιστό» (Szreter and Woolcock, 2004, p. 650 - 667).

Πατέρας της κοινωνιολογίας θεωρείται ο Durkheim (1902), στο βιβλίο του με τίτλο *«Αυτοκτονία»*, έκανε μια έρευνα για το φαινόμενο της αυτοκτονίας και τελικά, κατέδειξε ότι ασκούν αποτρεπτική δράση στα άτομα για αυτοκτονίες εγωιστικού τύπου, ορισμένα κοινωνικά δίκτυα, όπως για παράδειγμα οι ομάδες καθολικών (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Η επίδραση του Weber στην προβληματική του κοινωνικού κεφαλαίου είναι έμμεση. Επίσης, ο Gramsci την περίοδο 1929 – 1935, εισάγει την έννοια της «κοινωνίας των πολιτών» (*societa civile*), και βάσει αυτής, ορίζει τις κοινωνικές σχέσεις και τους οργανισμούς και στη συνέχεια τη διακρίνει από την «πολιτική κοινωνία» (*societa politica*), δηλαδή το κράτος, τους θεσμούς και το νομικό καθεστώς (Κριτσωτάκης και συν., 2009).

Το 1960 η οικονομολόγος Jacobs (1962), υποστήριξε ότι τα κοινωνικά δίκτυα είναι ο πλούτος των πόλεων, αυτά δημιουργούν και συντηρούν το κοινωνικό κεφάλαιο και όταν αυτά καταρρέουν, η οικονομική ανάπτυξη σταματάει. Στα μέσα της δεκαετίας του '70, με τη συνεισφορά του Loury (1977), Coleman (1988 & 1990), Bourdieu (1997) και Putnam (1993 & 2000), ο όρος αρχίζει να χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά αλλά δεν είναι σαφής και η έννοια ταυτίζεται με τον τρόπο που αποδίδεται σήμερα (Κριτσωτάκης και συν., 2009).

2.2.1. Τύποι κοινωνικού κεφαλαίου

Στο κοινωνικό κεφάλαιο διακρίνουμε τρεις τύπους:

- 1) *Το γεφυρωμένο κοινωνικό κεφάλαιο (bridging)* το οποίο ενδιαφέρεται για εθελοντικούς συνδέσμους και οριζόντιους δεσμούς, οι οποίοι βασίζονται στο κοινό ενδιαφέρον το οποίο υπερβαίνει τις ετερογενείς διαφορές των κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων, εθνοτήτων και θρησκειών (Cheong et al., 2007). Εμφανίζεται μεταξύ ατόμων που έχουν αδύνατους δεσμούς σε μια ετερογενή δομή ομάδας. Είναι δύσκολο να συνειδητοποιηθεί επειδή οι άνθρωποι γενικά δε τείνουν να δουν πέρα από τις στενές κοινωνικές ομάδες τους, σε σύγκριση με τη σύνδεση. Σέβεται περισσότερο την κοινωνική συνοχή, αφού είναι πιο επίφοβο ότι οι εθνικές μειονοτικές ομάδες δένονται μέσα στις κοινότητές τους κατά την ενσωμάτωση του στην ευρύτερη κοινωνία (Osby, 2008).
- 2) *Το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο (bonding)*, το οποίο αφορά αποκλειστικά τους κοινωνικούς δεσμούς, οι οποίοι φτιάχνονται από τους ανθρώπους γύρω από την ομοιογένεια (Osby, 2008).
- 3) *Το συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο (Bridging)*, όπου ο τύπος αυτός του κοινωνικού κεφαλαίου, συνεπάγει την ανάγκη μεσολάβησης της κυβέρνησης να εκτελέσει πολιτικές που δίνουν πολιτικά δικαιώματα σε νέους μετανάστες για να βοηθήσει την πρόσβασή τους σε επίσημους πόρους (Cheong et al., 2007). Τέλος, ο συγκεκριμένος τύπος κοινωνικού κεφαλαίου, σε αντίθεση με το δεσμευτικό, εμφανίζεται περισσότερο σε ετερογενείς ομάδες (Osby, 2008).

2.2.2. Μέτρηση κοινωνικού κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο ως όρος συνάδει με αντίστοιχες κοινωνιολογικές έννοιες, όπως:

- η κοινωνική συνοχή (social participation), δηλαδή η έννοια της κοινωνικοποίησης,
- η κοινωνική προσκόλληση (social attachment), δηλαδή η συναισθηματική επένδυση του ατόμου, όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις του και

- η κοινωνική ενσωμάτωση (social inclusion), δηλαδή η ενεργή κοινωνική ζωή του ατόμου (Γιαβρίμης και συν., 2007).

Βασικός παράγοντας στη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η κοινότητα, το περιβάλλον δηλαδή, στο οποίο αναπτύσσονται όλες οι κοινωνικές δραστηριότητες των ατόμων.

Η World Value Survey (Inglehart and Abramson, 1994) κατέβαλε πρόιμη προσπάθεια για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου, λαμβάνοντας υπόψη, τον πολυπολιτισμικό χαρακτήρα του (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Πρακτικό όμως μέσο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου αναπτύχθηκε από τους Onyx και Bullen (1997), οι οποίοι αναφέρονταν στην αξιολόγηση οργανισμών, στα πλαίσια της κοινότητας και στη συμβολή τους στην οικοδόμηση των κοινωνιών των πολιτών (Γιαβρίμης και συν., 2007).

Μέτρα που θεωρούνται σημαντικά για τη λειτουργικότητά τους, βασίζονται στις συστάσεις των Wall et al. (1998), με τα οποία μπορούν να αξιολογηθούν τα επίπεδα των διαθέσιμων κοινωνικών κεφαλαίων (Κύρου, 2011).

Διάφοροι μελετητές του κοινωνικού κεφαλαίου, έχουν συμβάλει με τις θεωρίες τους στη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Ο Coleman (1980) διαχώρισε τα κοινωνικά δίκτυα σε «ανοιχτά» και «κλειστά». Τα «ανοιχτά» κοινωνικά δίκτυα αναφέρονται σε επικαλυπτόμενες σχέσεις μεταξύ ατόμων, των οποίων τα όρια είναι δυσδιάκριτα και για το σύνολο της κοινωνικής ομάδας, ενώ αντιθέτως, τα «κλειστά», αποτελούνται από άτομα με διακριτές σχέσεις μεταξύ τους και είναι ιδιαίτερος αποτελεσματικά στη θέσπιση κανόνων (Γιαβρίμης και συν., 2007).

Διάφοροι είναι εκείνοι οι συγγραφείς που αναφέρουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι δύσκολο να μετρηθεί. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι ερωτήσεις απευθύνονται μόνο σε άτομα και όχι σε κοινότητες, ενώ το κοινωνικό κεφάλαιο εκλαμβάνεται ως ένα χαρακτηριστικό κοινοτήτων, το οποίο αποφέρει οικονομικά ή και μη οφέλη στην κοινότητα (Λιναρδής και συν., 2012).

Σύμφωνα με τους Chuang (2008), ο Locher ανακάλυψε ότι όταν μετριέται, το κοινωνικό κεφάλαιο, από συμμετοχές σε θρησκευτικές κοινότητες, έχει προστατευτικές επιδράσεις στη φτωχή θρεπτική υγεία για τους έγχρωμους άντρες και όχι για τις έγχρωμες γυναίκες.

2.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις

Πολλές και διαφορετικές συνιστώσες που αντικρούονται μεταξύ τους, περιλαμβάνονται στο κοινωνικό κεφάλαιο. Ο Loury (1977), ήταν από τους πρώτους που εισήγαγε τον όρο στη σύγχρονη ακαδημαϊκή ατζέντα και μετά από έρευνες που διέπραξε στην Αμερική την δεκαετία του 1970, κατέληξε, ότι οι Αφροαμερικανοί πολίτες, όπως και ήταν λογικό, να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην πρόσβασή τους στην εκπαίδευση και στην αγορά εργασίας σε σχέση με τους «λευκούς» πολίτες, οι οποίοι, πάραυτα είχαν τα ίδια προσόντα με τους Αφροαμερικάνους. Αυτή τη σημαντική διαφορά την στήριξε στο ότι ο Αφροαμερικάνικο λαός είχε χαμηλότερη πρόσβαση στην ενημέρωση και τις διαθέσιμες ευκαιρίες, διότι δεν έχαιραν εμπιστοσύνη από τους «λευκούς» πολίτες. Έτσι, ο Loury, (1977, p. 153 - 186), χρησιμοποίησε τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο για να μπορέσει να περιγράψει την έλλειψη κοινωνικών προσόντων και πιο συγκεκριμένα, το όρισε ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών που έχουν οι ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις και οι κοινωνικές συναναστροφές και που βοηθούν τελικά στην ανάπτυξη του ατόμου».

Ο Bourdieu (1986) μελετητής και μεγάλος θεωρητικός της έννοιας του κεφαλαίου, διέκρινε τέσσερις διαφορετικές μορφές:

- (1) Οικονομικό
- (2) Πολιτισμικό
- (3) Συμβολικό
- (4) Κοινωνικό κεφάλαιο (Κορνηλάκη και συν. 2010)

Μέσω μετασχηματιστικών διαδικασιών, μη αυτοματοποιημένων, προκύπτουν οι συγκεκριμένες μορφές κεφαλαίου από το οικονομικό κεφάλαιο. Όμως, απαιτούν μακρόχρονη προσπάθεια έτσι ώστε να αποκομίσουν μακροχρόνια οφέλη για κάποιο άλλο είδος κεφαλαίου. Πιο συγκεκριμένα ο Bourdieu (1986 p. 241 - 258) όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως «τις συγκεντρωτικές πιθανές ή πραγματικές πηγές που συνδέουν τα αποκτήματα των σταθερών δικτύων ή τα μέλη σε ομάδες». Η θεωρία του Bourdieu (1986) αναγνωρίζει ότι οι άνθρωποι έχουν άνισες ευκαιρίες στην πρόσβαση στους πόρους από τα δίκτυα και τις πιθανές αρνητικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου. Η άποψη του Bourdieu (1986) παρουσίασε πολλές κριτικές για τη θεωρία του Putnam (1993), της οποίας η αναφορά θα δοθεί παρακάτω (Γιαβρίμης και συν., 2007).

Η άποψη του Bourdieu (1986), έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτη των ανισοτήτων της υγείας λόγω του συνδέσμου της, στους κοινωνικοοικονομικούς όρους. Οι έρευνες για τις επιδράσεις στην υγεία από τη γειτονιά έχει αντίκτυπο στην υγεία των κατοίκων, κάτι το οποίο βασίζεται στη προσέγγιση του Bourdieu (1986) ότι η γειτονιά έχει αντίκτυπο στην υγεία των κατοίκων και έχουν εστιάσει στη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των γειτόνων και των εκβάσεων της υγείας τους, παραβλέποντας τα δίκτυα (Capriano, 2008). Ο Bourdieu (1986), προσπαθεί να διαχωρίσει το κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς από το πρώτιστο και τις συνέπειες. Γι' αυτό, ανέπτυξε ένα πλαίσιο στο οποίο συμπεριλαμβάνει τέσσερις δομές και αυτές είναι:

- 1) *Το κοινωνικό κεφάλαιο*, δηλαδή η αναφορά στις πραγματικές ή πιθανές πηγές που στα κοινωνικά δίκτυα της οικογένειας, έχουν τις ρίζες τους.
- 2) *Την κοινωνική συνοχή*, δηλαδή στα πρότυπα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και αξιών, όπως αμοιβαία εμπιστοσύνη, τα οποία οδηγούν στο κοινωνικό κεφάλαιο και χρησιμεύουν ως μεσάζοντες μεταξύ των προηγούμενων δομικών αλλαγών και κοινωνικού κεφαλαίου. Η κοινωνική μπορεί να έχει αντίκτυπο στα αποτελέσματα, ανεξάρτητα από τους πόρους.
- 3) *Προηγούμενα δομικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής συνοχής και του κοινωνικού κεφαλαίου*, δηλαδή τα δομικά χαρακτηριστικά μιας γειτονιάς και περιοχής που την περιβάλλει, όπως κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Καραβία και συν. 2008).
- 4) *Εκβάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου*, δηλαδή το κοινωνικό κεφάλαιο, για τα μέλη δικτύων της γειτονιάς ή γενικότερα τη γειτονιά, έχει τη δυνατότητα να προσφέρει ζημιές ή οφέλη (Capriano, 2008, p. 568 - 582).

Κατά τον Bourdieu (1994), τα αποτελέσματα του κοινωνικού κεφαλαίου απορρέουν από την άνιση κατανομή του. Το κοινωνικό κεφάλαιο το διαθέτουν συνήθως οι κοινωνικά ισχυροί και αυτό εντείνει τις πρακτικές ανισότητας και κοινωνικού αποκλεισμού (Κριτσωτάκης και συν.,2008).

Κύριος θεωρητικός του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ο πολιτικός επιστήμονας Putnam (1993), ο οποίος και χρησιμοποίησε τον όρο κοινωνικό κεφάλαιο για να ερμηνεύσει και να μπορέσει να περιγράψει τη διαφορετική αποτελεσματικότητα των τοπικών κυβερνήσεων στην Ιταλία. Σύμφωνα με αναφορές τις Campell et al. (1999), όρισε το κοινωνικό κεφάλαιο ως το σύνολο πέντε χαρακτηριστικών τα οποία είναι:

- Community networks (Δίκτυα κοινότητας), δηλαδή, η επαφή και συμμετοχή των ατόμων μιας κοινότητας, μέσα από συλλόγους, ομάδες, οργανώσεις και άλλα τοπικά κοινοτικά δίκτυα.
- Civic engagement (Συμμετοχή πολιτών στα κοινά), δηλαδή, η συμμετοχή των πολιτών σε τοπικά κοινοτικά δίκτυα και σε κοινοτικές διαδικασίες ενδιαφέροντος.
- Civic identity (Ισχυρή τοπική ταυτότητα), δηλαδή η αίσθηση του ανήκειν σε μια κοινότητα ή σε συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, η οποία μπορεί και μοιράζεται κοινές αξίες, να συμμετέχει, να ενσωματώνεται και να αλληλεπιδρά στα πλαίσια μιας ευρύτερης ομάδας.
- Η ανταποδοτικότητα, δηλαδή η ύπαρξη αλληλοβοήθειας των ατόμων μιας ομάδας ή μιας κοινότητας.
- Η εμπιστοσύνη.

Οι Campell et al. (1999) , όπως γίνεται αντιληπτό, δίνουν μεγάλη έμφαση στην πολιτική ιδιότητα του ατόμου (civicness) (Κορνηλάκη και συν. 2010). Εκείνη είναι που προάγει τη συμμετοχή των πολιτών στα κοινά και εδραιώνει την εμπιστοσύνη στο σύνολο της κοινωνίας και δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη σε οικονομικό, πολιτισμικό και πολιτικό επίπεδο. Συνεπώς, συνδέουν άρρηκτα το κοινωνικό κεφάλαιο με την κοινωνία των πολιτών, εφόσον κατά την άποψή τους, το απόθεμα του κοινωνικού κεφαλαίου εξισώνεται με το επίπεδο συμμετοχής σε οργανώσεις, σωματεία και ομίλους κλπ, και με τη συμμετοχική συμπεριφορά των ατόμων στην κοινότητα.

Ο Putnam (2000) μελετά το κοινωνικό κεφάλαιο και υποστηρίζει ότι πολλά από τα αρνητικά του δυτικού κόσμου και της Αμερικής, μπορούν να αποδοθούν στη διάβρωση του κοινωνικού ιστού. Στη συγκεκριμένη κατάσταση, αποδίδει ευθύνη στη διασκέδαση μέσα στο σπίτι, όπως τηλεόραση, σε σύνδεση με την έλλειψη χρημάτων, σχέσεων και αποστάσεων που μπορεί να έχει μια μεγαλούπολη. Ο Putnam (2000), θεωρεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο, έχει θετική σημασία και είναι συλλογικό χαρακτηριστικό των κοινωνιών και όχι των ατόμων και αυτό δείχνει ότι θα πρέπει να μετριέται σε συλλογικό και όχι σε ατομικό επίπεδο (Σωτηρόπουλος, 2006). Σύμφωνα με τους Lochner και συν. (1999, p. 259 - 270), «το κοινωνικό κεφάλαιο, είναι δομικό χαρακτηριστικό της κοινωνίας και όχι των ατόμων, μέσα σε εκάστοτε κοινωνική δομή». Επίσης, δεν είναι επιστημονικά αποδεκτή η άθροιση των ατομικών

συμπεριφορών και η εξαγωγή του μέσου όρου σε μία κοινότητα. Ο μέσος όρος αυτός, δεν αντικατοπτρίζει τα επιστημονικά δεδομένα και δε μπορεί να περιγράψει τον πληθυσμό μιας κοινότητας (Κριτσωτάκης, 2009).

Ο Coleman, είναι ένας άλλος θεωρητικός, ο οποίος έρχεται να συμπληρώσει τη θεωρία του Putnam (Κριτσωτάκης, και συν., 2009). Έτσι, θεωρεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να αναπτυχθεί πιο εύκολα στις κοινότητες με κοινωνική και περιβαλλοντική απομόνωση από κοινότητες αποκλεισμού. Αυτό συμβαίνει, διότι τα άτομα γνωρίζονται καλύτερα μεταξύ τους και οι σχέσεις τους βασίζονται στα κοινά κοινωνικά, πολιτισμικά και ηθικά χαρακτηριστικά και συμμετέχουν σε κοινές δομές και κοινωνικούς μηχανισμούς. Συνεπώς, δημιουργούν το συναίσθημα της τοπικής ταυτότητας (Κριτσωτάκης και συν., 2009). Παρ' όλα αυτά, αυτές οι κοινότητες δε παρουσιάζουν κάποια ανεκτικότητα σε οτιδήποτε είναι άγνωστο προς αυτές. Αμφισβητεί τρέχουσες ιδέες ή ηθική, κάτι το οποίο είναι χαρακτηριστικό χαμηλού κοινωνικού κεφαλαίου. Ο ίδιος διέκρινε τρεις παραμέτρους του κοινωνικού κεφαλαίου:

- 1) Η εμπιστοσύνη, η οποία οικοδομείται μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα και διασφαλίζει ότι οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα που έχουν τα μέλη, θα διεκπεραιωθούν ομαλά.
- 2) Η πληροφορία, που διοχετεύεται μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα.
- 3) Οι κανονιστικές ρυθμίσεις και κυρώσεις, οι οποίες επιβάλλονται στα μέλη των δικτύων, υπαγορεύοντας τις συγκεκριμένες συμπεριφορές (Γιαβρίμης και συν., 2007).

2.3.1. Κριτική θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου

Κριτική της θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου στην εννοιολόγηση του Putnam (2000) και του Coleman (1980), αποτελεί η ανυπαρξία αρνητικών χαρακτηριστικών από τη ρητορική που το συνοδεύει, αλλά αρχικά από τους περισσότερους ήταν θετικά. Από τη μία μετατόπισαν το έως τότε ενδιαφέρον των επιστημών για τις κοινωνικές ανισότητες και τη διαμόρφωση των υγειονομικών ανισοτήτων (Magalong & Takahashi, 2008; Navarro, 2002). Παράλληλα, υπεύθυνα κρίθηκαν για πλήθος αναξιοκρατικών και περιοριστικών τακτικών, όπου σε αυτά τα χαρακτηριστικά αποδίδεται ο εθνοκεντρισμός και γενικότερα ο αποκλεισμός ατόμων τα οποία δεν

εξυπηρετούν τα συμφέροντα ενός λόμπι, η ασύμμετρη πληροφόρηση προς το όφελος μιας συγκεκριμένης ομάδας κ.α.

Τέλος, η εξουσία της άρχουσας τάξης, διατηρείται από τις επαφές που απορρέουν από το κοινωνικό κεφάλαιο, συντηρώντας τις κοινωνικές ανισότητες (Κριτσωτάκης και συν., 2008). Σήμερα, από τις παραπάνω διαπιστώσεις και τους Kawachi et al. (2008), αναγνωρίζεται ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να μην έχει απαραίτητα θετική επίδραση. Αντιθέτως, μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση, με ολιστική έννοια, ως προς την κοινωνικοποίηση και την υγεία των ατόμων και των πληθυσμών.

2.4 Κοινωνικό κεφάλαιο και έφηβοι

Οι νέοι και ιδιαίτερα οι έφηβοι, θέλουν ότι και οι ενήλικες, δηλαδή την ένταξη, την κοινότητα, το σεβασμό, ευκαιρίες και επιτυχίες. Η κοινωνία είναι ένας παράγοντας που παίζει ρόλο στις ανάγκες των εφήβων, δηλαδή εάν οι ανάγκες τους παρέχονται από το σχολείο, το σπίτι ή από συμμορίες. Το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει τους νέους στο πόσο καλά μαθαίνουν, στις ευκαιρίες της εκπαίδευσης, αλλά και στο να δοκιμάσουν ψυχότροπες ουσίες και να αποκτήσουν παραβατική συμπεριφορά (Μακρή – Μπότσαρη, 2011). Οι έφηβοι αντικατοπτρίζουν την εξέλιξη μίας κοινωνίας και η ευημερία τους, αποτελεί κύριο δείκτη μακροπρόθεσμης υγείας μίας κοινότητας. Οι έφηβοι και οι οργανώσεις, οι οποίες τους συμπεριλαμβάνουν, πρέπει να είναι στο κέντρο των προσπαθειών για την αναδόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου (Anthony and Nicotera, 2008).

Όταν ο θεσμός ενός ατόμου στην κοινωνία είναι αδύνατος, θα οδηγήσει σε μία εγκληματική πράξη. Αυτό είναι κάτι που υποστηρίζει η διατριβή πυρήνων της θεωρίας κοινωνικής σύνδεσης. Ο κοινωνικός δεσμός περιλαμβάνει τέσσερα στοιχεία θεμελιώδη. Τα στοιχεία αυτά είναι:

- 1) Η σύνδεση με τους γονείς και τους δασκάλους
- 2) Η σύνδεση με συνομηλίκους
- 3) Η συμμετοχή σε συμβατικές δραστηριότητες
- 4) Η πίστη στη σημασία των ηθικών κανόνων (Καραβία και συν., 2008).

Πολλές μελέτες, οδηγούν σε ισχυρή σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας, των ενηλίκων (Kawachi I, et al., 2008 ; Kritsotakis & Gamarnikow, 2004).

Κατά την εφηβική ηλικία, έρευνα δείχνει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να είναι ένας προγνωστικός δείκτης τόσο για τις θετικές όσο και για τις αρνητικές εκβάσεις.

Οι νέοι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν σε άτυπες κοινωνικές δραστηριότητες και να έχουν μεγαλύτερα δίκτυα κοινωνικής στήριξης από ότι οι ενήλικες (Koutra et al., 2012). Αυτά είναι τα δίκτυα φιλίας, η συμμετοχή τους σε τοπικές δραστηριότητες, η δημιουργία συνδέσεων και οι συνδέσεις με τους γονείς τους. Αυτό επιτρέπει την περαιτέρω κατανόηση του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζουν (Koutra et al., 2012), την έκταση και τη φύση των κοινωνικών δικτύων τους, καθώς και τις κοινότητες στις οποίες κοινωνικοποιούνται και αναπτύσσουν δεσμούς (Λιναρδής και συν. 2012). Ως εκ τούτου, για την καλύτερη κατανόηση του κοινωνικού κεφαλαίου της νεολαίας και ιδιαίτερα των εφήβων, θα πρέπει πρώτα να αποκτήσουν περαιτέρω γνώσεις όσον αφορά τις εμπειρίες και τις ανησυχίες σχετικά με τη ζωή τους.

Το κοινωνικό κεφάλαιο σε σχέση με τους έφηβους, δίνει έμφαση στις σχέσεις και δίκτυα εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας που ενισχύουν τους δεσμούς στο εσωτερικό των ομάδων. Αυτό μπορεί να προκαλέσει κάποιες αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνικοποίηση και την υγεία τους και συμβαίνει συχνά στις ομάδες συνομηλίκων. Οι έφηβοι άνθρωποι μπορούν να επιλέξουν συμπεριφορές που πληρούν τις απαιτήσεις της ομάδας, όπως μία συμμορία, και αυτό μπορεί να τους κάνει να αισθάνονται υποχρεωμένοι να συμμορφώνονται με τους κανόνες του, ακόμη και αν δε θεωρούν ότι είναι υπέρ τους (Portes, 1998).

Το κοινωνικό κεφάλαιο σε σχέση με τους έφηβους, έχει κυρίως μετρηθεί με ποσοτικές μεθόδους και σε μικρότερο βαθμό με τη χρήση ποιοτικών μεθόδων (Koutra et al., 2012). Ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι η κλίμακα που μετρά το κοινωνικό κεφάλαιο (YSCS – Youth Social Capital Scale), η οποία αναπτύχθηκε στην Αυστραλία (Onyx et al., 2005) και είναι πανομοιότυπη με εκείνη που χρησιμοποιείται για τους ενήλικες (Koutra et al., 2012). Η κλίμακα που αφορά τους ενήλικες, έχει δοκιμαστεί γνωστικά και ψυχομετρικά στην Ελλάδα (Koutra et al, 2012). Είναι ένα από τα λίγα πρακτικά και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης για τη δέσμευση και τη γεφύρωση του κοινωνικού κεφαλαίου. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει έρευνα για τον προσδιορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου των νέων.

2.5 Επιδημιολογικά δεδομένα

Στην έρευνα *Psychometric Validation of the Youth Social Capital Scale in Greece*, που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο Νομό Ηράκλειου, Κρήτης, παρατηρήθηκε ότι στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το κοινωνικό κεφάλαιο παίζει σημαντικό ρόλο ο τόπος διαμονής. Πιο συγκεκριμένα, όσοι ζουν σε αγροτικές περιοχές, συνδέονται θετικά με την «κοινότητα», «τη γειτονιά» και νιώθουν «εμπιστοσύνη και ασφάλεια». Τα αγόρια σκοράρουν υψηλότερα στη «συμμετοχή τους στην κοινότητα», «την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια» από ότι τα κορίτσια. Το οικογενειακό εισόδημα συνδέεται, επίσης, θετικά με την «εμπιστοσύνη και την ασφάλεια», καθώς και με «φίλους και γνωστούς», ενώ η οικογένεια συνδέεται θετικά με τη «γειτονιά» και αρνητικά με την «ανοχή και την ανθεκτικότητα» (Koutra et al., 2012).

Στην έρευνα των Hanglund και Morgan, (2009), *Social capital does matter for adolescent health: Evidence from the English HBSC Study*, αναφέρουν ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι έφηβοι κάνουν χρήση καπνού σε ηλικία 11 - 15 ετών και παρουσιάζουν χαμηλή συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο. Στην έρευνα των Boyce et al. (2010), *The contribution of club participation to adolescent health: Evidence from six countries*, στο Βέλγιο, στην Αγγλία, στη Ρουμανία, στην Πολωνία και στην Ιταλία, η πλειοψηφία που δεν καπνίζει αποτελείται από τα κορίτσια, φθάνοντας το 53% του πληθυσμού. Τα ίδια δηλώνουν ότι ανήκουν σε ομάδες και λέσχες, οι οποίες είναι κατά του καπνίσματος.

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 51% των κοριτσιών ηλικίας 11 έως 15 ετών καταναλώνει αλκοόλ καθώς υποστηρίζουν ότι παρουσιάζουν πολύ χαμηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου, κάτι που συσχετίζεται με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (Morgan et al., 2009). Στην Αγγλία, στο Βέλγιο, στη Ρουμανία, στην Πολωνία και στην Ιταλία, η πλειοψηφία των ερωτώμενων εφήβων του δείγματος της έρευνας *The contribution of club participation to adolescent health: Evidence from six countries*, δεν καταναλώνει αλκοόλ και αποτελείται και πάλι από τα κορίτσια, ηλικίας 15 ετών, τα οποία αποτελούσαν το 53% του πληθυσμού και παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συμμετοχής κοινωνικού κεφαλαίου (Boyce et al. 2010).

Η μη ενεργή σεξουαλική δραστηριότητα των εφήβων στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας *Is parenting associated with teenagers early*

sexual risk – taking, autonomy and relationship with sexual partners?, διακρίνεται, με ποσοστό 50%, σε ηλικία 17 ετών. Όσοι, λοιπόν, δεν έχουν ενεργή σεξουαλική δραστηριότητα, φαίνεται να έχουν σημαντικά υψηλή συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο (Henderson et al, 2011).

Σε έρευνα (*Child health – related quality of life and parental social capital in Greece: An exploratory study*,) που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Dimitrakaki et al., (2012), σε σχέση με την γενικευμένη υγεία, τη ποιότητα ζωής και την ευημερία των παιδιών και των εφήβων, τα κορίτσια του δείγματος, ηλικίας 12 ετών, φέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, με ποσοστό 53%. Το κοινωνικό κεφάλαιο λειτούργησε προστατευτικά στη σωματική και ψυχική τους ευεξία. Η γονεϊκή υποστήριξη λειτούργησε προστατευτικά στην ψυχική και λιγότερο στη σωματική τους υγεία και ευημερία, σε αντίθεση με το γειτονικό περιβάλλον, το οποίο λειτούργησε προστατευτικά και στην ψυχική και τη σωματική τους υγεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

3.1 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής, και ιδιαίτερα στην εφηβεία, όπου η επίδραση του περιβάλλοντος στο οποίο ανήκει ο έφηβος διαδραματίζει τον πιο σημαντικό ρόλο στην πορεία της συμπεριφοράς του. (Ερικσον, 1990)

Κύριο μέλημα των εφήβων και αυτό που θέλουν οι περισσότεροι, είναι: η ένταξη τους κάπου, το αίσθημα του ανήκειν σε μία κοινότητα, η αλληλεγγύη, ο σεβασμός, η επιτυχία (Καραβιά και συν. 2008). Οι επιλογές που κάνουν/έχουν βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Η φύση του διαθέσιμου κοινωνικού κεφαλαίου επηρεάζει τους νέους ανθρώπους στην εκμάθηση αξιών, στις ευκαιρίες να μπουν στο κολλέγιο, στην αποτροπή ή προτροπή διάπραξης ενός εγκλήματος και στην πιθανότητα να δοκιμάσουν ναρκωτικά. Η εξέλιξη μιας κοινωνίας αντικατοπτρίζεται από τους εφήβους και η ευημερία τους είναι κύριος δείκτης της μακροπρόθεσμης υγείας μιας κοινότητας (Ερικσον, 1990).

Οι έφηβοι είναι εκείνοι που συγκεντρώνουν στο πρόσωπο τους τις ελπίδες και τα όνειρα,, αυτοί και οι οργανώσεις των οποίων είναι μέλη πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο των προσπαθειών για την αναδόμηση του κοινωνικού κεφαλαίου. Οι έφηβοι έχουν το ρόλο του στόχου στην αναδόμηση της κοινότητας και είναι ενεργά μέλη και συμμετέχοντες σε αυτήν. Όπως δεν αναμένεται από τους ενήλικες, η ικανότητα σε οποιονδήποτε τομέα χωρίς να έχουν εξασκήσει χρόνια πρακτικής, έτσι δεν γίνεται να αναμένεται από τους εφήβους να δημιουργήσουν μια καλύτερη κοινωνία χωρίς να μάθουν πρώτα τις δεξιότητες και τις συνήθειες που είναι απαραίτητες για την πολιτική δέσμευση (Κακκούρος και Μανιαδάκη 2002).

Σύμφωνα με τον Gilmore(2002) όσον αφορά στην θεωρία της κοινωνικής σύνδεσης υποστηρίζεται, ότι όταν ο δεσμός ενός ατόμου στην κοινωνία είναι αδύνατος ή σπασμένος, αυτό μπορεί να τον οδηγήσει σε μια εγκληματική πράξη. Ο κοινωνικός δεσμός περιλαμβάνει τέσσερα θεμελιώδη στοιχεία:

Την σύνδεση με τους γονείς, τους δασκάλους, και τους συνομήλικους όπου υπάρχει ένας δεσμός και με τα συμβατικά είδη δράσης (π.χ., εκπαίδευση), συμμετοχή σε άλλες δραστηριότητες όπως (π.χ., αθλητισμός) και πίστη στη αξία των ηθικών κανόνων. Σύμφωνα με αυτό οι έφηβοι που συνδέονται έντονα με τους γονείς, συνομηλικούς και δασκάλους θα ακολουθήσουν και ένα συγκεκριμένο είδος δράσης και έτσι θα είναι λιγότερο πιθανό να διαπράξουν εγκληματικές πράξεις και να έχουν επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά. Μια συσχέτιση σαν και αυτή, μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και εφήβων, επίσης, ήταν σχετική με τους κανόνες όσο αφορά την αμοιβαιότητα, και τα τμήματα εμπιστοσύνης του κοινωνικού κεφαλαίου. (Καραβιά και συν. 2008).

3.2 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει παρουσιάσει αύξηση που οφείλεται στην αναγνώριση ότι οι συμπεριφορές που αφορούν την υγεία μπορούν να διαμορφωθούν και από μια σειρά κοινωνικών και κοινοτικών πλαισίων και ότι οι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο σχετίζεται με τα κοινωνικά δίκτυα και τις κοινότητες έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία τους και την κοινωνική τους ευημερία. Η υγεία στην εφηβεία αποτελεί σπουδαίο παράγοντα(Σιέτου, και Σαρίδη, 2011).

Μία ομαλή και υγιής επικοινωνία με τους γονείς αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και πολλά ψυχοσωματικά προβλήματα. Επιπλέον, όταν υπάρχει μια υγιής επικοινωνία των εφήβων, με ένα από τους δύο γονείς και ιδιαίτερα με τη μητέρα, συνδέεται άμεσα με καλύτερη σωματική υγεία, και χαμηλότερη χρήση αλκοόλ (Κοκκέβη, και συν 2010) και τσιγάρων καθώς και την αποφυγή της πρόωμης έναρξης της σεξουαλικής τους ζωής (Young et al., 2005).

Ο Παπάνης (2011) όρισε ότι « η κοινωνική υγεία έχει σχέση με τα συστήματα κοινωνικής στήριξης που μπορούν να παρεμβαίνουν και να μεταβάλλουν την επίδραση του περιβάλλοντος και των αγχογόνων γεγονότων σε σωματική και ψυχική υγεία». Ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η μέτρηση της κοινωνικής υγείας εστιάζει στο άτομο και ορίζει την σχέση με τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις και την κοινωνική συμμετοχικότητα.

Βέβαια, υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου προκύπτουν και αντίθετα ερευνητικά αποτελέσματα: αρκετοί είναι οι ερευνητές των οποίων οι απόψεις διαφέρουν και οι οποίοι εντόπισαν μικρή ή ανύπαρκτη συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με υγειονομικούς δείκτες, όπως η θνησιμότητα (Κύρου, 2011), επίσης, η συμμετοχή σε συλλόγους, σε εκδηλώσεις που θεωρούνται βασικά συστατικά του κοινωνικού κεφαλαίου, δεν σχετίζονται με την καλύτερη αυτοεκτίμηση της υγείας και με υγιή σεξουαλική συμπεριφορά (Κριτσωτάκης και συν.2008). Επιπλέον αυτών των δεικτών που σχετίζονται άμεσα με το κοινωνικό κεφάλαιο, σύμφωνα με τη θεωρία του Putnam(1993), σε έρευνα στο Luton μια πόλη, λίγο έξω από το Λονδίνο, το υψηλό αίσθημα τοπικής ταυτότητας συνοδευόταν με χαμηλότερο επίπεδο υγείας (Κριτσωτάκης και συν.2008).

Σύμφωνα με τους Χριστάκης και Fowler (2010), συνταρακτικά είναι τα στοιχεία σχετικά με τα κοινωνικά δίκτυα, τι κάνουν και τι σκέφτονται οι άλλοι γύρω μας, που και πώς μας επηρεάζουν, σε σχέση με την υγεία. Ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας έχει σημαντικό περιεχόμενο και έκφραση με την ανάλογη συγκρότηση και λειτουργία εξειδικευμένων κοινωνικών δικτύων, όπου ανήκουν ή προσεγγίζουν τα άτομα, είτε ως δότες, είτε ως ωφελούμενοι (Kritsotakis and Gamarnikow, 2004). Ιδιαίτερη σημασία έχει η αποτύπωση του είδους και της εμβέλειας των κοινωνικών δικτύων που προσφέρουν κοινωνική υποστήριξη στα άτομα, με στόχο να αποφύγουν ή να περιορίσουν τα προβλήματα υγείας στην καθημερινή ζωή τους (Lindstrom, 2004).

Ο Bourdieu (1985) σε έρευνα που πραγματοποίησε διερεύνησε τις επιδράσεις των κοινωνικών δικτύων στην υποστήριξη των ατόμων, στην εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας τους και στην σωστή λειτουργία του συστήματος υπηρεσιών υγείας. Άτομα που έχουν ενσωματωθεί σε καλά οργανωμένα κοινωνικά δίκτυα είναι καλύτερα προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν επώδυνες καταστάσεις (Waldo και Bloom, 1997).

Σύμφωνα με άλλες πιο σύγχρονες προσεγγίσεις, αυτό που αποδεικνύεται είναι επιπλέον, ότι οι αποφάσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας επηρεάζονται συχνά από την ύπαρξη και τη σύσταση κοινωνικών δικτύων. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες συνήθως δέχονται και δίνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με τους άντρες (Ziersch, 2005). Οι ίδιες μπορούν να ενεργοποιήσουν ευκολότερα τα κοινωνικά δίκτυα. Επιπλέον ύστερα από την διεξαγωγή έρευνας στην Αγγλία φαίνεται ότι οι γυναίκες, αντίθετα από τους άνδρες, συγκεντρώνουν περισσότερα άτομα στα κοινωνικά τους δίκτυα και στο κοινωνικό τους περιβάλλον, από τα οποία δέχονται και στα οποία προσφέρουν συναισθηματική, κυρίως, κάλυψη. Οι άνδρες δέχονται κυρίως πρακτική βοήθεια από ευρύτερα δίκτυα σε σχέση με τις γυναίκες, που δέχονται πιο ποιοτική βοήθεια από κοντινά τους πρόσωπα (Fuhrer and Stansfeld, 2002).

Παράλληλα, οι διαφοροποιήσεις στην επιρροή και στις διαστάσεις επιρροής του κοινωνικού κεφαλαίου έχουν συνδυαστεί και με τα εισοδηματικά κριτήρια (Παπάνης, 2011), με το κοινωνικοοικονομικό στρώμα (Ziersch, 2005), την εκπαίδευση και με την πραγματική κατάσταση της υγείας και την οικογενειακή τους κατάσταση (Bolin, 2004). Η ένταξη ενός ατόμου σε χαμηλότερη κοινωνική θέση φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τάση για χαμηλότερη αυτοεκτίμηση της υγείας, αν και μερικοί υποστηρίζουν ότι η χειροτέρευση της υγείας οδηγεί σε υποβάθμιση της κοινωνικής υπόστασης (Μακρή-Μπότσαρη, 2011).

Διαφοροποιήσεις παρατηρούνται επίσης και ανάλογα με το βιοτικό επίπεδο των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, καθώς οι θετικές κοινωνικές και ψυχοσυναισθηματικές επιδράσεις που συνδέονται με τη λειτουργία των κοινωνικών δικτύων δεν είναι επαρκείς για να εξομαλύνουν τις επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία και την ευημερία των πολιτών (Κύρου, 2006).

Το ύψος του οικογενειακού εισοδήματος και το ποσοστό των δημόσιων δαπανών για την υγεία φαίνεται να έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία (Kenelly et al. 2003). Έρευνα σε χώρες της ΕΕ έδειξε ότι τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο δήλωσαν ότι θεωρούν γενικά καλή ή πολύ καλή υγεία (Κύρου 2006).

Η ηλικία αποτελεί άλλη μια αιτία διαφοροποίησης και έναν βασικό παράγοντα. Το κοινωνικό κεφάλαιο μειώνεται στα άτομα με προχωρημένη ηλικία (Κριτσωτάκης και συν., 2009), που ακριβώς χρειάζονται περισσότερη βοήθεια για την υγεία από

πρόσωπα του περιβάλλοντός τους ή από διάφορους κοινωνικούς φορείς. Ο τομέας της απασχόλησης ενός ατόμου αποτελεί επίσης μια αιτία που διαφοροποιεί τα κοινωνικά μέσα και δίκτυα σε σχέση με τη σωματική και ψυχική υγεία. Σε έρευνες που έγιναν βρέθηκε ότι όσοι είχαν μια σταθερή δουλειά είχαν κατά κανόνα καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία.

Από ορισμένους ερευνητές αυτό που αμφισβητείται είναι η σπουδαιότητα τέτοιων παραγόντων στην υγεία (Ziersch, 2005).

3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το φύλο

Κατά τον Spooner (1999, p. 453-475) «το φύλο μπορεί να αποτελέσει πολύ σημαντικό παράγοντα. Τα αγόρια και τα κορίτσια παρουσιάζουν διαφορετικές συμπεριφορές μεταξύ τους απέναντι στις εξαρτήσεις και την εμφάνιση επικίνδυνων συμπεριφορών με τα αγόρια να ξεκινούν συνήθως την κατανάλωση αλκοόλ νωρίτερα από τα κορίτσια και να παρουσιάζουν συχνότερα επικίνδυνες συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη βία σε σχέση με τα κορίτσια της ηλικίας τους. Το ίδιο μοτίβο συμπεριφοράς ισχύει και για την χρήση ναρκωτικών ουσιών, στις οποίες τα αγόρια είναι πολύ πιο πιθανό να καταφύγουν σε αυτά στις περιπτώσεις όταν αντιμετωπίζουν κάποιο προσωπικό πρόβλημα»

Αυτό που επικρατεί στην κοινωνία μας είναι ότι υπάρχει μια έντονη διάκριση των δύο φύλων και πάνω σε αυτή την κοινωνική διάκριση θα πρέπει να οριοθετηθεί και το θέμα της παραβατικότητας στην συμπεριφορά των αγοριών και των κοριτσιών. Υπάρχουν όμως δύο οπτικές όπου η πρώτη δόμηση αναφέρεται σε μια συντηρητική οπτική και η δεύτερη σε μια πιο σύγχρονη.

Σύμφωνα με μια πιο συντηρητική οπτική, το κορίτσι δέχεται μια διαφορετική ανατροφή από το αγόρι. Ο κοινωνικός έλεγχος στα κορίτσια είναι μεγαλύτερος σε σχέση με αυτόν των αγοριών. Σύμφωνα με τα κοινωνικά δεδομένα ένα κορίτσι πρέπει να υποδύεται έναν άλλο ρόλο στην κοινωνία όπου μια επικίνδυνη συμπεριφορά θεωρείται ως κάτι 'ανεπίτρεπτο'. Τα κορίτσια λόγω αυτής της φύσης τους δεν αναπτύσσουν βίαιο χαρακτήρα στην κοινωνία αλλά είναι ανήθικα, έχοντας

προκλητική εμφάνιση, άστατη σεξουαλική δραστηριότητα και «καταγράφονται για το λόγο αυτό ως παραβάτες εγκλήματος χωρίς θύμα» (Πετρόπουλος και Παπαστυλιανού, 2001, σελ. 159-167). Οι διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών διαφέρουν ως προς τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και ως προς τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνουν την αντίδρασή τους σε αυτές (Κοκκέβη και συν. 2010).

Η κοινωνική μάθηση, η οποία προέρχεται μέσα από την οικογένεια αποτελεί βασικό πρότυπο και στα δύο φύλα καθώς όταν για παράδειγμα τα αγόρια είναι πιο επιθετικά αυτό κυρίως μπορεί να οφείλεται σε ένα πρότυπο, όπως ο βίαιος πατέρας. Και στα κορίτσια αναπτύσσονται τάσεις παραβατικής και επιθετικής συμπεριφοράς, (βία, χρήση ναρκωτικών, κάπνισμα κ.λπ.) αλλά η επιθετικότητά τους συνήθως εσωτερικεύεται και μετατρέπεται σε σωματικές ενοχλήσεις, απομόνωση και συναισθηματικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη. (Λεβέντης και συν. 1999) Σύμφωνα με την άποψη του Πετρόπουλου (2001), υποστηρίζεται ότι οι διαφορές των δύο φύλων ως προς την επιθετικότητα είναι βιολογικά προσδιορισμένες, δεν φαίνεται να ευσταθεί, δεδομένου ότι η τεράστια κοινωνική διάκριση μεταξύ των δύο φύλων, ακόμη και στις μέρες μας, μπορεί να δικαιολογήσει τις υφιστάμενες διαφορές αντίδρασης (Πετρόπουλος και Παπαστυλιανού, 2001).

Αντίθετα από μία πιο σύγχρονη οπτική αυτό που βλέπουμε είναι ότι αυτή η δόμηση επικεντρώνεται περισσότερο στο ότι και τα δύο φύλα πρέπει να αντιμετωπίζονται το ίδιο, καθώς δεν υφίσταται πλέον οποιαδήποτε κατωτερότητα (κοινωνική ή σωματική αντοχή). Αυτό που διαφαίνεται είναι ότι τα κορίτσια διαπράττουν τις ίδιες παραβατικές πράξεις με τα αγόρια απλά σε μικρότερη συχνότητα και για μικρότερο χρονικό διάστημα (Πετρόπουλος και Παπαστυλιανού,, 2001).

Σύμφωνα με τον Γεωργουλά (2000), όταν η κοινωνία μας σταματήσει να είναι μια κοινωνία διαφοροποίησης και επικρατήσει η σύγχρονη κοινωνική δόμηση, όπου το γυναικείο φύλο σταματήσει να δέχεται τις κοινωνικές πιέσεις και τον αυστηρό κοινωνικό έλεγχο και έχει μεγαλύτερη ελευθερία σε όλους τους τομείς, τότε θα αναπτύξει μια πιο ανεξάρτητη προσωπικότητα πράττοντας ελεύθερα ακόμα και παραβατικές πράξεις.

Η ηλικία

Σημαντικό ρόλο επίσης αποτελεί η ηλικία στην οποία θα παρουσιαστούν περισσότερες επικίνδυνες συμπεριφορές. Η εφηβεία αποτελεί μια ηλικία η οποία χαρακτηρίζεται από περιέργεια και έλλειψη σωστής κριτικής ικανότητας. Κυρίως αμφισβητείται όμως κάθε μορφής εξουσία. Για τον λόγο αυτό οι επικίνδυνες συμπεριφορές κορυφώνονται στην ηλικία από 15 ως 25 ετών ανάλογα φυσικά και με το φύλο (Τσιτσικά και Χρούσος 2005).

Η Φυλή /Εθνικότητα

Σύμφωνα με την Κιτσάκη (2010) και άλλοι ερευνητές βασίστηκαν και σε έναν άλλο παράγοντα ο οποίος ασκεί επιρροή στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας. Ωστόσο η επικίνδυνη συμπεριφορά ενός έφηβου δεν συμπίπτει σε μια αντικειμενική κατηγοριοποίηση αλλά διαφέρει ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο αναθράφηκε, την κουλτούρα, τα άτομα με τα οποία συναναστρεφόταν, την κοινωνική δομή και τις κοινωνικές ομάδες).

Σύμφωνα με μια άλλη άποψη, ο Μιτίλης (1998) υποστηρίζει ότι ο τόπος από τον οποίο κατάγονται οι μαθητές, δηλαδή εκείνων που προέρχονται από διαφορετικές εθνικότητες και αποτελούν μειονότητα στην χώρα που μετανάστευσαν οι γονείς τους, διαμορφώνουν διαφορετικές συμπεριφορές, ανάλογα με τον τρόπο που κινούνται στο σχολείο και στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν έντονες διαφορές όσο αφορά την συμπεριφορά τους και με αυτόν τον τρόπο να κατατάσσονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την διάπραξη βίαιων πράξεων.

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Η συμπεριφορά που μπορεί να εμφανίζει κάποιος, όπως η σεξουαλική συμπεριφορά, διαμορφώνεται σύμφωνα με πολλούς παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους ή αλληλοεξαρτώμενοι, όπως για παράδειγμα η οικονομική και κοινωνική θέση, το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η θρησκεία, η δομή της προσωπικότητας κ.λπ. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά εκτός από το κοινωνικό κεφάλαιο ασκούν μεγάλη επιρροή στις

επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας των εφήβων (Greenberg, Magder & Aral, 1992).

Ο συνδυασμός μεταξύ των κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων παίζει βασικό ρόλο. Καθιστά τις διαφορές μεταξύ του φύλου τόσο σημαντικές ώστε η αντίδραση προς την αναπτυσσόμενη σεξουαλικότητα διαφέρει όχι μόνον ανάλογα με το φύλο, αλλά και πολύ περισσότερο από κάθε άλλη αντίδραση που αφορά στην εφηβική ανάπτυξη. Αυτή η διάκριση προσδίδει την παλιά διπλή ηθική, κατά την οποία τα αγόρια αντιμετωπίζονται ως – αλλά και παροτρύνονται να είναι- σεξουαλικά ενεργά, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο και με τα κορίτσια της ίδιας ηλικίας (Weinstock, Berman & Cates, 2000). Παρόλο που οι κοινωνικές στάσεις και προκαταλήψεις προς τη γυναικεία σεξουαλικότητα έχουν αλλάξει κατά πολύ τα τελευταία χρόνια, αυτό που παρατηρείται είναι μια υπεροχή των αγοριών όσον αφορά στον έλεγχο της γυναικείας σεξουαλικότητας, με το κορίτσι να θεωρείται ως αδύναμο, ασταθές και εξαρτημένο, και να εξακολουθεί να στιγματίζεται επειδή είναι σεξουαλικά ενεργό και πολλές φορές πρέπει να αντιμετωπίσει μόνο του μια πιθανή εγκυμοσύνη, μια ασθένεια από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Collins, Welsh & Furman, 2009).

Αυτό που επικρατεί σήμερα είναι ότι τα περισσότερα κορίτσια τα οποία βρίσκονται στην εφηβεία εξακολουθούν να φοβούνται ότι αν προτείνουν την χρήση προφυλακτικού θα δεχθούν την απόρριψη από τον σύντροφο τους. Όταν στο περιβάλλον τους οι συνομήλικοι τους και τα υπόλοιπα άτομα του περιβάλλοντος δεν υποστηρίζουν και οι ίδιοι τη χρήση προφυλακτικού και μεταδίδουν το αίσθημα της ντροπής αποτελούν εμπόδιο για την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων. Το να αγοράσουν ή να μεταφέρουν μαζί τους προφυλακτικό μπορεί να θεωρηθεί από το σύντροφο ως πρόταση για σεξουαλική επαφή και αυτό θεωρείται συχνά ανεπιθύμητο, κυρίως μεταξύ των κοριτσιών. Τα έφηβα κορίτσια έχουν περισσότερες αναστολές στον τομέα της σεξουαλικής συμπεριφοράς σε σχέση με τα αγόρια (Βουζουνεράκης και συν. , 2012).

Τα αγόρια αυτό που παρατηρείται είναι ότι κατά την διάρκεια της εφηβείας δεν αισθάνονται άνετα να μεταφέρουν μαζί τους προφυλακτικά, και με αυτό τον τρόπο έχουν λιγότερες πιθανότητες να μάθουν να μην τα χρησιμοποιούν. Μεταξύ των νέων που έχουν θετική στάση στη χρήση προφυλακτικού δεν αισθάνονται ντροπή ή αμηχανία να αγοράσουν και να έχουν μαζί τους προφυλακτικό). Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι οι άνδρες είναι περισσότερο πιθανό σε σχέση με τις γυναίκες

να έχουν χρησιμοποιήσει προφυλακτικό κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή τους (Βουζουεράκης και συν., 2012).

Επιπλέον, το προφυλακτικό χρησιμοποιείται περισσότερο συστηματικά με περιστασιακούς συντρόφους και λιγότερο σε μια σταθερή σχέση όπου και τα δύο άτομα νιώθουν μια σιγουριά. Η επιθυμία για οικειότητα, αμοιβαία εμπιστοσύνη και συναισθηματική εγγύτητα σε μια σχέση μειώνει την ανάγκη για προστασία στη σεξουαλική επαφή (Γαλάνη και συν., 2005). Έχει παρατηρηθεί ότι οι διαφορές στην φυλή του καθενός και διαφορές στην εθνικότητα σχετίζονται με σεξουαλικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, όπως η μη χρήση αντισύλληψης, η εναλλαγή πολλών συντρόφων σε μικρά χρονικά διαστήματα και η επικίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα από πολύ μικρή ηλικία (Marindo et al., 2003).

3.5 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Υποστηρίζεται ότι οι επιδράσεις του περιβάλλοντος και της ευρύτερης κοινωνίας είναι σημαντικές για τη δημιουργία εναύσματος για παραβατική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης τα παιδιά που βρίσκονται υπό την έκθεση επιθετικών προτύπων συμπεριφοράς, τις περισσότερες φορές μιμούνται αυτή την αρνητική συμπεριφορά και συχνότερα από άτομα του ίδιου φύλου (π.χ. βίαιος πατέρας ίσο με ένα επιθετικό αγόρι) (Στάμος, 2006). Εξάλλου, σύμφωνα με τη θεωρία της συντελεστικής μάθησης, οποιαδήποτε συμπεριφορά που υιοθετείται και μπορεί να προσφέρει ένα ευχάριστο για εκείνον αποτέλεσμα, έχει πολλές πιθανότητες να επαναληφθεί.

Σύμφωνα με τις ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοπολιτικές απόψεις της παθογένεσης της συμπεριφοράς, οι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς θα πρέπει να εντοπιστούν στο κοινωνικό πλαίσιο όπου αναπτύσσεται το παιδί και ο έφηβος και στις γενικότερες αξίες και θεσμούς της κοινωνίας που μεταδίδονται σε αυτόν. Στο κοινωνικό αυτό πλαίσιο περιλαμβάνονται η οικογένεια, οι συνομήλικοι, το σχολείο και η σύγχρονη κοινωνία γενικότερα με την επικράτηση της παντοδυναμίας του χρήματος και των υλικών αγαθών και την ανικανότητα αντιμετώπισης της πληθώρας των προβλημάτων που δημιουργεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής (Στάμος, 2006).

Πιο συγκεκριμένα:

Ο ρόλος της οικογένειας

Μέσα από τον θεσμό της οικογένειας παρουσιάζεται μια αλληλεπίδραση μεταξύ των εφήβων, των γονέων και του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος τους, όπου οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν ολόκληρη την οικογένεια στην ανάπτυξη και στην διαμόρφωση νέων σχέσεων που θα επιτρέψουν την αυτονόμηση του εφήβου και τη μετατροπή του σε νεαρό ενήλικα με μια υγιή συμπεριφορά.

Η Satir (2011, σελ. 368) παραθέτει την εξής έκφραση, ότι: «Το ταξίδι του εφήβου τελειώνει με επιτυχία, όταν δείχνει ότι ξέρει να χειρίζεται την εξάρτηση, την ανεξαρτησία και την αλληλεξάρτηση, όταν έχει ανώτερο βαθμό αυτοεκτίμησης και ξέρει να φέρεται με τον κατάλληλο τρόπο».

Η εφηβεία λοιπόν είναι μια δοκιμασία και ένα στάδιο για ωρίμανση, όχι μόνο των εφήβων, αλλά και των γονέων τους, καθώς δίνει μια δεύτερη ευκαιρία για τους γονείς, να επαναδιαπραγματευθούν και να επιλύσουν δικά τους ψυχολογικά θέματα, που ενδεχομένως έχουν παραμείνει άλυτα μέχρι τότε και να αποτελούν υγιή πρότυπα για τα παιδιά τους. Υπάρχουν όμως οι περιπτώσεις που αυτό δεν συμβαίνει, όπως για παράδειγμα μέσα στην οικογένεια επικρατούν κακές, ή ανεπιτυχείς σχέσεις μεταξύ γονιών και παιδιών, η στάση των γονέων είναι εχθρική ή απορριπτική, όταν έχουν υπερβολικές απαιτήσεις, όπως και υπερβολική αυστηρότητα, η υπερπροστασία, ελλιπής επίβλεψη και φροντίδα προς τα παιδιά και πειθαρχία, ασκείται σωματική ή ψυχική βία, και τέλος εάν οι προσωπικότητες των γονέων είναι ψυχικά διαταραγμένες. Σειρά επιστημόνων κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όταν οι γονείς επιβλέπουν τα παιδιά τους με πολύ επιείκεια και χαλαρότητα μπορεί τα παιδιά να οδηγηθούν πιο εύκολα στην αυτό-ομολογούμενη εγκληματικότητα όπως (βία, κλοπές, ναρκωτικά). Η στάση που μπορεί να είναι πιο σκληρή, απαιτητική, ή αυστηρή όπως και η βίαιη και η απορριπτική στάση των γονέων στα παιδιά είναι προδιαθεσικοί παράγοντες στην εμφάνιση παραπτωματοκότητας και επικίνδυνης συμπεριφοράς στην εφηβεία. Αυτοί οι τρόποι αποτελούν λάθος τρόπο διαπαιδαγώγησης και συνήθως γίνεται κάτω βάναντες μεθόδους διαπαιδαγώγησης με σωματικές και ψυχολογικές ποινές. Με αυτό τον τρόπο οι γονείς, όχι μόνο δεν καταφέρνουν να περιορίσουν την κακή συμπεριφορά των παιδιών τους, αλλά ενισχύουν την ανεπιθύμητη συμπεριφορά τους, γιατί τα παιδιά που

μιμούνται μέσα στα πλαίσια της «κοινωνικής μάθησης» την επιθετική συμπεριφορά και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος (Courtecuisse et al., 1998).

Η δυσάρεστη αυτή κατάσταση δεν περιορίζεται βέβαια μέσα στα πλαίσια της οικογένειας, αλλά έχει αντανάκλαση και στη συμπεριφορά στο σχολείο και στους λοιπούς χώρους, όπου τα παιδιά και οι έφηβοι κινούνται, αθλούνται και διασκεδάζουν.- Όταν η οικογένεια οδηγείται στην διάλυση ή οι δύο γονείς βρίσκονται σε διάσταση όπως και λόγω άλλων γεγονότων όπως ο θάνατος, οι οικογένειες προδιαθέτουν στην παραπτωματικότητα. Όταν το παιδί στερείται ένα γονέα, τότε παρατηρείται διαταραχή της σωματικής, πνευματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής του ανάπτυξης.

Η λανθασμένη και παραβατική συμπεριφορά και ο αλκοολισμός των γονέων παίζει επίσης σημαντικότατο ρόλο στην εμφάνιση ανάλογης συμπεριφοράς στο παιδί. Αυτό που παρατηρήθηκε είναι ότι στη σημερινή εποχή γίνεται ολοένα και πιο δύσκολο στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς να ανταπεξέλθουν σ' αυτό το ρόλο δηλαδή τον ρόλο ενός σωστού προτύπου για τους έφηβους, σύμφωνα με τη σύγχυση αξιών και ρόλων, τις γρήγορες αλλαγές και την γενικευμένη αβεβαιότητα που επικρατεί (Τσελέντη, 2010). Ο πειραματισμός με τη χρήση, την κατάχρηση ουσιών ή η ανάπτυξη εξαρτητικής συμπεριφοράς και μέσω άλλων επικίνδυνων συμπεριφορών αποτελούν μια προσπάθεια του εφήβου να καλύψει τα συναισθηματικά κενά και ένα έλλειμμα κοινωνικοποίησης (Μάτσα, 1997).

Με βάση τις σύγχρονες κοινωνικό-ψυχολογικές θεωρίες παρατηρείται ότι αναγνωρίζουν ότι υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά, στάσεις, αξίες και πεποιθήσεις του ατόμου και το βαθμό της υγείας του. Έτσι γίνεται φανερό ότι η πρόληψη για την αποτροπή της εμπλοκής των εφήβων σε βλαπτικές – επικίνδυνες συμπεριφορές είναι αναγκαίο να συμπεριλάβει πολλούς παράγοντες σε όλα τα επίπεδα της υγείας: σωματικό, ψυχικό, κοινωνικό. Δίνει περισσότερο έμφαση στη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, στην εκμάθηση δεξιοτήτων για την αντίσταση στις κοινωνικές επιρροές π.χ. πίεση από συνομηλίκους για τη χρήση κ.α. και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, επίλυσης συγκρούσεων, κ.α. Μ' αυτό τον τρόπο προωθείται η προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη του εφήβου, και ενισχύονται οι παράγοντες προστασίας μέσω της αποδυνάμωσης των παραγόντων κινδύνου (Γκότσης, 2000).

Τέλος, οι γονείς όπως και τα μεγαλύτερα αδέλφια αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για τα μικρά παιδιά και τους έφηβους, με αποτέλεσμα οι όποιες

συνήθειες των ατόμων αυτών, και ιδιαίτερα των μεγαλύτερων αδερφών, να αναπτύσσονται και να μεταβιβάζονται και στα παιδιά κατά την εφηβική ηλικία μέσω της μίμησης προτύπων (e-psychology.gr). Μέσα σε ένα βίαιο οικογενειακό περιβάλλον και μέσα από τη κακοποίηση του παιδιού από μέλη της οικογένειάς του αυξάνονται και οι πιθανότητες εξάρτησης από ουσίες ,ενώ αντίθετα, όταν επικρατούν οι στενοί οικογενειακοί δεσμοί και ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον μειώνεται αυτή η πιθανότητα (e-psychology.gr)

Οι συνομήλικοι

Οι συνομήλικοι αποτελούν έναν ακόμη σημαντικό κοινωνικό παράγοντα, όπως έχει ήδη αναλυθεί στην κοινωνικοποίηση του εφήβου, και γίνεται ακόμη σημαντικότερος στην περίπτωση που οι γονείς αντιμετωπίζουν το παιδί με αδικαιολόγητη βιαιότητα ή το παραμελούν και δεν του δίνουν την απαραίτητη προσοχή, τη κάλυψη που χρειάζονται. Όταν ένας έφηβος μπαίνει σε μία ομάδα συνομήλικων κρίνεται και αξιολογείται από αυτούς και έτσι σηματοδοτείται το αν θα γίνει αποδεκτός ή θα απορριφθεί (Κουράκης, 1999; 1998;Μακρή-Μπότσαρη, 2011).

Στις περιπτώσεις που οι παρέες με τις οποίες συναναστρέφεται έχουν έντονο το αίσθημα της παραβατικότητας υπάρχει ο κίνδυνος να ενσωματωθεί και εκείνος σε αυτές τις συμπεριφορές. Αυτό συμβαίνει διότι η συμπεριφορά που θα πρέπει να υιοθετήσει θα πρέπει να είναι αρεστή στις απόψεις της κλίμας. Ο έφηβος βρίσκει μια κοινότητα αντιλήψεων που πιστεύει ότι τον καλύπτουν και βαθμιαία ενσωματώνεται στην κλίμα, εξαρτώμενος πλήρως από αυτήν, σε βαθμό που αργότερα να είναι πολύ δύσκολο να ενεργεί διαφορετικά, ακόμη και όταν οι ενέργειες της ομάδας λαμβάνουν παραβατικό χαρακτήρα (βανδαλισμοί, μικροκλοπές, ξυλοδαρμοί, ναρκωτικά). Ευτυχώς στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ενέργειες αυτές δεν έχουν μεγάλη διάρκεια, οπότε δεν επηρεάζεται το πλαίσιο αξιών της κοινωνίας στην οποία ανήκουν (Κουράκης ,1999; Ρέιμον-Ριβιέ 1986).

Ένας έφηβος, σε σχέση με μικρότερα παιδιά, παρουσιάζει εξάρτηση από τις σχέσεις του με τους συνομηλικούς επειδή όσο μεγαλώνουν, μειώνονται οι δεσμοί με τους γονείς και ανεξαρτητοποιούνται. Συνεπώς, υπάρχουν πολλές πλευρές που ένας έφηβος μοιράζεται με τους συνομηλικούς και όχι με τους γονείς του (Conger, 1981).

Η παρέα των συνομηλίκων, δίνει μία ώθηση σε έναν έφηβο και του δίνει μια προσωπική ταυτότητα. Μέσα σε αυτήν ανακαλύπτει καινούργια κοινωνικά κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία είναι διαφορετικά από αυτά που έχει μάθει από την οικογένεια του. Μια ομάδα συνομηλίκων μπορεί επίσης να θέσει απαγορεύσεις καθορίζοντας επιτρεπόμενες ή μη ορισμένες συμπεριφορές. Ταυτόχρονα, ο έφηβος μπορεί να δέχεται μεγάλη υποστήριξη από την ομάδα, η οποία καλλιεργεί ανάλογα με την ιδεολογία της συγκεκριμένα πρότυπα.

Λόγω της σπουδαιότητας των συνομηλίκων στην ζωή των εφήβων η κοινωνική αποδοχή είναι μια πολύ σημαντική ανάγκη για τους πιο πολλούς νέους. Λίγοι είναι εκείνοι οι οποίοι δεν επηρεάζονται όταν δέχονται απόρριψη και αδιαφορία από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Οι περισσότεροι νέοι πιστεύουν ότι η αξία που αποκτούν εξαρτάται κυρίως με τις αντιδράσεις και τις απόψεις των άλλων προς εκείνους και συνεχίζουν να εξαρτώνται από την παραδοχή των συνομηλίκων τους (, 1981).

Σύμφωνα με τον Merton(1938) μια κατάσταση «ανομίας» στην οποία ενδέχεται να οδηγηθεί το άτομο όταν δεν είναι κοινωνικά αποδεκτό από τις αξίες και τα πρότυπα τα οποία επικρατούν στην κοινωνία μπορεί να οφείλεται και στην αδυναμία της ίδιας της κοινωνικής ομάδας στην οποία το άτομο ανήκει να το βοηθήσει στο να ολοκληρώσει μια διαδικασία σαν και αυτή (Merton 1938).

Ο ρόλος του σχολείου

Συγκρίνοντας λοιπόν με τους υπόλοιπους θεσμούς το σχολείο και το ευρύτερο σχολικό περιβάλλον έχει βαρύνουσα σημασία για τον έφηβο. Τα παιδιά και οι έφηβοι βρίσκονται για πολλά χρόνια στο ρόλο του μαθητή και το σχολικό πλαίσιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξή τους. Η αποτυχία του εκπαιδευτικού συστήματος θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που μπορεί οδηγήσει τους εφήβους στην παραβατική συμπεριφορά. Αυτή εκδηλώνεται κυρίως με επιθετικότητα εντός και εκτός σχολείου, με άρνηση φοίτησης, με ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα και μπορεί να καταλήξει σε σοβαρή παραβατικότητα των κανόνων και νόμων του κράτους (Κουράκης, 1999 ;Κακκούρος και Μανιαδάκη, 2002).

Μία σχολική εμπειρία, η οποία είναι θετική κατά την διάρκεια της εφηβείας αποτελεί έναν σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για την υγεία αποτρέποντας τους από το να εμφανίζουν συμπεριφορές κινδύνου όπως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η πρόωγη έναρξη της σεξουαλικής ζωής και οι επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές (Κοκκέβη και συν., 2010).

Επιπλέον όσον αφορά την θέση και τον ρόλο ενός εκπαιδευτικού, ένας αυταρχικός και αυστηρός εκπαιδευτικός ευνοεί και ωθεί την ανάπτυξη και έκφραση της επιθετικής συμπεριφοράς των μαθητών του, αφενός γιατί αποτελεί μιμητικό πρότυπο επιθετικότητας και αφετέρου γιατί δημιουργεί εντάσεις που οδηγούν συνήθως στην έκφραση επιθετικής συμπεριφοράς. Αλλά και η πλήρης ανεκτικότητα και χαλαρότητα από την άλλη πλευρά δεν είναι και η καλύτερη. Εξίσου με την αυστηρότητα και την αυταρχικότητα το χαλαρό στυλ διαπαιδαγώγησης ευνοεί την επιθετική συμπεριφορά, αναστέλλοντας κάθε φραγμό και μειώνοντας τις αντιστάσεις των μαθητών σε ωφελιμιστικές αλλά ταυτόχρονα παραβατικές συμπεριφορές (Πετρόπουλος και Παπαστυλιανού, 2001, Χηνάς και Χρυσ αφίδης, 2000; Ματσαγγούρας, 2003).

Ο χώρος του σχολείου αποτελεί ένα σπουδαίο κοινωνικό πλαίσιο, ιδιαίτερα σημαντικό για τους έφηβους διότι κάποιες φορές είναι το μόνο μέσο κοινωνικοποίησης ενός νέου. Αυτή μπορεί να εκφραστεί μέσω ανάρμοστης σχολικής συμπεριφοράς, είτε συχνών απουσιών και βίαιης συμπεριφοράς προς τους συμμαθητές (Κιτσάκη, 2010).

Η Γειτονιά

Η γειτονιά και οι κοινοτικές συναλλαγές παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου.

Έχει αποδείχθει, ότι ακόμη και η γειτονιά που μένει κάποιος σχετίζεται άμεσα με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειάς του. Το χαμηλό πολιτιστικό, οικονομικό, μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και η παθολογική οικολογία της γειτονιάς βρίσκεται σε θετική συνάφεια με την περιστατικά βίας που εκδηλώνονται στα σχολεία (<http://psychologein.dagorastos.net>). Αυτή η παράμετρος είναι ιδιαίτερα σημαντική στις μεγάλες πόλεις, όπου οι κάτοικοι μένουν σε περιοχές ανάλογα με το

οικονομικό τους επίπεδο. Στις μικρότερες πόλεις και χωριά, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των κατοίκων είναι πιο ομοιόμορφα κατανεμημένο.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας οικογένειας σχετίζεται άμεσα επίσης με την εμφάνιση παραπτωματικών συμπεριφορών. Ο χώρος και το περιβάλλον της γειτονιάς είναι ένας κοινωνικός τομέας για τους εφήβους όπου καταναλώνουν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου τους μετά το σχολείο. Υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στον τόπο στον οποίο κατοικεί κάποιος με την υγεία αλλά και την κοινωνική του ευημερία. Έντονο ενδιαφέρον υπάρχει και για τους παράγοντες που συμβάλουν στην προσαρμογή κάποιου και έχει αποσπάσει την προσοχή στην επιρροή της γειτονιάς. Οι νέοι που ζουν σε γειτονιές όπου επικρατεί η αστάθεια βρίσκονται σε συνεχή έκθεση από διάφορους παράγοντες κινδύνου, όπως τα υψηλά επίπεδα της βίας και της παράνομης δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από περιοχές που επικρατεί φτώχεια είναι ότι τα νέα παιδιά λόγω μεμονωμένων αντιλήψεων παρουσιάζουν και μεμονωμένες συμπεριφορές (Giordano , 2003).

Τέλος, οι γειτονιές αντιπροσωπεύουν ένα άμεσο κοινωνικό πλαίσιο για τους νέους. Αυτό που θα μπορούσαμε να πούμε είναι ότι η γειτονιά είναι ένας πρόωρος και σημαντικός χώρος για την εξερεύνηση και την κοινωνική αλληλεπίδραση δεδομένου ότι εξυπηρετεί την φυσική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού («Κοινωνικοποίηση», nd).

3.6 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Το κοινωνικό κεφάλαιο ασκεί επιρροή στην συμπεριφορά του ατόμου και παραπάνω επηρεάζει την σεξουαλική υγεία και συμπεριφορά, των εφήβων. Βασικά πρόσωπα για τη διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση των εφήβων σε αυτό το θέμα, αποτελούν οι γονείς. Η διαπαιδαγώγηση όσο αφορά την σεξουαλική υγεία πραγματοποιείται καταρχήν από τους γονείς, οι οποίοι αποτελούν πρόσωπα αναφοράς και πρότυπα ταύτισης για το ίδιο και μεταφέρουν αξίες και στάσεις ζωής μέσα από τη σχέση τους μαζί του και τη συμπεριφορά τους. Δεύτερος σημαντικός παράγοντας στη ζωή του παιδιού είναι το σχολείο, το οποίο αποτελεί φορέα γνώσης, μάθησης και κοινωνικοποίησης. Και τα δύο αυτά συστήματα (οικογενειακό και σχολικό-

εκπαιδευτικό) οφείλουν να συμβάλλουν στη σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του παιδιού για θέματα που αφορούν τον εαυτό του και τις σχέσεις του με τους άλλους στο παρόν και στο μέλλον, με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής και σεξουαλικής υγείας του παιδιού και αυριανού ενήλικα και την πρόληψη (Ασκητής, 2013).

Η σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων μπορεί να χαρακτηριστεί είτε ως ορόσημο της φυσιολογικής τους εξέλιξης ή ως πεδίο επικίνδυνης συμπεριφοράς. Μετά από την ανασκόπηση της Τζίμα-Τσιτσικά (2005) καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις των νέων στην Ελλάδα σε θέματα που αφορούν την αντισύλληψη, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι ελλιπείς, σε αντίθεση με νέους του εξωτερικού, όπου φαίνονται πιο ενημερωμένοι και πιο συνειδητοποιημένοι όσο αφορά την επικινδυνότητα της συμπεριφοράς αυτής.

Η εφηβεία συνδέεται με την επαφή σε ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως επίσης και με αρνητικές και επιβλαβείς για την υγεία συνέπειες όπως είναι τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα λόγω μη χρήσης προφυλακτικού και οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Η οικογένεια

Όσο αφορά τη σχέση μεταξύ της μητέρας και των εφήβων στη σεξουαλική συμπεριφορά καθοριστικοί παράγοντες είναι το κατά πόσο η μητέρα είναι ενημερωμένη και πληροφορημένη, το μορφωτικό της επίπεδο και οι αντιλήψεις της σχετικά με τις προγαμιαίες σχέσεις (Δρακωνάκη και Σιάμη 2003). Αυτό που επισημαίνουν οι ειδικοί είναι επίσης ότι πολλοί γονείς, αν και έχουν τη διάθεση να αναφερθούν σε αυτά τα θέματα, πολλές φορές καθυστερούν, πιστεύοντας ότι είναι πολύ νωρίς και ότι τα παιδιά τους δεν είναι στην κατάλληλη ηλικία. Άλλες φορές πάλι ντρέπονται να συζητήσουν για τέτοια θέματα και απλά το αφήνουν ελπίζοντας ότι η διαπαιδαγώγηση τους θα πραγματοποιηθεί από κάποιο άλλο μέσο ενημέρωσης. Στις περισσότερες μελέτες που έχουν διεξαχθεί, δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προεπισκόπηση στην επιρροή που ασκεί ένας πατέρας στην σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Ο ρόλος τους πάντοτε παρουσιαζόταν διαφορετικά. Για παράδειγμα αυτό που τις περισσότερες φορές εξεταζόταν ήταν εάν ο πατέρας είναι παρών στο

σπίτι. Παράλληλα, πολλές από τις μελέτες αυτές εξέταζαν την επίδραση του πατέρα αναφορικά με μόνο έναν κίνδυνο που σχετίζεται με τη σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και πάλι όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό (Duncan, Dixon & Carlson, 2003). Και οι δύο γονείς, λειτουργούν ως πρότυπα και ο καθένας από τη δική του θέση και μέσα από το δικό του ρόλο, μεταδίδουν στα παιδιά τους πληροφορίες και μηνύματα που έχουν μεγάλη αξία για την ομαλή ψυχοσεξουαλική τους ανάπτυξη, για την υγιή σεξουαλική συμπεριφορά καθώς και τις μελλοντικές τους σχέσεις με το άλλο φύλο.

Το σχολείο

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο ρόλος του σχολείου και της εκπαίδευσης στοχεύει στη διαμόρφωση ασφαλούς και υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς μέσα από εκπαιδευτικές μεθόδους, παροχή γνώσεων και ευαισθητοποίηση σε σεξουαλική πρακτική και συμπεριφορά (Καλοκαιρινού και Σούρτζη, 2005). Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την σωστή ενημέρωση, την ένταξη της Αγωγής Υγείας και συγκεκριμένα η Σεξουαλική Αγωγή ως βασικό μάθημα, στο σχολείο και την εστίαση στον εφηβικό μαθητικό πληθυσμό που θεωρείται ως η πιο ριψοκίνδυνη ηλικία για επικίνδυνες συμπεριφορές.

Πέρα από την διαδικασία των μαθημάτων, σημαντικός είναι και ο τρόπος μετάδοσης, ο οποίος προέρχεται αποκλειστικά από τον εκπαιδευτικό του σχολείου. Ο εκπαιδευτικός έχει την δυνατότητα μέσω των γνώσεων που κατέχει να μεταφέρει γνώσεις και να τροποποιεί στάσεις και συμπεριφορές σχετικά με την σεξουαλική υγεία (Δανασσής- Αφεντάκης, 2000).

Οι συνομήλικοι

Για τους εφήβους, οι συνομήλικοι είναι η πιο μεγάλη πηγή πληροφόρησης και διαμόρφωσης συμπεριφοράς. Οι μικρές τους ιστορίες, οι απόψεις τους συνδυασμένες με διάφορες πληροφορίες τις οποίες ανακαλύπτουν σε περιοδικά, στην τηλεόραση και σε βιβλία, διαμορφώνουν τη βάση των γνώσεων τους πάνω στην οποία θα στηρίξουν στη συνέχεια την απόφασή τους για την σεξουαλική τους συμπεριφορά. Βρέθηκε ότι η επιρροή της ομάδας των συνομηλίκων στην σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων είναι σημαντική. Οι έφηβοι κάνουν φίλιες και σχηματίζουν ομάδες, δημιουργώντας

μια νέα κουλτούρα, από την οποία αναδύεται ένα καινούριο σύστημα αξιών, που πρέπει να το αποδέχεται όλη η ομάδα, και που, όποιος ξεφύγει από αυτό, δεν ανήκει στην ομάδα. Έτσι, αρκετές φορές, οι έφηβοι αναγκάζονται να κάνουν πράγματα ή να προβαίνουν σε πράξεις, που ουσιαστικά δεν θέλουν, προκειμένου να είναι προσφιλείς και αρεστοί στους συνομηλίκους τους. (Κεραμιδοπούλου, Α. 2008).

Είναι φανερό ότι, για να υπάρξει σωστή διαπαιδαγώγηση των εφήβων, αλλά και ομαλή ολοκλήρωση του σταδίου της εφηβείας, πρέπει, πρώτα από όλα, να είναι σωστά ενημερωμένοι οι γονείς για τις συναισθηματικές αναζητήσεις των παιδιών τους, και τα χαρακτηριστικά πρότυπα συμπεριφοράς τους κατά την περίοδο αυτή. Κυρίως η μητέρα θα πρέπει να είναι ενημερωμένη στα θέματα σεξουαλικότητας, αφού εκείνη έχει τη μεγαλύτερη επαφή με το παιδί. Αλλά και ο ρόλος του πατέρα δεν είναι μικρότερος, μιας κι από αυτόν το παιδί καθοδηγείται προς τους συνανθρώπους του και την κοινωνία, γενικότερα (Δρακωνάκη και Σιάμου 2003). Στο τέλος, μετά την κρίση, ο έφηβος θα βρει το δρόμο του και θα αρχίσει να ταυτοποιείται με την κοινωνία, τους γονείς του και το ευρύτερο περιβάλλον, χωρίς να αισθάνεται απειλή (Κεραμιδοπούλου, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η μελέτη της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και στη σεξουαλική συμπεριφορά υγείας των μαθητών του νομού Ηρακλείου.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Η συσχέτιση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών με τη συμπεριφορά υγείας των μαθητών του νομού Ηρακλείου.
- Η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με τη συμπεριφορά υγείας των μαθητών του νομού Ηρακλείου.
- Η συσχέτιση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας του μαθητή με τη συμπεριφορά υγείας που τον διέπει.
- Η διερεύνηση της οικογενειακής κατάστασης του μαθητή σε σχέση με τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας.

4.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ & ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- Το υψηλό κοινωνικό κεφαλαίο των μαθητών λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στον κίνδυνο από την μη τήρηση προστατευτικών μέσων στην σεξουαλική συμπεριφορά του εφήβου

Ερευνητικά ερωτήματα

- Το φύλο διαφοροποιεί το συνολικό κοινωνικό κεφαλαίο και το συνολικό κίνδυνο με τα αγόρια να κινδυνεύουν περισσότερο;
- Σχετίζονται τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου με την επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας του μαθητή;

- Η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιεί το συνολικό κοινωνικό κεφαλαίο και το συνολικό κίνδυνο;
- Ποιες είναι οι επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου απέναντι στη συμπεριφορά κινδύνου και τη σεξουαλική υγεία των μαθητών;
- Ποια είναι η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στις επικίνδυνες συμπεριφορές κινδύνου των εφήβων;
- Κατά πόσο το φιλικό περιβάλλον μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά του κινδύνου ,σε βαθμό που ανέχεται επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών;

4.3 ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 2189 μαθητές πρώτης τάξης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ζουν σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου , με βάση τις πληροφορίες που παρέχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (www.statistics.gr). Υιοθετήθηκε μια τυχαία σχεδίαση της δειγματοληψίας λαμβάνοντας υπόψη τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ηρακλείου. Σχεδόν τα μισά από τα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης επιλέχθηκαν τυχαία ($n = 17$) και όλοι οι μαθητές του πρώτου βαθμού που παρακολουθούν τα επιλεγμένα σχολεία επιλέχθηκαν να περιλαμβάνονται στο δείγμα της μελέτης , δηλαδή ,στους 835 μαθητές . Λαμβάνοντας υπόψη τις καθημερινές απουσίες , 708 μαθητές συμμετείχαν τελικά (85 %) με τη συμπλήρωση δύο αυτοδιοικούμενων ερωτηματολογίων , ένα για τις κοινωνικοοικονομικές, δημογραφικές και συμπεριφοριστικές πληροφορίες και ένα για το κοινωνικό κεφάλαιο. Δεκαέξι από τους μαθητές δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν πλήρως το ερωτηματολόγιο σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο και ως εκ τούτου, απαλλάχθηκαν από μεταγενέστερες αναλύσεις . Από τα υπόλοιπα 692 άτομα , 42 εξαιρέθηκαν από την παρούσα ανάλυση λόγω ελλιπών τιμών σε μία ή περισσότερες μεταβλητές που μας ενδιαφέρουν . Το τελικό δείγμα περιλάμβανε 658 μαθητές , 292 αγόρια και 366 κορίτσια (78 % του αρχικού δείγματος της μελέτης). Κατά τη σύγκριση των χαρακτηριστικών μεταξύ αυτών δεν υπήρχαν διαφορές σε γενικές γραμμές. Εκείνες που περιλήφθηκαν (650) και εκείνες που εξαιρέθηκαν (42). Οι μέσες τιμές όσο αφορά τους παράγοντες κοινωνικού κεφαλαίου δεν διέφεραν , εκτός

από τον παράγοντα "ανοχή στη διαφορετικότητα " ($\rho = 0,030$) (Κούτρα και συν. 2012).

4.4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ

Κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της συγκεκριμένης έρευνας, μία δυσκολία που παρουσιάστηκε ήταν η καθυστέρηση έγκρισης του πρωτοκόλλου, γεγονός που αποτέλεσε εμπόδιο στο να υλοποιηθεί το χρονοδιάγραμμα. Ακόμη, να τονίσουμε ότι τα ερωτηματολόγια της έρευνας και η βάση δεδομένων spss, παραδόθηκαν έτοιμα στις σπουδάστριες εκ της υπεύθυνης καθηγήτριας, με σκοπό αξιοποίησης των δεδομένων αυτών για μελέτη και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επομένως, δεν αντιμετωπίστηκαν δυσκολίες όσον αφορά το ερευνητικό μέρος της παρούσας μελέτης.

4.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το ερευνητικό εργαλείο, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, δόθηκε εκ μέρους της υπεύθυνης καθηγήτριας όπου, κατόπιν βιβλιογραφικής και ηλεκτρονικής αναζήτησης κατέληξε στην επιλογή δυο σταθμισμένων εργαλείων στα ελληνικά, τα οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, ως προς την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στο κίνδυνο και στις συμπεριφορές υγείας και τη σεξουαλική συμπεριφορά υγείας στους μαθητές Α΄ λυκείου , της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του νομού Ηρακλείου (Koutra et al., 2012).

Σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας, αξιοποίησε το εργαλείο HBSC, το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη κατανάλωση αλκοόλ και άλλες μεταβλητές. Το εργαλείο HBSC είναι ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από ένα διεθνές δίκτυο έρευνας σε συνεργασία με το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη και έχει ήδη χρησιμοποιηθεί για τα ελληνικά δεδομένα (Currie et al. 2011, Koller et al. 2009 & Roberts et al. 2009). Το ερωτηματολόγιο, παρά μια σειρά περιορισμών, έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για τις διακρατικές συγκρίσεις των δεδομένων υψηλής ποιότητας (Roberts, et al. 2007).

Σύμφωνα, λοιπόν με την Κούτρα κ.α (2012), οι ερωτήσεις συμπεριλήφθησαν σε κλίμακα:

1)Ερώτηση 39. Κάπνισμα (4 κατηγορίες: μη καπνιστής έως καθημερινός καπνιστής)

- 2) Ερώτηση 41. Χρήση οινοπνευματώδη ποτών (5 κατηγορίες: δεν έχει μεθύσει ποτέ έως έχει μεθύσει πάνω από 10 φορές)
- 3) Ερώτηση 43. Χρήση κάνναβης (5 κατηγορίες: ποτέ έως κάθε μέρα)
- 4) Ερώτηση 44. Άλλη χρήση παράνομης ουσίας (π.χ. ηρωίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες) 7 κατηγορίες: ποτέ έως πάνω από 40 φορές),
- 5) Ερώτηση 54. Μη χρήση προφυλακτικού κατά τη τελευταία σεξουαλική επαφή (3 κατηγορίες: δεν έχω σεξουαλική δραστηριότητα, ναι, όχι).

Η κατηγοριοποίηση έγινε σύμφωνα με τους Brooks et al (2012). Πρόκειται για ένα πολύ καλά σχεδιασμένο score, που δείχνει τη πραγματική επιβάρυνση, ιδιαίτερα στη χρήση ουσιών και καπνού.

Το μοναδικό μειονέκτημα είναι ότι επειδή δεν είναι σε διακριτή κατάσταση (ναι/όχι) δεν μπορεί να καθορίσει συνδυασμούς παραγόντων (combinations) ώστε να εκτιμούν δείκτες Observed/ Expected ratios και να βρεθεί πιο συνδυασμός είναι ο πιο επιβαρυντικός. Τα μέτρα των αντιλήψεων των συμμετεχόντων για την «peer to peer συμμετοχή στις συμπεριφορές κινδύνου» θα αξιολογηθεί από τέσσερα στοιχεία που σχετίζονται με το ίδιο περιεχόμενο συμπεριφοράς: χρήση οινοπνευματώδη ποτών, κάπνισμα και χρήση ναρκωτικών ουσιών. Οι απαντήσεις σχετικές με τη συμπεριφορά θα κατηγοριοποιηθούν με ναι ή όχι. Στη κατηγοριοποίηση αυτή δεν θα είχε νόημα η χρήση διχοτομημένων απαντήσεων για κάθε ένα παράγοντα, αλλά η χρήση της συνολικής επιβάρυνσης (clustering), όπως δείχνει ο πίνακας παρακάτω:

Η ερώτηση 45 αφορά τέσσερις παράγοντες:

<i>Καπνίζουν;</i>	0=όχι,	Εκτιμήθηκε το clustering, ως άθροιση δηλαδή των 4 (0,1,2,3,4)
	1=ναι	
<i>Πίνουν οινοπνευματώδη ποτά;</i>	0=όχι,	
	1=ναι	
<i>Μεθούν τουλάχιστον μία φορά την βδομάδα;</i>	0=όχι,	
	1=ναι	
<i>Καπνίζουν μαριχουάνα ή χασίς;</i>	0=όχι,	
	1=ναι	

Όσον αφορά, τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου πραγματοποιήθηκε, μέσω της νεανικής κλίμακας κοινωνικού κεφαλαίου (YSCS), η οποία αρχικά αναπτύχθηκε για τη μέτρηση κοινωνικού κεφαλαίου των νεαρών ατόμων, ατομικά (Onyx et al. 2005). Είναι πολιτισμικά προσαρμοσμένη στην ελληνική γλώσσα για τη συλλογή δεδομένων για τις κοινωνικές συνιστώσες του κεφαλαίου (Koutra et al., 2012). Το ερωτηματολόγιο YSCS, αποτελείται από πέντε παράγοντες που εκπροσωπούν διαφορετικές κοινωνικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου. Οι παράγοντες αυτού είναι η «συμμετοχή στην κοινότητα», «φίλοι και συνομήλικοι», «δίκτυα γειτονιάς», «εμπιστοσύνη και ασφάλεια», και «ανοχή στη διαφορετικότητα». Οι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου διερευνούν ποσοτικά κάθε ένα από τους παράγοντες του κεφαλαίου, με την προσθήκη των βαθμολογιών των ερωτήσεων (4-βάθμια κλίμακα). Υψηλότερες βαθμολογίες σε κάθε μία από αυτούς τους παράγοντες αντανακλούν στο υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο για το μαθητή. Είναι ενδιαφέρον, πως οι παράγοντες που εξάγονται αποτελούν τις κύριες συνιστώσες και τις μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου: το γνωστικό («εμπιστοσύνη και ασφάλειας») και το δομική («συμμετοχή στην κοινότητα»). Καθώς και δύο από τις τρεις μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου, που είναι το bonding κοινωνικό κεφαλαίο («φίλοι και συνομήλικοι» «δίκτυα γειτονιάς») και το bridging κοινωνικό κεφαλαίο μέσω των σχέσεων με τους ανθρώπους της διαφορετικής κοινωνικής ταυτότητας ή ομάδας («συμμετοχή στην κοινότητα» και «ανοχή στη διαφορετικότητα») (Koutra et al. 2012).

4.6 ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια των μηνών Απρίλιου-Ιουνίου (2008), όπου χορηγήθηκε γραπτή άδεια από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Ελληνικού Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (αριθμός απόφασης: 20946/G2/20-2-2008) και από το διευθυντή του κάθε σχολείου που συμμετείχε στην έρευνα και η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τη δήλωση του Helsinki. Οι μαθητές έλαβαν γραπτές και προφορικές πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης και την ανωνυμία των απαντήσεών τους. Έτσι δόθηκαν σε αυτούς οι απαραίτητες οδηγίες από τον ερευνητή, ενώ ο καθηγητής περίμενε έξω από την τάξη (Koutra et al. 2012).

4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 19.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των εφήβων ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων μέσω της μεθόδου χ^2 , ανάλυσης διακύμανσης ή μη παραμετρικών μεθόδων όπου δεν ικανοποιείται η κανονικότητα των συνεχόμενων κατανομών. Μέσω της μεθόδους πολλαπλής ανάλυσης συνδιακύμανσης συγκρίθηκαν τα επίπεδα του Κοινωνικού Κεφαλαίου (ΚΚ) μεταξύ των εφήβων που κάνουν έχουν διαβαθμισμένο κίνδυνο συμπεριφορών. Παράλληλα, έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί η αλληλεπίδραση των διαφόρων δημογραφικών χαρακτηριστικών, της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας, της συχνότητας εμφάνισης στους φίλους τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία και των υψηλών επιπέδων των συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου, στη βαθμολογία Συμπεριφορικών Παραγόντων Κινδύνου των εφήβων. Η εκτίμηση των συντελεστών συσχέτισης μέσω της χρήσης κατηγορικής ανάλυσης παλινδρόμησης, ορίζοντας τις κατηγορίες για κάθε προγνωστική παράμετρο. Στην περίπτωση του Κοινωνικού Κεφαλαίου, χρησιμοποιήθηκε η διαβάθμιση χαμηλών/μέτριων και υψηλών επιπέδων σύμφωνα με τις κατά φύλο-ηλικία 75% εκατοστιαίες θέσεις. Από την εφαρμογή δύο μοντέλων – στο 2^ο χρησιμοποιήθηκαν οι συνιστώσες επίδρασης του Κοινωνικού Κεφαλαίου, υπολογίστηκαν και οι δείκτες σχετικής σημασίας ενώ η πολυσυγγραμμικότητα ελέγχθηκε από τους αρνητικούς δείκτες της σημασίας και την αξιολόγηση της ανοχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Σε αυτήν την ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα του ερευνητικού μέρους από το δείγμα μελέτης των 658 εφήβων μαθητών της Κρήτης, ηλικίας 16 έως 18 ετών και θα ακολουθήσει ανάλυση των ευρημάτων.

Σύμφωνα με το **Πίνακα 1**, το δείγμα της μελέτης, συνθέτετε σε ποσοστό 55,6% από κορίτσια και 44,4% από αγόρια. Όσον αφορά την ηλικία, τα αγόρια είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία έναντι των κοριτσιών (16,1±0,4, ανάλυση διακύμανσης: 16,2 έναντι 16,0, $p<0,001$). Σχετικά με τη περιοχή κατοικίας οι έφηβοι διαμένουν σε ποσοστό 57,8% σε αστική-ημιαστική περιοχή, και 42,2% σε αγροτική περιοχή. Χώρα καταγωγής, οι ερωτώμενοι δηλώνουν την Ελλάδα (95,3%), σε αντίθεση, με το 4,7% που δηλώνει κάποια άλλη χώρα. Η μεγάλη πλειοψηφία των γονέων τους σε ποσοστό 93% γεννήθηκαν στην Ελλάδα, το 3,3% απάντησε πως τουλάχιστον ένας γονέας έχει γεννηθεί στην Ελλάδα και το 3,6% έχουν γονείς από άλλη χώρα εκτός Ελλάδας. Το 69,5% των μαθητών διαμένουν με πυρηνική οικογένεια, το 15,9% με εκτεταμένη οικογένεια, το 11,8% με μονογονεϊκή και τέλος, με παππούδες, με θετό γονέα ή ανάδοχο γονέα διαμένει το 2,9% του συνόλου των μαθητών. Τέλος, σχετικά με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας των μαθητών, το 46% θεωρεί τη κατάσταση της υγείας του ως πολύ καλή.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία μαθητών

		v	%
Φύλο	<i>αγόρια</i>	292	44,4
	<i>κορίτσια</i>	366	55,6
<hr/>			
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση ηλικία±τυπ. απόκλιση</i>	16,1±0,4	
<hr/>			
Περιοχή κατοικίας	<i>αστική, ημιαστική</i>	378	57,8
	<i>αγροτική</i>	276	42,2

Χώρα καταγωγής	<i>Ελλάδα</i>	627	95,3
	<i>άλλη</i>	31	4,7
Χώρα γέννησης γονιών	<i>Ελλάδα</i>	612	93,0
	<i>Ελλάδα, τουλάχιστον ένας</i>	22	3,3
	<i>άλλη χώρα</i>	24	3,6
Τύπος οικογένειας	<i>μονογονεϊκή</i>	77	11,8
	<i>πυρηνική</i>	455	69,5
	<i>εκτεταμένη</i>	104	15,9
	<i>με θετό, με παππούδες, ανάδοχη, άλλο</i>	19	2,9
Κατάσταση υγείας	<i>πολύ καλή</i>	303	46,0

Ο Πίνακας 2 συνοψίζει τη συχνότητα εμφάνισης των πέντε (5) πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ-multiple health risk behaviors- hrbs) του δείγματος, για αγόρια και κορίτσια και για το συνολικό δείγμα.

Αρχικά, όσον αφορά το κάπνισμα, ως παράγοντα συμπεριφορικού κινδύνου για την υγεία των μαθητών του δείγματος της παρούσας μελέτης, το 78,3% του συνολικού δείγματος δεν έχει καπνίσει ποτέ. Από αυτούς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, τα αγόρια αποτελούν το 75,7% του δείγματος, ενώ, τα κορίτσια το 80,3%. Σχετικά με τη συχνότητα του καπνίσματος τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, το 7,6% καπνίζει τουλάχιστον μια φορά ή και λιγότερο την εβδομάδα · εκ του οποίου, τα αγόρια που καπνίζουν τουλάχιστον μια φορά ή και λιγότερο την εβδομάδα, συγκεντρώνουν ποσοστό 7,2% σε αντίθεση με τα κορίτσια που αποτελούν το 7,9% του δείγματος. Δεν παρατηρούνται σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στη παραπάνω μεταβλητή. Τέλος, οι μαθητές του δείγματος που καπνίζουν κάθε μέρα αποτελούν το 14,1% του συνολικού δείγματος, με τα αγόρια να φθάνουν το 17,1% και τα κορίτσια το 11,7% .

Αναφορικά με τη μέθη ως παράγοντα συμπεριφορικού κινδύνου για την υγεία των μαθητών του δείγματος, το 53,2% αυτών αναφέρουν ότι δεν έχουν μεθύσει ποτέ. Από αυτούς, το 43,8% είναι αγόρια και το 60,7% είναι κορίτσια. Οι έφηβοι που έχουν

μεθύσει μια φορά, φθάνουν το 21,3% του συνολικού δείγματος. Από τους μαθητές που έχουν μεθύσει μια φορά, το 22,3% είναι αγόρια και το 20,5% κορίτσια. Τέλος, οι μαθητές της μελέτης, οι οποίοι έχουν μεθύσει από δύο φορές και πάνω, αγγίζουν το 25,5%, με τα αγόρια να φθάνουν το 33,9% και τα κορίτσια το 18,9%. Παρατηρούμε ότι τα αγόρια είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ($p=0,001$).

Τρίτος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου των μαθητών της μελέτης είναι η χρήση χασίς. Διαπιστώνεται πως το 96,5% του συνολικού δείγματος δεν έχει κάνει ποτέ χρήση χασίς, ενώ το 0,8% αναφέρει ότι έχει κάνει ή κάνει χρήση μια φορά το μήνα και το 2,7% κάνει χρήση χασίς δυο ή και παραπάνω φορές το μήνα. Πιο αναλυτικά, από το 96,5% του δείγματος που δεν έχει κάνει ποτέ χρήση χασίς, το 92,8% είναι αγόρια και το 99,5% κορίτσια. Οι μαθητές που αναφέρουν ότι κάνουν χρήση χασίς μια φορά το μήνα, φθάνουν μόλις 0,8% με τα αγόρια να έχουν προβάδισμα, 1% έναντι, 0,5% από τα κορίτσια του δείγματος. Παρατηρούμε ότι τα αγόρια είναι στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ($p=0,001$) όπου (1,0%) σε αντίθεση με τα κορίτσια (0,5%). Τέλος, το ποσοστό 2,7% του δείγματος, που κάνει χρήση χασίς δυο ή και παραπάνω φορές το μήνα, είναι το 6,2% των αγοριών της μελέτης.

Η χρήση άλλων ουσιών όπως κάποια εισπνεόμενη ουσία όπως κόλλα ή βενζίνη, έκσταση ή άλλα συνθετικά ναρκωτικά, ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια κ.α. επιλέχθηκε ως ένας από τους παράγοντες συμπεριφορικού κινδύνου για την υγεία των μαθητών της μελέτης. Διαπιστώθηκε ότι το 89,4% των μαθητών δεν έχει κάνει ποτέ χρήση κάποιας άλλης ουσίας σε όλη του τη ζωή, με τα αγόρια να φθάνουν το 85,6% και τα κορίτσια, το 92,3% αντίστοιχα. Από το σύνολο του δείγματος, το 5,6% αναφέρει ότι έχει κάνει χρήση κάποιας άλλης ουσίας μια έως δυο φορές σε όλη του τη ζωή με τα αγόρια να προηγούνται (6,5%) έναντι των κοριτσιών (4,9%). Παρατηρούμε ότι τα αγόρια βρίσκονται στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ($p=0,006$) με 6,5% από τα κορίτσια με 4,9%. Τέλος, οι μαθητές που έχουν κάνει χρήση κάποιας άλλης ουσίας από τρεις ή και παραπάνω φορές σε όλη τους τη ζωή αγγίζουν το 5% του συνολικού δείγματος με τα αγόρια και πάλι να ηγούνται έναντι των κοριτσιών (7,9% ν 2,7%, αντίστοιχα).

Ο τελευταίος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου αφορά στην ενεργή σεξουαλική επαφή των μαθητών. Απαραίτητο θεωρεί τη χρήση προφυλακτικού το 63,4% του συνολικού δείγματος που δεν είναι ενεργό σεξουαλικά. Ειδικότερα, από

τους μη ενεργούς σεξουαλικά μαθητές του δείγματος το 80,1% είναι κορίτσια και το 42,5% αγόρια. Παρατηρούμε ότι τα αγόρια βρίσκονται στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ($p= 0,001$) (55,1% σε αντίθεση με τα κορίτσια 18%). Όσοι εκ του δείγματος είναι ενεργοί σεξουαλικά και χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 34,5% εκ του συνόλου, με το 55,1% αυτών να είναι αγόρια και το 18% κορίτσια. Τέλος, οι μαθητές που δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 2,1% του δείγματος με τα αγόρια να ηγούνται στην χρήση σε σχέση με τα κορίτσια (2,4% ν 1,9%).

Βλέποντας τη μέση τιμή του δείκτη ΣΠΚ διαπιστώνουμε ότι τα αγόρια διατρέχουν στατιστικά μεγαλύτερο κίνδυνο από τα κορίτσια ($2,3\pm 2,2$ ν $1,2\pm 1,6$, αντίστοιχα). Συνολικά, οι μαθητές που δεν διατρέχουν κανέναν κίνδυνο και συγκέντρωσαν βαθμολογία 0, αποτελούν το 38,9% του δείγματος, με τα αγόρια να φθάνουν το 25% και τα κορίτσια το 50% αντίστοιχα. Οι μαθητές του δείγματος που διατρέχουν κάποιο κίνδυνο και συγκέντρωσαν βαθμολογία από 1 έως 5, φθάνουν το 55,9% εκ των οποίων, το 66,1% είναι αγόρια και το 47,8% κορίτσια. Παρατηρούμε ότι τα αγόρια βρίσκονται στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ($p=0,001$) (66,1% των αγοριών σε αντίθεση με το 47,8% των κοριτσιών). Τέλος, οι μαθητές του δείγματος που στη μέτρηση των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου συγκέντρωσαν βαθμολογία από 6 έως 10, είναι αυτοί που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο. Εκ του συνολικού δείγματος, οι μαθητές με επικίνδυνες συμπεριφορές φθάνουν στο 5,2%, με το 8,9% να είναι αγόρια και με το 2,2% κορίτσια, αντίστοιχα.

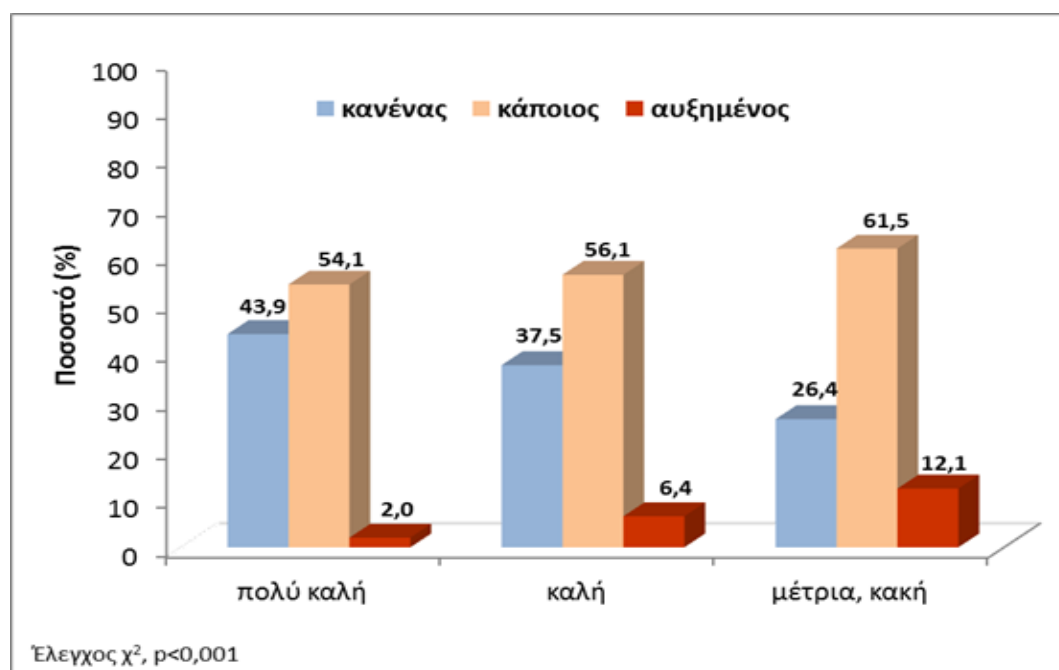
Πίνακας 2. Συχνότητα εμφάνισης πέντε (5) πολλαπλών συμπεριφορών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ-multiple health risk behaviors- hrbs) στην υγεία των μαθητών

		Σύνολο n=658	Αγόρια n=292	Κορίτσια n=366	
Παράγοντες κινδύνου		n (%)			p-value
Κάπνισμα	ποτέ	515 (78,3)	221 (75,7)	294 (80,3)	
	≤1 φορά την εβδομάδα	50 (7,6)	21 (7,2)	29 (7,9)	0,144
	κάθε μέρα	93 (14,1)	50 (17,1)	43 (11,7)	
Μέθη από κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών	ποτέ	350 (53,2)	128 (43,8)	222 (60,7)	
	ναι, μια φορά	140 (21,3)	65 (22,3)	75 (20,5)	<0,001
	ναι, 2+ φορές	168 (25,5)	99 (33,9)	69 (18,9)	
Χρήση χασίς	ποτέ	635 (96,5)	271 (92,8)	364 (99,5)	
	ναι, μια φορά το μήνα	5 (0,8)	3 (1,0)	2 (0,5)	<0,001
	ναι, 2+ φορές το μήνα	18 (2,7)	18 (6,2)	-	
Χρήση άλλων ουσιών	ποτέ	588 (89,4)	250 (85,6)	338 (92,3)	
	ναι, 1-2 φορές	37 (5,6)	19 (6,5)	18 (4,9)	0,006
	ναι, 3+ φορές	33 (5,0)	23 (7,9)	10 (2,7)	
Χρήση προφυλακτικού	μη ενεργοί σεξουαλικά	417 (63,4)	124 (42,5)	293 (80,1)	
	ναι	227 (34,5)	161 (55,1)	66 (18,0)	<0,001
	όχι	14 (2,1)	7 (2,4)	7 (1,9)	
Βαθμολογία ΣΠΚ	Μέση τιμή±τ.α.	1,7±2,0	2,3±2,2	1,2±1,6	<0,001
	Κανένας κίνδυνος (0 βαθμολογία)	256 (38,9)	73 (25,0)	183 (50,0)	
	Κάποιος κίνδυνος (1-5 βαθμολογία)	368 (55,9)	193 (66,1)	175 (47,8)	<0,001
	Αυξημένος κίνδυνος (6-10 βαθμολογία)	34 (5,2)	26 (8,9)	8 (2,2)	

ΣΠΚ, συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου. τ.α., τυπική απόκλιση.
Έλεγχος χ^2 μεταξύ φύλων και Mann Whitney.

Στο **Γράφημα 1** αποτυπώνεται η βαθμολογία εμφάνισης του κινδύνου σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ) σε σχέση με το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας των μαθητών του δείγματος. Από το Γράφημα 1 προκύπτει ότι οι μαθητές που αυτοαναφέρουν «πολύ καλή» υγεία δεν διατρέχουν «κανένα κίνδυνο» σε ποσοστό 43,9%. «Κάποιο κίνδυνο» φαίνεται να διατρέχουν το 54,1% που δηλώνει «πολύ καλή υγεία» και «αυξημένο κίνδυνο» με «πολύ καλή υγεία» διατρέχει μόλις το 2,1%. Οι μαθητές που αναφέρουν καλή αυτοαναφερόμενη υγεία δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο σε ποσοστό 37,5%, διατρέχουν «κάποιο κίνδυνο» σε ποσοστό 56,1% και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο οι μαθητές με ποσοστό 6,4% εκ του συνολικού δείγματος. Τέλος, εκείνοι που αναφέρουν κακή υγεία δεν διατρέχουν κανένα κίνδυνο σε ποσοστό 26,4%, σε ποσοστό 61,5% διατρέχουν κάποιο κίνδυνο ενώ αυξημένο κίνδυνο αντιμετωπίζει το 12,1%. Διακριτή είναι από το γράφημα η θετική σχέση της καλής υγείας με τον κανένα κίνδυνο. Όσο η υγεία βελτιώνεται τόσο ο κίνδυνος μειώνεται. Αξιοσημείωτο αναφοράς όμως είναι και το ότι όσο καλή ή κακή υγεία διατρέχει ο έφηβος τα ποσοστά λήψης κάποιου κινδύνου είναι φανερά υψηλά.

Γράφημα 1.Βαθμολογία εμφάνισης του κινδύνου σύμφωνα με τους 5 πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ) σε σχέση με το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας των μαθητών.



Διαπιστώνουμε οπότε πως, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις μεταβλητές. Δηλαδή, όσο καλύτερη αυτοαναφερόμενη υγεία τόσο λιγότερος κίνδυνος, ενώ, κακή αυτοαναφερόμενη υγεία μειώνεται το ποσοστό της μεταβλητής «κανένας κίνδυνος». Επομένως υπάρχει προστατευτική σχέση ανάμεσα στην υγεία και στο κίνδυνο. Ο κάποιος κίνδυνος αυξάνει όσο η υγεία χειροτερεύει άρα επέρχεται αρνητική επίδραση και επιβαρυντική. Τέλος, η καλή υγεία έχει μειωμένο αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τη κακή όπου έχει αυξημένα ποσοστά κινδύνου, άρα εκεί έχουμε μια επιβαρυντική σχέση ανάμεσα τους.

Στο **Πίνακα 3**, διαφαίνεται η συχνότητα εμφάνισης τεσσάρων εκ των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου με την υγεία των φίλων των μαθητών του δείγματος της μελέτης. Έτσι προκύπτει ότι, ο πρώτος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου που εμφανίζεται στους φίλους των μαθητών του δείγματος μελέτης είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος. Μάλιστα τα αγόρια φίλοι (94,5%) εμφανίζουν στατιστικά σημαντικό προβάδισμα αναφορικά με τα κορίτσια (97,3%) του δείγματος (p -value **0,006**). Το κάπνισμα εμφανίζεται με ποσοστό του 81,6% ως ο δεύτερος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου στους φίλους των μαθητών του δείγματος. Τα αγόρια φίλοι έχουν αυξημένα ποσοστά (83,9%) σε σχέση με τα κορίτσια (79,7%) αν και η σχέση δεν είναι στατιστικά σημαντική (p -value 0,188). Ακολουθεί η μέθη (40,5%) ως ο τρίτος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου των φίλων του δείγματος μελέτης. Εδώ το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την μέθη των φίλων αγοριών (49,3%) σε σχέση με το 33,4% των κοριτσιών (p -value **<0,001**). Η χρήση χασίς ή μαριχουάνας ως ο τέταρτος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου που εμφανίζεται στους φίλους του δείγματος μελέτης κατέχει μόλις 13,1% του δείγματος και ελαφριά διαφοροποιείται στα αγόρια φίλους με 15,4% συγκριτικά με τα κορίτσια φίλους με 11,3% χωρίς στατιστικά σημαντική επίδραση (p -value 0,131).

Τέλος σχετικά με την συγκέντρωση, πρώτη φορά παρατηρείται ότι τα κορίτσια του δείγματος έχουν στατιστικά σημαντική επίδοση στη συγκέντρωση δυο συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (τη κατανάλωση οινοπνεύματος και τη μέθη,

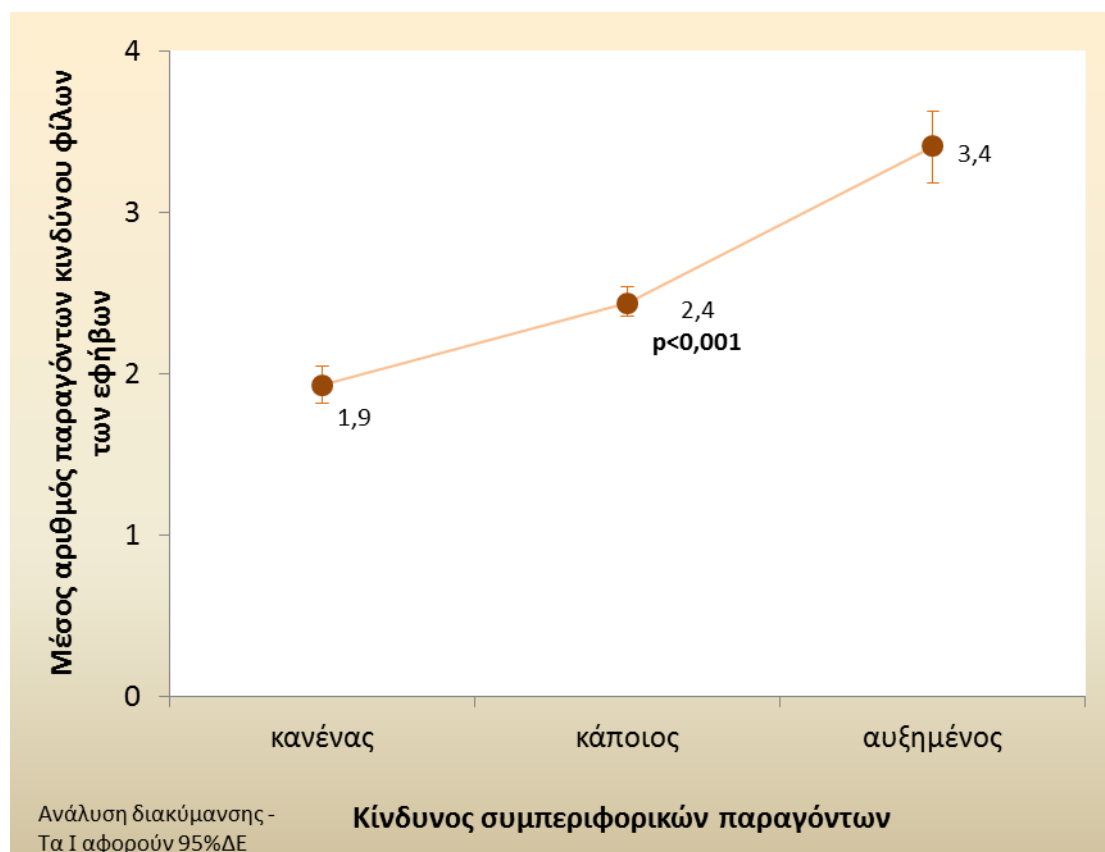
p -value= **0,002**). Τέλος, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση για τα αγόρια φίλους $2,5\pm 0,9$ σε αντίθεση με τα κορίτσια $2,2\pm 1,0$ (p -value <**0,001**).

Πίνακας 3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, 657 ΦΙΛΩΝ ΤΩΝ 658 ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ.

		Σύνολο v=657	Αγόρια v=292	Κορίτσια v=365	
<i>Παράγοντες κινδύνου</i>		v (%)			<i>p</i> -value
Κάπνισμα		536 (81,6)	245 (83,9)	291 (79,7)	0,188
Κατανάλωση οινοπνεύματος		621 (94,5)	284 (97,3)	337 (92,3)	0,006
Μέθη		265 (40,5)	143 (49,3)	122 (33,4)	<0,001
Χρήση χασίς ή μαριχουάνας		86 (13,1)	45 (15,4)	41 (11,3)	0,131
Συγκέντρωση	<i>Μέσος αριθμός±τ.α.</i>	2,3±0,9	2,5±0,9	2,2±1,0	<0,001
	0	26 (4,0)	5 (1,7)	21 (5,8)	
	1	86 (13,1)	33 (11,3)	53 (14,5)	
	2	272 (41,4)	111 (38,0)	161 (44,1)	0,002
	3	214 (32,6)	110 (37,7)	104 (28,5)	
	4	59 (9,0)	33 (11,3)	26 (7,1)	
τ.α., τυπική απόκλιση. Έλεγχος χ^2 μεταξύ φύλων και ανάλυση διακύμανσης.					

Στο **Γράφημα 2** φαίνεται ο μέσος αριθμός των τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των 657 φίλων του δείγματος μελέτης της παρούσας έρευνας, ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου των ΣΠΚ (υιοθέτηση συμπεριφορών κινδύνου και επίδραση από άλλες ανάλογες συμπεριφορές φίλων). Πρακτικά, το σχήμα δείχνει ότι οι έφηβοι που έχουν αυξημένο συμπεριφορικό κίνδυνο, έχουν παράλληλα φίλους με αυξημένη συγκέντρωση ανάλογων δυσμενών συμπεριφορών και αυτή η θετική γραμμική συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική (p -value **0,001**).

Γράφημα 2. Μέσος αριθμός 4 συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των 657 φίλων του δείγματος ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου των ΣΠΚ.



5.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Ο Πίνακας 4 περιγράφει τα επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου και αναλύεται στους 5 παράγοντες αλλά και με την συνολική βαθμολογία του κοινωνικού κεφαλαίου με τη μέθοδο ανάλυσης διακύμανσης (η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον Levene έλεγχο). Από το σύνολο των 5 παραγόντων, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική η συμμετοχή στα αγόρια του δείγματος, όπου τα αγόρια συμμετέχουν περισσότερο στη κοινότητα από ότι τα κορίτσια (15,% έναντι 14,6% αντίστοιχα, $p=0.016$). Τέλος,

παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα κορίτσια και στα αγόρια σε σχέση με την ανεκτικότητα στη διαφορετικότητα, όπου αποδεικνύεται ότι τα κορίτσια είναι πιο ανεκτικά στη διαφορετικότητα σε σχέση με τα αγόρια (10,3% έναντι 10,7%, αντίστοιχα, $p=0.012$).

Πίνακας 4. Επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου στους 658 μαθητές της μελέτης.

	Αγόρια v=292	Κορίτσια v=366	
Μέση τιμή±ΤΑ			p-value
Κοινωνικό Κεφάλαιο			
Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα	15,4±4,3	14,6±4,6	0,016
Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους	23,4±3,4	23,7±3,2	0,234
Σχέσεις με τους Γείτονες	7,6±2,7	7,7±2,5	0,470
Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας	15,8±2,5	16,0±2,3	0,316
Ανοχή στη Διαφορετικότητα	10,3±2,0	10,7±2,1	0,012
Συνολική βαθμολογία ΚΚ	72,4±9,5	72,6±9,0	0,778
ΤΑ, Τυπική Απόκλιση. Ανάλυση διακύμανσης (η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον Levene έλεγχο).			

Ο Πίνακας 5 περιγράφει τη σχέση των επιπέδων του κοινωνικού κεφαλαίου με τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου για την υγεία, σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες. Φαίνεται, ότι όσοι συμμετέχουν στη τοπική κοινότητα (15,4%, $p\text{-value}= 0,032$), όσοι έχουν σχέσεις με συγγενείς και φίλους (23,9±0,2 $p\text{-value}= 0,007$) και όσοι έχουν επαφές με τους γείτονες έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή την εμφάνιση κάποιου κινδύνου. Αντιθέτως, όσοι εμφανίζουν υψηλά σκορ στο επίπεδο του κοινωνικού κεφαλαίου που αφορά το αίσθημα της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή βαθμολογία στην εμφάνιση κανενός κινδύνου για την υγεία (16,2%, $p\text{-value}=0,034$). Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι όσο περισσότερη η συμμετοχή στην κοινότητα και στα δίκτυα συγγενών, φίλων

και γειτόνων, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιου κινδύνου (73,5% p -value=0,027).

Πίνακας 5. Επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου στους 658 έφηβους της Κρήτης ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου για την υγεία σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ), στους 658 έφηβους της Κρήτης.

Βαθμολογία 5 ΣΠΚ				
	<i>Κανένας κίνδυνος</i>	<i>Κάποιος</i>	<i>Αυξημένος</i>	
Μέση τιμή±ΤΣ				<i>p</i> -value
Κοινωνικό Κεφάλαιο				
<i>Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα</i>	14,4±0,3	15,4±0,2	14,7±0,8	0,032
<i>Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους</i>	23,0±0,2	23,9±0,2	24,4±0,6	0,007
<i>Σχέσεις με τους Γείτονες</i>	7,4±0,2	7,9±0,1	7,5±0,5	0,034
<i>Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας</i>	16,2±0,2	15,8±0,1	14,9±0,4	0,013
<i>Ανοχή στη Διαφορετικότητα</i>	10,5±0,1	10,5±0,1	10,0±0,4	0,598
<i>Συνολική βαθμολογία ΚΚ</i>	71,5±0,6	73,5±0,5	71,5±1,7	0,027
ΤΣ, Τυπικό σφάλμα. Πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης (η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον Levene έλεγχο). Ως συμμεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εφήβων, η κατάσταση της υγείας τους καθώς και η συχνότητα εμφάνισης στους φίλους τους τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία.				

Στο **Πίνακα 6** φαίνεται η συχνότητα εμφάνισης των πέντε πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ) για την υγεία, ως προς τις κατηγορίες του Κοινωνικού κεφαλαίου. Έτσι, παρατηρείται πως η εμφάνιση κάποιου κινδύνου σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο. Δηλαδή ο μεσαίος βαθμός εμφάνισης κινδύνου (σκορ 1 έως 5) αυξάνει θετικά το υψηλό

κοινωνικό κεφάλαιο. Επομένως οι μαθητές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο παρουσιάζουν μεσαία εμφάνιση κινδύνου, μια καθόλου προστατευτική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου (65,5%, p -value=0,009).

Πίνακας 6. Συχνότητα εμφάνισης πέντε πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ ή multiple health risk behaviours – HRBs) για την υγεία, σε 658 έφηβους της Κρήτης ως προς τις κατηγορίες του Κοινωνικού Κεφαλαίου.

		<i>Συνολική βαθμολογία ΚΚ</i>		<i>p-value</i>
		Εκατοστιαία θέση κατά φύλο-ηλικία:		
		<i><75% (v=493)</i>	<i>75%+ (v=165)</i>	
<i>Παράγοντες κινδύνου</i>		<i>%</i>		
Κάπνισμα	<i>ποτέ</i>	78,7	77,0	
	<i>≤1 φορά την εβδομάδα</i>	6,7	10,3	0,290
	<i>κάθε μέρα</i>	14,6	12,7	
Μεθύσι	<i>ποτέ</i>	55,0	47,9	
	<i>ναι, μια φορά</i>	20,3	24,2	0,279
	<i>ναι, 2+ φορές</i>	24,7	27,9	
Χρήση χασίς	<i>ποτέ</i>	96,1	97,6	
	<i>ναι, μια φορά το μήνα</i>	1,0	0,0	0,411
	<i>ναι, 2+ φορές το μήνα</i>	2,8	2,4	
Χρήση άλλων ουσιών	<i>ποτέ</i>	87,8	93,9	
	<i>ναι, 1-2 φορές</i>	6,1	4,2	0,056
	<i>ναι, 3+ φορές</i>	6,1	1,8	
Χρήση προφυλακτικού	<i>μη ενεργοί σεξουαλικά</i>	65,7	56,4	
	<i>ναι</i>	32,5	40,6	0,085
	<i>όχι</i>	1,8	3,0	
Βαθμολογία ΣΠΚ				
<i>Κανένας κίνδυνος (0 βαθμολογία)</i>		41,2	32,1	
<i>Κάποιος κίνδυνος (1-5 βαθμολογία)</i>		52,7	65,5	0,009
<i>Αυξημένος κίνδυνος (6-10 βαθμολογία)</i>		6,1	2,4	
ΣΠΚ, συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου. Έλεγχος χ^2				

Στο **Πίνακα 7**, περιγράφεται η κατηγορική ανάλυση παλινδρόμησης της βαθμολογίας ΣΠΚ για την υγεία του δείγματος, σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ), ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την κατάσταση υγείας, τη συχνότητα εμφάνισης στους φίλους τους τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία και τα υψηλά επίπεδα των συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου. Εστιάζοντας στο δεύτερο μοντέλο καθ' ότι πιο ολοκληρωμένο φαίνεται ότι τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων και αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($b=0,0075$, $p\text{-value}<0,020$).

Στη συνέχεια, βλέπουμε ότι όσο η ηλικία των μαθητών μεγαλώνει είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου και αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($b=0,180$, $p\text{-value}<0,041$).

Έπειτα οι μαθητές του δείγματος που δηλώνουν κακή αυτοαναφερόμενη υγεία έχουν περισσότερη πιθανότητα εμφάνισης πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου και αυτό είναι στατιστικά σημαντικό ($b=0,180$, $p\text{-value}<0,001$).

Κατόπιν, όσο περισσότερο αυξάνεται η συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο τόσο αυξάνονται οι επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές. Οι μαθητές που συμμετέχουν στο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές ($b=0,137$, $p\text{-value}<0,025$).

Πίνακας 7. Κατηγορική ανάλυση παλινδρόμησης της βαθμολογίας ΣΠΚ για την υγεία σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ), στους 658 έφηβους της Κρήτης, ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την κατάσταση υγείας, τη συχνότητα εμφάνισης στους φίλους τους τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία και τα υψηλά επίπεδα των συνιστωσών του Κοινωνικού Κεφαλαίου.

1 ^ο μοντέλο				2 ^ο μοντέλο			
Παράμετροι	standardized beta (τ.σ.)	F	P-values	standardized beta (s.e.)	F	P-values	Σχετική σημασία (δείκτης Pratt)
Φύλο	-0,113 (0,046)	6,13	0,014	-0,108 (0,046)	5,44	0,020	0,075
Ηλικία	0,138 (0,078)	3,09	0,079	0,157 (0,076)	4,22	0,041	0,180
Περιοχή κατοικίας	0,036 (0,033)	1,15	0,284	0,046 (0,036)	1,65	0,200	0,015
Χώρα καταγωγής	0,149 (0,086)	0,97	0,086	0,151 (0,088)	2,92	0,088	-0,037
Χώρα γέννησης γονέων	0,153 (0,097)	0,47	0,086	0,144 (0,092)	2,46	0,087	0,088
Τύπος οικογένειας	0,100 (0,055)	3,34	0,019	0,095 (0,053)	3,23	0,023	0,063
Αυτοαναφερόμενη υγείας	0,151 (0,042)	12,90	<0,001	0,138 (0,045)	9,41	<0,001	0,118
Συγκέντρωση ΣΠΚ σε φίλους	0,250 (0,045)	30,22	<0,001	0,246 (0,049)	25,30	<0,001	0,408
Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα	-			0,137 (0,061)	5,05	0,025	-0,016
Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους	-			-0,008 (0,058)	0,02	0,893	0,002
Σχέσεις με τους Γείτονες	-			0,047 (0,059)	0,65	0,419	-0,010
Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας	-			-0,036 (0,033)	1,24	0,266	0,024
Ανοχή στη Διαφορετικότητα	-			0,029 (0,050)	0,34	0,558	0,003
Συνολική βαθμολογία ΚΚ	-			-0,151 (0,074)	4,13	0,043	0,087
<i>R² adjusted</i>	0,136			0,138			

τ.σ. τυπικό σφάλμα: εκτιμήθηκαν μέσω τεχνικής bootstrap. Ως κατηγορικές μεταβλητές καθορίστηκαν: η εξαρτημένη μεταβλητή της βαθμολογίας ΣΠΚ (κανένας κίνδυνος, κάποιος, αυξημένος) και οι ανεξάρτητες το φύλο (αγόρια, κορίτσια), η αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας (πολύ καλή, καλή, μέτρια/κακή) και οι συνιστώσες του Κοινωνικού Κεφαλαίου που αφορούν τις 75% κατά φύλο-ηλικία εκατοστιαίες θέσεις (<75%, 75%+). Ως ονομαστικές χρησιμοποιήθηκαν η περιοχή κατοικίας (αστική/ημιαστική, αγροτική), η χώρα καταγωγής (Ελλάδα, άλλη), η χώρα γέννησης των γονιών (Ελλάδα, Ελλάδα ένας από τους δύο, Άλλη χώρα) και ο τύπος οικογένειας (μονογονεϊκή, πυρηνική, εκτεταμένη, με θετό-παππούδες-ανάδοχη-άλλο). Ως αριθμητικές καθορίστηκαν η ηλικία και ο αριθμός συγκέντρωσης των τεσσάρων παραγόντων κινδύνου που έχουν οι φίλοι των εφήβων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη παρούσα μελέτη διερευνήσαμε τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του μαθητή, την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στη ζωή του, όσον αφορά τη συμπεριφορά υγείας απέναντι στο κίνδυνο, την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας του, τη συμπεριφορά της υγείας του, το φιλικό περιβάλλον του και το οικογενειακό περιβάλλον του μαθητή.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

Ερευνητική υπόθεση:

- **Το υψηλό κοινωνικό κεφαλαίο των μαθητών λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στον κίνδυνο από την μη τήρηση προστατευτικών μέσων στην σεξουαλική συμπεριφορά του εφήβου.**

Στη συγκεκριμένη υπόθεση, προκύπτει από το σύνολο των αποτελεσμάτων και συγκεκριμένα φαίνεται στο πίνακα 6, που περιγράφει τη συχνότητα των πέντε πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία ως προς τις κατηγορίες του κοινωνικού κεφαλαίου, ότι γενικότερα οι μαθητές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο παρουσιάζουν μεσαία εμφάνιση κινδύνου, μια όχι τόσο προστατευτική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου. Επιπλέον, απ' το πίνακα 7 διακρίνεται ότι όσο περισσότερο αυξάνεται η συμμετοχή του εφήβου στο κοινωνικό κεφάλαιο, τόσο αυξάνονται οι επικίνδυνες για την υγεία του, συμπεριφορές. Άρα, οι μαθητές που συμμετέχουν στο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Επομένως, η συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση δεν επαληθεύεται σύμφωνα με τα ερευνητικά μας δεδομένα. Παρ' όλα αυτά, σε βιβλιογραφικές αναζητήσεις που έχουν συμπεριληφθεί στο θεωρητικό μέρος της μελέτης έχει διαπιστωθεί ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο προστατεύει τον έφηβο από τον κίνδυνο.

Περαιτέρω, οι σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι του δείγματος, όπως φαίνεται στο πίνακα 2 (συχνότητα εμφάνισης των πέντε πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου στην υγεία των μαθητών), χρησιμοποιούν, προστατευτικά μέσα και συγκεκριμένα, η χρήση προφυλακτικού, έχει ποσοστό 34, 5%. Επομένως, φαίνεται

ότι η υπόθεση μας απορρίπτεται. Στην Ελλάδα μεταξύ του 2001 και του 2011, δε καταγράφονται σημαντικές μεταβολές στα ποσοστά των εφήβων που αναφέρουν ότι η χρήση του προφυλακτικού είναι το πρώτο προστατευτικό μέτρο προφύλαξης κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών τους επαφών και τα αποτελέσματα των ερευνών συμφωνούν με τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα.

Στις Ευρωπαϊκές χώρες, τα δεδομένα δεν μεταβάλλονται ιδιαίτερα, καθώς υπάρχει πολύ υψηλή λήψη μέτρων προστασίας. Ενδεικτικά αναφέρουμε, ερευνητικά δεδομένα από Γερμανία, Γαλλία, Ολλανδία, όπου οι νέοι χρησιμοποιούν ως προστατευτικό μέτρο περισσότερο τα αντισυλληπτικά χάπια οι γυναίκες και το προφυλακτικό οι άντρες (Alford και Hauser, 2011), στην Εσθονία το 91% των αγοριών ανέφερε ότι χρησιμοποίησαν προφυλακτικό την τελευταία φορά που είχαν σεξουαλική επαφή και στη Σουηδία, το 78%, με το ποσοστό να κυμαίνεται από 69% μεταξύ των αγοριών (Καναβού, και συν., 2010).

Συσχετίζοντας τους πέντε συμπεριφορικούς παράγοντες με το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο, διαπιστώσαμε πως σχετικά με τη χρήση προστατευτικών μέτρων κατά τη σεξουαλική επαφή, το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί προστατευτικά απέναντι σε αυτό το κίνδυνο (πίνακας 6). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Crosby et al. (2003), στα ευρήματά τους, ερεύνησαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχει μια βαθιά επίδραση στην επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων και απέδειξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο ήταν αντιστρόφως ανάλογο με τις σεξουαλικές συμπεριφορές κινδύνου και σχετίζεται θετικά με τις υγιείς σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας. Όσον αφορά, τους μη σεξουαλικά ενεργούς έφηβους, στη παρούσα μελέτη, συγκεντρώνουν τη πλειοψηφία του δείγματος μας και ταυτίζονται και εκείνοι θετικά με τη χρήση προφυλακτικού και ταυτόχρονα με τη προστατευτική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου προς αυτούς. Ακόμη, τα ερευνητικά μας δεδομένα, επικυρώνουν οι Henderson et al, (2011), όπου σε έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο που πραγματοποιήθηκε σε έφηβους 17 ετών, οι μη σεξουαλικά δραστήριοι έφηβοι, αποτελούν το 50% και φαίνεται να έχουν σημαντικά υψηλή συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- **Το φύλο διαφοροποιεί το συνολικό κοινωνικό κεφαλαίο και το συνολικό κίνδυνο με τα αγόρια να κινδυνεύουν περισσότερο;**

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, επιβεβαιώθηκε και ως προς τα δυο σκέλη, το φύλο παίζει καθοριστικό ρόλο και διαφοροποιείται στο κοινωνικό κεφάλαιο και το συνολικό κίνδυνο. Αυτό αποδεικνύεται από τα εξής ερευνητικά δεδομένα της παρούσας μελέτης :

Όσον αφορά το συνολικό κίνδυνο: α) τα αγόρια διατρέχουν στατιστικά μεγαλύτερο κίνδυνο από τα κορίτσια, β) τα αγόρια διαμορφώνουν επικίνδυνες συμπεριφορές.

Όσον αφορά το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο: α) τα αγόρια έχουν περισσότερη συμμετοχή στα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, β) τα αγόρια έχουν περισσότερη συμμετοχή στη τοπική κοινότητα απ' ότι τα κορίτσια, τα οποία είναι πιο ανεκτικά στη διαφορετικότητα (πίνακας, 4).

Στα επιδημιολογικά δεδομένα του κοινωνικού κεφαλαίου (Κεφάλαιο 2), σχετικά με τη ψυχομετρική θεώρηση του εφηβικού κοινωνικού κεφαλαίου, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους νέους της Κρήτης, αναφέρεται ότι τα αγόρια σκοράρουν υψηλότερα στη συμμετοχή τους στη κοινότητα και την εμπιστοσύνη και την ασφάλεια σε σύγκριση με τα κορίτσια (Κούτρα και συν. 2012). Το παραπάνω ερευνητικό δεδομένο επιβεβαιώνει τα ευρήματα της δικής μας μελέτης.

Κατόπιν, σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο και το φύλο, τα ευρήματα μας είναι σε συμφωνία με τους Dallango et al. (2009), οι οποίοι εντόπισαν κι αυτοί διαφορές μεταξύ του φύλου και του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου, σε μαθητές 15 χρονών σε 13 διαφορετικές χώρες. Σε εκείνη την έρευνα, διαπιστώθηκε πως τα κορίτσια είχαν ασθενέστερους δεσμούς με τη τοπική κοινότητα στην οποία ζούσαν, θεωρούνταν λιγότερο συνδεδεμένες με τη γειτονιά και αισθανόντουσαν λιγότερο ασφάλεια απ' ότι τα αγόρια (Κούτρα και συν. 2012).

Επιπρόσθετα, άλλα ερευνητικά δεδομένα που δεν συμφωνούν με τα δικά μας σχετικά με το ότι τα αγόρια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, σε πρόσφατη έρευνα που σκιαγραφεί το προφίλ εφήβων που αναπτύσσουν ή δεν αναπτύσσουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου. Η ομάδα των Hair et al. (2009) διαχώρισε αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων σε τέσσερις ομάδες «κινδύνου» («χαμηλός κίνδυνος», «πρώτου βαθμού μέτριος κίνδυνος», «δεύτερου βαθμού μέτριος κίνδυνος», «αυξημένος κίνδυνος») ανάλογα με τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου

που είχαν αναπτύξει οι έφηβοι, προκειμένου να μελετήσει δημογραφικά, κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά σε καθεμία από αυτές. Τα αποτελέσματα αυτής της παραπάνω έρευνας ήταν ότι στην ομάδα «υψηλού κινδύνου» οι έφηβοι ήταν με μεγαλύτερη πιθανότητα αγόρια. Σε σχέση με τους εφήβους της ομάδας «πρώτου βαθμού μετρίου κινδύνου» (χρήση αλκοόλ/ σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προστασία), οι έφηβοι είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι αγόρια. Επιπλέον, σε σχέση με την ομάδα «δευτέρου βαθμού μετρίου κινδύνου» (κάπνισμα/ σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προστασία/ απουσία φυσικής δραστηριότητας) ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό κορίτσια.

Οι Youngblade et al. (2006), διαπίστωσαν σε έρευνα τους, στη Φλόριντα, πως οι πιθανότητες εμπλοκής σε επικίνδυνη συμπεριφορά αυξάνονται ανάλογα με την ηλικία. Η εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές, ήταν υψηλότερη για τα κορίτσια, ενώ τα αγόρια εντοπίστηκαν σε ένα υψηλότερο ποσοστό επικίνδυνων συμπεριφορών, μέχρι περίπου την ηλικία των 14. Όμως, τα κορίτσια μετά από την ηλικία των 14, άρχισαν να προσδιορίζονται σε ένα υψηλότερο ποσοστό .

Οι Puente et al. (2010), σε έρευνα στην Καταλονία της Ισπανίας, διαπίστωσε και εκείνη πως τα αγόρια 15 ετών διατρέχουν υψηλότερους κινδύνους απ' ότι τα κορίτσια.

Συσχετίζοντας τις μεταβλητές, στο πίνακα 5, αποδεικνύεται ότι όσο περισσότερη συμμετοχή στη κοινότητα, τα κοινωνικά δίκτυα συγγενών, φίλων και γειτόνων, τόσες περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να εμφανίσουν οι έφηβοι κάποιο κίνδυνο.

Αυτό επιβεβαιώνουν και οι Maticka et al. (2006), καθώς τα αποτελέσματα δείχνουν ότι κάποιες πηγές του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με πολλαπλές συμπεριφορές κινδύνου μεταξύ των εφήβων και διαφοροποιούνται όσον αφορά το φύλο όπου για τα αγόρια το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί ισχυρό παράγοντα.

- **Σχετίζονται τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου με την επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας του μαθητή;**

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με την επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας των μαθητών. Κάτι τέτοιο μας το επιβεβαιώνει ο πίνακας 5. Ο πίνακας 5 περιγράφει τη σχέση των επιπέδων του κοινωνικού κεφαλαίου με τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου για την υγεία, σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες. Φαίνεται, ότι όσοι

συμμετέχουν στη τοπική κοινότητα, όσοι έχουν σχέσεις με συγγενείς και φίλους και όσοι έχουν επαφές με τους γείτονες έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή εμφάνιση κάποιου κινδύνου. Αντιθέτως, όσοι εμφανίζουν υψηλά σκορ στο επίπεδο του κοινωνικού κεφαλαίου που αφορά το αίσθημα της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή βαθμολογία στην εμφάνιση κανενός κινδύνου για την υγεία. Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι όσο περισσότερη η συμμετοχή στα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, τόσο περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κάποιου κινδύνου υπάρχουν.

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Καναδά, των Maticka-Tyndale (2006), φαίνεται ότι τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με αυτά της παρούσας έρευνας. Δηλαδή, αποδείχθηκε πως ορισμένα από τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με επικίνδυνες συμπεριφορές.

Αντίθετα, οι Brooks, et al. (2012) , σε έρευνα που πραγματοποίησαν στην Αγγλία, σε έφηβους 15 ετών που μελέτησαν τις επικίνδυνες συμπεριφορές των εφήβων σε σχέση με το ρόλο της οικογένειας, του σχολείου και της κοινότητας, συμπέραναν πως η συμμετοχή στη κοινότητα παίζει σημαντικό ρόλο στη συμμετοχή των εφήβων στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας. Στα ευρήματα της έρευνας τους, αποφάνθηκε πως όταν η σύνδεση με τη γειτονιά είναι «μέτρια» ή «υψηλή», τότε υπάρχει μικρότερη συσχέτιση με τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας απ' αυτές που έχουν «χαμηλή» σύνδεση με τη γειτονιά. Άρα, οι κυριότεροι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου λειτουργούν προστατευτικά στους νέους σε σχέση με τους πολλαπλούς συμπεριφορικούς κινδύνους για την υγεία, όσον αφορά, τη συχνότητα εμφάνισης αυτών.

Πιο συγκεκριμένα, οι Youngblade, et al. (2006) επισήμαναν, πως η σύνδεση με τη γειτονιά και η συμμετοχή στη κοινότητα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τους έφηβους, στη χρήση ουσιών και στη γενικότερη λήψη κινδύνου.

Ο Hays, et al. (2003) τόνισε, ότι η αποδιοργάνωση της κοινότητας, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη συμμετοχή των εφήβων στη χρήση ουσιών, ενώ άλλοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια ισχυρή κοινοτική συνοχή και ειδικά ο παράγοντας του κοινωνικού κεφαλαίου «εμπιστοσύνη και ασφάλεια» μεταξύ των μελών της κοινότητας, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα στην συμμετοχή των εφήβων σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Clevelant, et al. 2008; Boyce, et al., 2008).

Εν τέλει, τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση, με την Ελλάδα και τα συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα της παρούσας έρευνας, όπου το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο δε λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στο κίνδυνο και μας οδηγεί στον εξής προβληματισμό: Μήπως τελικά στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο νομό Ηρακλείου, που πραγματοποιήθηκε η έρευνα μας, υπάρχουν αποδιοργανωμένες κοινότητες και γι' αυτό το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί επιβαρυντικά αντί προστατευτικά απέναντι στους έφηβους και τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας;

- **Η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιεί το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και το συνολικό κίνδυνο;**

Στη παρούσα έρευνα, η πλειοψηφία του δείγματος, διαμένει με πυρηνική οικογένεια. Το υπόλοιπο δείγμα, διαμένει με εκτεταμένη ή μονογονεϊκή οικογένεια και ένα πολύ μικρό ποσοστό διαμένει με παππούδες, θετό γονέα ή ανάδοχο (πίνακας, 1).

Στο πίνακα 7 διαφαίνεται, η συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου, χωρίς να φαίνεται από τα αποτελέσματα μας η διαφοροποίηση της οικογενειακής κατάστασης τόσο στο κοινωνικό κεφάλαιο, όσο και στο συνολικό κίνδυνο.

Σε έρευνα των Brooks, et al. (2012), επιβεβαιώνεται η συσχέτιση των δύο μεταβλητών, επισημαίνοντας, ότι όσο χαμηλότερο το αίσθημα του ανήκειν στην οικογένεια υπάρχει στον έφηβο, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες απόκτησης κάποιας επικίνδυνης συμπεριφοράς. Με αυτό τον τρόπο επισφραγίζεται η σχέση μεταξύ, της οικογένειας, του εφήβου και των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας.

Ο Putnam (1996), καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η πυρηνική οικογένεια, σχετίζεται με υψηλά επίπεδα, κοινωνικής εμπιστοσύνης και συμμετοχής.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση και το συνολικό κίνδυνο, παρακάτω θα παρατεθούν ερευνητικά δεδομένα άλλων ερευνητών που τεκμηριώνουν τη σχέση τους. Αρχικά, οι Flewelling και Bauman (1990), διαπίστωσαν ότι βρέθηκαν υψηλότερα επίπεδα χρήσης ουσιών για τα παιδιά τα οποία προέρχονται από μη πυρηνικές οικογένειες. Η μελέτη αυτή, υπονοεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των εφήβων, που κάνουν χρήση ουσιών με τη δομή της οικογένειας.

Οι Bjernason et al. (2003), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους έφηβους σε Κύπρο, Γαλλία, Ουγγαρία, Αγγλία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Λιθουανία, Μάλτα, Σλοβακία,

Σλοβενία και Σουηδία, απέδειξαν ότι οι έφηβοι που ζουν και με τους δυο γονείς ασχολούνται λιγότερο, με τη κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών και καπνίζουν λιγότερο, από εκείνους που ζουν σε οποιαδήποτε άλλη οικογενειακή δομή. Η μελέτη διαπίστωσε ότι η μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, παρατηρήθηκε στα παιδιά που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες. Μέσα από τα αποτελέσματα τους, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με μη πυρηνικές οικογένειες.

Τέλος, οι Griesbach et al. (2003), σύγκριναν ερευνητικά δεδομένα, από αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Δανία, Φιλανδία, Γερμανία, Νορβηγία, Σκωτία και Ουαλία) και αποδείχθηκε ότι από τους παράγοντες κινδύνου, επικρατεί το κάπνισμα σε έφηβους που ζουν με θετούς γονείς, σε σχέση με τους έφηβους που ζουν σε μονογονεϊκές ή πυρηνικές οικογένειες.

- **Ποιες είναι οι επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου απέναντι στη συμπεριφορά κινδύνου και τη σεξουαλική υγεία των μαθητών;**

Οι επιπτώσεις του κοινωνικού κεφαλαίου απέναντι στις συμπεριφορές κινδύνου αναλύονται στο πίνακα 7, όπου, όσο περισσότερο αυξάνεται η συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο τόσο αυξάνονται οι επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές. Οι μαθητές που συμμετέχουν στο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές.

Η σεξουαλική υγεία των μαθητών φαίνεται από τα ευρήματα του πίνακα 2, όσον αφορά στην ενεργή σεξουαλική επαφή των μαθητών. Απαραίτητο θεωρεί τη χρήση προφυλακτικού η πλειοψηφία δείγματος που δεν είναι ενεργό σεξουαλικά. Ειδικότερα, από τους μη ενεργούς σεξουαλικά μαθητές του δείγματος, η πλειοψηφία είναι κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια. Με τα ερευνητικά μας δεδομένα συμφωνεί οι Maticka, et al. (2006), όπου και στη δική τους έρευνα η πλειοψηφία των κοριτσιών είναι μη σεξουαλικά ενεργή. Όσοι εκ του δείγματος είναι ενεργοί σεξουαλικά και χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 34,5% εκ του συνόλου, με τη πλειοψηφία αυτών να είναι αγόρια και το 1/4 κορίτσια. Τέλος, οι μαθητές που δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν μόλις το 2,1% του δείγματος με τα αγόρια να ηγούνται στην χρήση, σε σχέση με τα κορίτσια. Αντίθετα, στην έρευνα των Maticka, et al. (2006), τα κορίτσια σε μέγιστο βαθμό χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε σχέση με τα αγόρια.

Η Hayes το 2010, σε έρευνα που πραγματοποίησε στην Καλιφόρνια, σε έφηβους από 15 – 19 ετών, έδειξε ότι υπήρχαν ορισμένες διαφορές μεταξύ αγοριών και

κοριτσιών στη συμμετοχή τους σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας. Πιο αναλυτικά, η υψηλή συμμετοχή στο σεξουαλικό κίνδυνο, ήταν σχεδόν ίδια και για τα δύο φύλα, με το 1/3 των αγοριών να συμμετέχει σε 3 – 4 ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές σε σύγκριση με το 1/4 των κοριτσιών. Ωστόσο, σχετικά με την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στις ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές, εντοπίστηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Διαπιστώθηκε πως όση συμμετοχή είχαν οι έφηβοι σε αθλητικές δραστηριότητες, τα αγόρια διέτρεχαν περισσότερους σεξουαλικούς κινδύνους από ότι τα κορίτσια. Δηλαδή, το κοινωνικό κεφάλαιο, λειτούργησε προστατευτικά απέναντι στα κορίτσια, αλλά επιβαρυντικά στα αγόρια.

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Crosby et al. (2003), στα ευρήματά τους, ερεύνησαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να έχει μια βαθιά επίδραση στην επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων και απέδειξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο ήταν αντιστρόφως ανάλογο με τις σεξουαλικές συμπεριφορές κινδύνου και σχετίζεται θετικά με τις υγιείς σεξουαλικές συμπεριφορές υγείας.

Η μελέτη της Hayes (2010), διαπίστωσε ότι η σχέση μεταξύ ριψοκίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών και κοινωνικού κεφαλαίου, ήταν στατιστικά σημαντική, αλλά αδύναμη, γεγονός που υποδηλώνει ότι άλλοι παράγοντες ή μεταβλητές επηρεάζουν πιο σημαντικά τις ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές των εφήβων, κάτι το οποίο συνάδει και με τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα.

- **Ποια είναι η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στις επικίνδυνες συμπεριφορές κινδύνου των εφήβων;**

Όπως ήδη αναφέραμε όσο περισσότερο αυξάνεται η συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο τόσο αυξάνονται οι επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές. Οι μαθητές που συμμετέχουν στο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές σύμφωνα με τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα.

Στην έρευνα των Maticka et al. (2006), διακρίνεται πως το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να επιδράσει αρνητικά στη ζωή ενός εφήβου με αποτέλεσμα να διατρέχει μια επικίνδυνη συμπεριφορά, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση ουσιών.

Ο πίνακας 6, της έρευνας μας, επιβεβαιώνει τα ευρήματα των Maticka et al. , καθώς το κοινωνικό κεφάλαιο, στη παρούσα έρευνα, φαίνεται να επιδρά αρνητικά στις

εξής επικίνδυνες συμπεριφορές: α) χρήση κάνναβης, β) κάπνισμα, γ) κατάσταση μέθης.

Αντίθετα, οι Aslund και Nilsson (2013), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, διαπίστωσαν πως όσοι έφηβοι δεν έχουν, τόσες συνδέσεις με τη γειτονιά, είχαν αυξημένες πιθανότητες για υψηλή κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών, σε σύγκριση με τους έφηβους που συμμετείχαν σε αυτό το επίπεδο του κοινωνικού κεφαλαίου. Όσον αφορά την «εμπιστοσύνη και την ασφάλεια», οι έφηβοι που είχαν χαμηλή συμμετοχή, είχαν τις διπλάσιες πιθανότητες στη κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών, στο κάπνισμα και στη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

- **Κατά πόσο το φιλικό περιβάλλον μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά του κινδύνου;**

Στο πίνακα 3, προκύπτει ότι, ο πρώτος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου που εμφανίζεται στους φίλους των μαθητών του δείγματος μελέτης είναι η κατανάλωση οινοπνεύματος. Μάλιστα τα αγόρια φίλοι εμφανίζουν στατιστικά σημαντικό προβάδισμα αναφορικά με τα κορίτσια, δηλαδή επηρεάζουν περισσότερο τους έφηβους του δείγματος μας. Το κάπνισμα εμφανίζεται ως ο δεύτερος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου με τα αγόρια φίλοι έχουν αυξημένα ποσοστά. Ακολουθεί η μέθη, ως ο τρίτος συχνότερος παράγοντας συμπεριφορικού κινδύνου των φίλων του δείγματος μελέτης. Εδώ το φύλο επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την μέθη των φίλων αγοριών σε σχέση με των κοριτσιών. Η χρήση χασίς ή μαριχουάνας ως ο τέταρτος συχνότερος παράγοντας.

Αντίθετα, στην έρευνα των Maticka et al. (2006), διακρίνεται ότι οι φίλοι δε παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας των εφήβων διότι αποτελούν κατά κύριο λόγο, θετικό ρόλο και θετική επίδραση στη συμπεριφορά των εφήβων.

Στην έρευνα των Κοκκέβη και συν. (2010) οι έφηβοι ρωτήθηκαν σχετικά με τη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών για τους φίλους τους. Τα αποτελέσματα τους συμπίπτουν με τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα και είναι τα εξής:

- 1 στους 5 έφηβους, ηλικίας 11 έως 15 ετών θεωρεί ότι οι περισσότεροι φίλοι του καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά.
- 1 στους 5 έφηβους , 15 ετών, απαντά ότι έστω ένας φίλος τους κάνει χρήση κάνναβης.

- ο Οι περισσότεροι φίλοι τους καταναλώνουν οινοπνευματώδη ποτά σε υπερτριπλάσιο ποσοστό από τους 13άχρονους.

Επιπλέον, στην έρευνα των La Greca et al. (2001), αναφέρθηκαν, εκτός από τις επικίνδυνες συμπεριφορές των εφήβων ερωτώμενων αλλά και οι επικίνδυνες συμπεριφορές των φίλων τους, οι οποίες περιλαμβάνουν το κάπνισμα, τη χρήση της κάνναβης, χρήση οινοπνευματώδη ποτών αλλά και άλλων ναρκωτικών ουσιών, ριψοκίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές και άλλες συμπεριφορές κινδύνου). Έτσι, διαπιστώθηκε ότι, οι συμπεριφορές και στις δυο ομάδες είναι κοινές καταλήγοντας στο συμπέρασμα, ότι οι έφηβοι αντιλαμβάνονται τη κοινωνική αποδοχή έχοντας τις ίδιες συμπεριφορές με τους φίλους τους.

Με τη παραπάνω έρευνα, έρχονται σε συμφωνία τα ερευνητικά δεδομένα των Κοκκέβη και συν. (2010), όπου οι 15χρονοι έφηβοι με φίλους που καπνίζουν, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, μεθούν συχνά ή κάνουν χρήση κάνναβης, αναφέρουν σε υψηλότερα ποσοστά ότι συμπεριφέρονται παρόμοια και οι ίδιοι αναφορικά με τη χρήση αυτών των ουσιών συγκριτικά με όσους έχουν ελάχιστους φίλους (ή ακόμα και κανένα) που να κάνουν χρήση αυτών των ουσιών. Επίσης, οι 15χρονοι έφηβοι με αρκετούς από τους φίλους τους να πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, αναφέρουν σε τετραπλάσιο ποσοστό ότι οι ίδιοι συνήθως πίνουν τουλάχιστον 3 ποτά σε μία συνηθισμένη τους έξοδο συγκριτικά με όσους έχουν πολύ λίγους φίλους που πίνουν.

Τέλος, άλλες έρευνες που συμφωνούν τα ευρήματα μας συμπεραίνουν πως, η συναναστροφή των εφήβων με άτομα που εμπλέκονται σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (π.χ. επιθετικότητα, χρήση ουσιών) συνδέεται με την υιοθέτηση παρόμοιων συμπεριφορών από τους ίδιους, αν και έχει επίσης αποδειχθεί ότι οι ίδιες οι συμπεριφορές συχνά αποτελούν κριτήριο επιλογής της παρέας (Ferguson, 2009; Kandel, 1985). Στην έρευνα των Κοκκέβη και συν. (2010), η χρήση καπνού, αλκοόλ και κάνναβης είναι συχνότερη μεταξύ των εφήβων στων οποίων την παρέα γίνεται χρήση νόμιμων ή παράνομων ουσιών. Μάλιστα, όπως επισημαίνεται σε άλλη έρευνα, οι έφηβοι ηλικίας 17 ετών επηρεάζονται από τους φίλους τους σε σχέση με τη χρήση ουσιών, ειδικά όταν βγαίνουν έξω τα βράδια σε χώρους διασκέδασης (π.χ. μπαρ) (Mayet et al., 2010).

6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα και η ερευνητική μας υπόθεση έπειτα από την εκπόνηση των ερευνητικών μας δεδομένων αποδείχθηκε πως κάποια επαληθεύθηκαν ενώ κάποια άλλα απορρίφθηκαν. Πιο αναλυτικά, καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

1) Το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών, εν τέλει, λειτουργεί επιβαρυντικά από τη μη τήρηση προστατευτικών μέσων, στη σεξουαλική συμπεριφορά του εφήβου.

Αυτό γιατί:

- Οι μαθητές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο παρουσίασαν μεσαία εμφάνιση κινδύνου, μια όχι τόσο προστατευτική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου, σε ποσοστό 65,5% ($p\text{-value}=0,009$).
- Οι σεξουαλικά ενεργοί έφηβοι του δείγματος, χρησιμοποιούν, προστατευτικά μέσα και συγκεκριμένα, η χρήση προφυλακτικού, έχει ποσοστό 34,5%.

2) Το φύλο διαφοροποιεί το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και τον συνολικό κίνδυνο, με τα αγόρια να κινδυνεύουν περισσότερο.

- Το συνολικό δείγμα μας, αποτελείται, από 55,6% κορίτσια και 44,6% αγόρια εκ του οποίου, διαπιστώσαμε πως τα αγόρια διατρέχουν στατιστικά μεγαλύτερο κίνδυνο από τα κορίτσια.
- Το φύλο διαφοροποιεί το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο διότι από το σύνολο των πέντε παραγόντων φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική η συμμετοχή στα αγόρια του δείγματος όπου συμμετέχουν περισσότερο στη κοινότητα απ' ότι τα κορίτσια με ποσοστό 15% έναντι 14,6%.

3) Τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με την επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας του μαθητή.

- Όσοι συμμετέχουν στη τοπική κοινότητα, όσοι έχουν σχέσεις με συγγενείς και φίλους και όσοι έχουν επαφές με τους γείτονες έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή εμφάνιση κάποιου κινδύνου. Αντιθέτως, όσοι

εμφανίζουν υψηλά σκορ στο επίπεδο του κοινωνικού κεφαλαίου που αφορά το αίσθημα της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης, έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή βαθμολογία, στην εμφάνιση κανενός κινδύνου για την υγεία. Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι όσο περισσότερη η συμμετοχή στα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου, τόσο περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κάποιου κινδύνου υπάρχουν.

4) Η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και το συνολικό κίνδυνο.

5) Τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων.

6) Όσο περισσότερο αυξάνεται η συμμετοχή στο κοινωνικό κεφάλαιο τόσο αυξάνονται οι επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές.

7) Οι μαθητές που συμμετέχουν στο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές.

8) Όσοι μαθητές εκ του δείγματος είναι ενεργοί σεξουαλικά και χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 34,5%, το 55,1% αυτών να είναι αγόρια και το 18% κορίτσια.

9) Οι μαθητές που δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 2,1% του δείγματος με τα αγόρια να ηγούνται στην χρήση σε σχέση με τα κορίτσια (2,4% v 1,9%).

10) Το φιλικό περιβάλλον μπορεί να ασκήσει αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά του κινδύνου, όπου ανεξάρτητα αν είναι αγόρια ή κορίτσια, οι φίλοι ασκούν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση κινδύνων, με τα αγόρια φίλους να επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το δείγμα μελέτης.

11) Οι επικίνδυνες συμπεριφορές στις οποίες επιδρά αρνητικά το φιλικό περιβάλλον είναι κατά σειρά:

1ο) Χρήση οινοπνευματώδη ποτών 94,5%

2ο) Κάπνισμα 81,6%

3ο) Κατάσταση μέθης 40,5%

4ο) Χρήση κάνναβης 13,1 %

6.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρέμβαση η οποία θα προτείνουμε εστιάζει και ενισχύει στους θετικούς προστατευτικούς παράγοντες και μειώνει τους επιβαρυντικούς παράγοντες για την υγεία. Επίσης είναι πολύ-επίπεδη, καθώς περιλαμβάνει το άτομο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει:

- Παρέμβαση στο άτομο-έφηβο
- Παρεμβατικές πρακτικές στην οικογένεια
- Παρεμβατικές πρακτικές στο σχολικό περιβάλλον
- Παρέμβαση στη κοινότητα

6.3.1) Παρέμβαση στο άτομο-έφηβο

A) Παρεμβάσεις πρόληψης:

Για να υπάρξει πρόληψη των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας και σεξουαλικής συμπεριφοράς υγείας στο άτομο , αρχικά πρέπει να υπάρχει παραδοχή από το ίδιο το άτομο – έφηβο. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να εστιάσουμε:

- Στην βελτίωση της επικοινωνίας και των σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας
- Στην προσωπική ανάπτυξη(δηλαδή στις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες)
- Στην αντιμετώπιση ζητημάτων ταυτότητας, σεξουαλικότητας και σχέσεων μεταξύ των ομότιμων
- ❖ Στην αντιμετώπιση τυχόν μαθησιακών δυσκολιών, ελασσόνων ψυχικών ή/και εξελικτικών διαταραχών
- ❖ Στην ενίσχυση και διεύρυνση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου
- ❖ Στην συνέχιση η και ολοκλήρωση της εκπαίδευσης

B) Παρεμβάσεις αντιμετώπισης:

Για να υπάρξει παρέμβαση αντιμετώπισης στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας, είναι απαραίτητο το άτομο να μπορέσει να παραδεχτεί ότι χρειάζεται βοήθεια, και να απευθυνθεί σε κάποιον αρμόδιο, είτε αυτό είναι η οικογένεια, είτε κάποιος φορέας.

Σε περίπτωση, λοιπόν, που ο έφηβος εθιστεί στο κάπνισμα, θα μπορούσε να απευθυνθεί ο ίδιος, σε αρμόδιο κέντρο διακοπής καπνίσματος, για να μπορέσει, με τη θέληση του, να κόψει τη συνήθεια του καπνίσματος. Σε περιπτώσεις πειραματισμού με ψυχότροπες ουσίες και αλκοόλ, θα μπορούσε να απευθυνθεί σε κέντρα πρόληψης και όταν έχει ήδη εξαρτηθεί, σε κέντρο απεξάρτησης όπως το ΚΕ.Θ.Ε.Α., ο ΟΚΑΝΑ κ.α. Όταν ο έφηβος έρθει αντιμέτωπος με κίνδυνο σεξουαλικής συμπεριφοράς, όπως το να φοβάται ότι έχει αποκτήσει σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, θα πρέπει να απευθυνθεί σε νοσοκομείο με ειδικό ιατρικό προσωπικό (ΠΑ.ΓΝΗ - Μονάδα λοιμώξεων), για τις απαραίτητες εξετάσεις ή σε κινητή μονάδα εξέτασης HIV του ΚΕΕΛΠΝΟ. Εκτός από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, υπάρχει και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Σε αυτή την περίπτωση, το έφηβο κορίτσι θα πρέπει, αρχικά, να απευθυνθεί στο οικογενειακό της περιβάλλον και έπειτα στον αρμόδιο γυναικολόγο για να αποβούν σε κάποια λύση, για την αντιμετώπιση της.

6.3.2) Παρεμβατικές πρακτικές στην οικογένεια

Α) Παρεμβάσεις πρόληψης:

Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί βασικό παράγοντα στην πρόληψη των επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας ενός έφηβου ατόμου. Οι ίδιοι οι γονείς θα πρέπει να αποτελούν παράδειγμα στα παιδιά τους (να μην είναι χρήστες αλκοόλ και ουσιών, να μην έχουν παραβατική συμπεριφορά κ.α.) και να έχουν την απαραίτητη κατάρτιση και γνώση για να προβούν σε πρακτικές ως προς την πρόληψη επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας στα έφηβα παιδιά τους. Τέτοιες πρακτικές είναι:

- Η ενημέρωση των γονέων σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες όπως για παράδειγμα το κάπνισμα , το αλκοόλ και την κάνναβη και οι επιπτώσεις οι οποίες μπορεί να υπάρχουν στην συμπεριφορά του έφηβου.
- Η βελτίωση του οικογενειακού κλίματος και τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην αποχή από τη χρήση.
- Η αποδοχή και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του νέου, όπως και η ικανότητα τους να επικοινωνούν και να προάγουν μια θετική αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

- Η προώθηση υγιών και δημιουργικών δραστηριοτήτων,
- Η ενθάρρυνση για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων στα παιδιά τους, και η αύξηση των γονικών δεξιοτήτων.
- Η υποστήριξη της οικογένειας σε πιθανές αλλαγές του κύκλου ζωής της
- Η υιοθέτηση συμπεριφορών οι οποίες προάγουν τη σωματική και ψυχική υγεία τους , αποτελώντας έτσι σωστά πρότυπα.

Όσον αφορά την υγιή σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων, θα πρέπει να υπάρχει και σωστή διαπαιδαγώγηση από τους γονείς. Οι ίδιοι έχουν τον πρωταρχικό ρόλο στη ζωή του παιδιού, αποτελούν πρόσωπα αναφοράς και πρότυπα ταύτισης για τον ίδιο και τέλος, μεταφέρουν αξίες και στάσεις ζωής μέσα από τη σχέση τους μαζί του και τη συμπεριφορά τους. Έτσι είναι σημαντικό να είναι πλήρως ενημερωμένοι και οι ίδιοι για τους τρόπους αντισύλληψης, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής τους.

Θεωρείται, πολύ σημαντικό και αναγκαίο να δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να επικοινωνούν με τα παιδιά τους, σε θέματα που συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και στην ψυχοσυναισθηματική τους ωρίμανση. Η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν αναφέρεται μόνο στα θέματα σεξουαλικών σχέσεων, αλλά και σε θέματα ευρύτερα, όπως είναι η σεξουαλική ηθική, οι υποχρεώσεις που έχουν οι άνθρωποι μεταξύ τους, καθώς και τα ιδανικά και οι αξίες, όπως ο αμοιβαίος σεβασμός, η υπευθυνότητα και η αγάπη. Πρόκειται δηλαδή, για ένα πάρα πολύ σημαντικό ζήτημα για το οποίο θα πρέπει να αναλάβουν οι γονείς. Ο γονέας παρέχει σεξουαλική αγωγή ακόμη και με την απλή παρουσία του.

B) Παρεμβάσεις αντιμετώπισης:

Οι γονείς που διαπιστώσουν ανησυχητικές συμπεριφορές στο παιδί τους, οι οποίες διαρκούν αρκετό χρονικό διάστημα και δεν οφείλονται, τόσο σε εφηβική συμπεριφορά, αλλά ίσως σε συμπεριφορά που προκύπτει μετά από χρήση ουσιών, καθώς τα όρια μεταξύ εφηβείας και πειραματισμού με τη χρήση, μερικές φορές είναι δυσδιάκριτα, τότε θα πρέπει να προβούν σε μεθόδους αντιμετώπισης. Οι μέθοδοι αυτοί περιλαμβάνουν:

- την επαφή τους με κέντρα πρόληψης (ΚΕΣΑΝ κ.α.), εάν αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους βρίσκονται σε στάδιο πειραματισμού
- την επαφή τους με θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. – Πρόγραμμα Οικογένειας, Ο.Κ.Α.Ν.Α.)
- την επαφή τους με τη Μονάδα Εφηβικής Υγείας
- την επαφή τους με κέντρα Ψυχικής Υγιεινής

6.3.3) Παρεμβατικές πρακτικές στο σχολικό περιβάλλον

A) Παρεμβάσεις πρόληψης:

Ως παρέμβαση πρόληψης στα σχολεία, προτείνεται η δημιουργία μιας ομάδας «Προαγωγής Υγείας & Σεξουαλικής Υγείας», όπου θα πραγματοποιείται στο χώρο του σχολείου και θα έχει σαν στόχο την ευαισθητοποίηση και ορθή ενημέρωση του νέου σε θέματα υγείας και σεξουαλικής υγείας. Θα πρόκειται για μια ομάδα, όπου θα δίνεται η ευκαιρία στον έφηβο για επικοινωνιακή αλληλεπίδραση με τους υπόλοιπους συνομήλικους του, ανταλλάσσοντας εμπειρίες, απορίες, γνώσεις και προβληματισμούς. Επίσης, η ομάδα αυτή, θα αποτελέσει ένα σημείο επαφής, για εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας μεταξύ τους.

Επιπλέον, πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το κάπνισμα, προτείνουμε ενημερωτικές παρεμβάσεις πρόληψης στα σχολεία όπου οι μαθητές θα έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν για θέματα σχετικά με το κάπνισμα, τις επικίνδυνες για την υγεία συνέπειες που προκαλεί, την εξάρτηση, τις αιτίες έναρξης και τη προστασία του εαυτού τους. Ωστόσο, θα μπορούν να προβληματιστούν πάνω σε αυτά μέσω μιας διαδραστικής συμμετοχικής παρουσίασης και να εμπλακούν με βιωματικό τρόπο στην παρέμβαση, πραγματοποιώντας μια δημιουργική δραστηριότητα. Μια τέτοια ενημερωτική παρέμβαση πρόληψης αποτελεί το πρόγραμμα Heart II, όπου □ χρηματοδοτείται από το Behrakis Foundation της Βοστώνης και βρίσκεται σε συνεργασία με το Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών και το Κέντρο Έρευνας Καπνίσματος και Καρκίνου του Πνεύμονα και οργανώνει ενημερωτικές παρεμβάσεις πρόληψης για το κάπνισμα σε μαθητές Ε΄ και ΣΤ΄ Δημοτικού.

Έπειτα, τα προγράμματα πρόληψης χρήσης ουσιών έχουν ως στόχο να εμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την έναρξη της χρήσης ουσιών καθώς και τη μετάβαση από τη δοκιμή στη συστηματική χρήση. Όσον αφορά παρεμβατικές δράσεις στο σχολείο για την πρόληψη από τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών προτείνουμε:

- Επιμόρφωση των καθηγητών στην εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας με μαθητές (προγράμματα πρόληψης των εξαρτήσεων, ενίσχυσης της ψυχικής υγείας και της επικοινωνίας)
- Επιμόρφωση καθηγητών στη «διδασκαλία» για τα ναρκωτικά
- Συμβουλευτική υποστήριξη των Συλλόγων Εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση περιστατικών χρήσης στο σχολείο
- Ενημερωτικές συζητήσεις με μαθητές Λυκείου
- Υποστήριξη στη διοργάνωση εκδηλώσεων ευαισθητοποίησης στο σχολείο
- Έκδοση ενημερωτικού υλικού για μαθητές

Τέλος, σχετικά με τη χρήση οινοπνευματώδη ποτών από μαθητές, προτείνουμε τις παρακάτω προληπτικές πρακτικές:

- Ενημερωτικές συζητήσεις για την επικινδυνότητα της χρήσης στην εφηβεία ανάμεσα σε ειδικούς και μαθητές
- Διοργάνωση εκδηλώσεων και ημερίδων ευαισθητοποίησης για το αλκόολ στο σχολείο, για τους εκπαιδευτικούς, τους μαθητές και τους συλλόγους γονέων
- Προβολή ταινιών και βιοματικές δραστηριότητες συναισθηματικής αγωγής και ευαισθητοποίησης μεταξύ μαθητών και ειδικών με αποτέλεσμα τη συζήτηση, ανταλλαγή απόψεων, αποριών και προβληματισμών γύρω από το θέμα.

B) Παρεμβάσεις αντιμετώπισης:

Τα παρεμβατικά προγράμματα στο χώρο του σχολείου αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των μαθητών. Αφορούν όλο το μαθητικό πληθυσμό και αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, της αυτοεκτίμησης, στην ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, των κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων των μαθητών και στη δημιουργία θετικού ψυχολογικού κλίματος και υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην τάξη και στο σχολείο. Σε περίπτωση που, στο σχολικό

περιβάλλον ήδη υπάρχουν μαθητές που διατρέχουν κίνδυνο όσον αφορά την υγεία τους προτείνουμε τις εξής παρεμβάσεις αντιμετώπισης:

Κάπνισμα και αλκοόλ:

Η εφαρμογή βραχείων παρεμβάσεων (π.χ οχτώ συναντήσεις, μια φορά την εβδομάδα) στα σχολεία σε μαθητές που έχουν εκδηλώσει περιστατικά αλκοολισμού ή υπερβολικού καπνίσματος, μέσω βιωματικών ασκήσεων με σκοπό την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους και την αναζήτηση υγιών τρόπων διαχείρισης και αντιμετώπισης των προσωπικών τους δυσκολιών. Η κάθε συνάντηση θα εξυπηρετεί και έναν στόχο πραγματοποιώντας σιγά-σιγά τον τελικό σκοπό. Πιθανά θέματα συζήτησης:

- Αιτίες της χρήσης καπνού και αλκοόλ.
- Δημιουργία αρνητικής στάσης απέναντι στη χρήση των συγκεκριμένων ουσιών.
- Αναζήτηση υγιών τρόπων διαχείρισης των προσωπικών δυσκολιών
- Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης
- Η αναγνώριση και η συνειδητοποίηση της επιρροής που μπορεί να ασκήσει η ομάδα των συνομήλικων στη δοκιμή μιας ουσίας και η ενίσχυση της αντίστασης και της αυτοπροστασίας.
- Αυτοβοήθεια

Τα κέντρα πρόληψης και τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης δεν έχουν τη δυνατότητα να προβούν σε ενημερώσεις στο χώρο του σχολείου και αυτό γιατί υπάρχει η θεώρηση ότι παρακινούν τους έφηβους, να έρθουν σε επαφή με ψυχότροπες ουσίες και αλκοόλ, δηλαδή να δημιουργήσουν τα αντίθετα αποτελέσματα. Οι καθηγητές, όμως, μπορούν να έρθουν σε επαφή με τα προγράμματα απεξάρτησης και τα κέντρα πρόληψης μέσω παραπομπής, όταν αντιληφθούν ότι υπάρχει ζήτημα εξάρτησης, αλλά και να επισκεφτούν τον ίδιο το χώρο του φορέα , μαζί με μία ομάδα μαθητών για ενημέρωση και λύση αποριών.

6.3.4) Παρέμβαση στη κοινότητα

A) Παρεμβάσεις πρόληψης:

Οι προληπτικές παρεμβάσεις που αφορούν την κοινότητα αφορούν κυρίως θέματα πρόσβασης, υποστήριξης και ενίσχυσης της συμμετοχής του έφηβου σε αυτή. Πιο συγκεκριμένα, σε πρωτογενές επίπεδο πρόληψης, η κοινότητα οφείλει να χαρίζει στον

έφηβο πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες να είναι φιλικές προς αυτόν ώστε να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή του σε αυτές. Η πρόσβαση του έφηβου στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασικό παράγοντα πρόληψης από κάποιο κίνδυνο, αρκεί να παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον για εκείνον, να φροντίσει για την αποφυγή του στιγματισμού του και τέλος να του παρέχει πληροφορίες και εκπαιδευτικό υλικό. Έτσι προωθείται η αξία των υπηρεσιών υγείας, ενθαρρύνεται η κοινοτική υποστήριξη και το αίσθημα της ασφάλειας και εμπιστοσύνης του έφηβου προς τη κοινότητα. Επίσης, η κοινότητα προσφέρεται για ενίσχυση εναλλακτικών προς τη χρήση δραστηριοτήτων, μέσω καλλιτεχνικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων και των αθλητικών ομάδων εκ των Τοπικών Συλλόγων Νεότητας ή Κοινοτικών Κέντρων/ Λεσχών Νεότητας, που απαρτίζεται από νέα άτομα.

Επιπλέον, στις παρεμβάσεις πρόληψης στη κοινότητα, συμπεριλαμβάνονται οι καμπάνιες ενημερώσεις και οι ενημερωτικές - εκπαιδευτικές ομιλίες, γενικού πληθυσμού, με σκοπό τη διάδοση της γνώσης στο γενικό πληθυσμό σε θέματα, όπως τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τρόπους μετάδοσης και προφύλαξης, οι εξαρτήσεις, το αλκοόλ και το κάπνισμα. Τέλος, σε χώρους που συχνάζουν νέοι, είτε σε πολιτιστικά δρώμενα ή σε εκδηλώσεις της κοινότητας, όπως προαναφέρθηκε, προσφέρεται παρέμβαση πρόληψης, μέσω διανομής έντυπου ενημερωτικού υλικού, προφυλακτικών ή διάφορα άλλα όπως π.χ τα γυαλιά προσομοίωσης μέθης.

B) Παρεμβάσεις αντιμετώπισης:

1.Θεραπευτικές κοινότητες απεξάρτησης από εξαρτησιογόνες ουσίες μέσα από την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου και απαιτεί την αποχή από τις ουσίες που μεταβάλλουν τη διάθεση του ατόμου.

2.Παρέμβαση στους δρόμους (street work) σε άτομα εξαρτημένα από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ (π.χ οι δράσεις των προγραμμάτων ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ, ΟΚΑΝΑ). Βασικός στόχος είναι η πρόληψη και η διάδοση ιατρικών και κοινωνικών μηνυμάτων, κυρίως όμως η προστασία της δημόσιας υγείας. Πραγματοποιούν δράσεις όπως:

- α) Προσέγγιση χρηστών στο δρόμο με τη συνοδεία κινητής ιατρικής μονάδας
- β) Σεμινάρια υγείας στο δρόμο
- γ) Δωρεάν διανομή αποστειρωμένων συνέργων χρήσης (σύριγγες, ορούς, μαντηλάκια) και προφυλακτικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία:

- Ασκητής, Θ. (2013). *Γονείς και σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση*
- Βουζουνεράκης, Ε., Μοιρασγεντή, Μ., Καβάκα, Ν., Παναγωπούλου, Ε., Μπένος, Α., (2012). *Σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων στην Ελλάδα Απόψεις για τη HIV λοίμωξη και τη χρήση προφυλακτικού*
- Conger, J. (1981). *Η εφηβική ηλικία «μια καταπιεσμένη γενιά»*. μετάφρ. Σόλμαν, Μ. Αθήνα: Ψυχογιός
- Courtecuisse, V., Fortin, J., Μπεζέ, Α., Pain, J., & Selosse, J. (1998). Επιμ. Μπεζέ, Α. *Βία στο σχολείο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κακκούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων*. Τυπωθήτω
- Μπάμπαλου, Χ.Ε., Αγοραστός, Δ. *Εξαρτήσεις την εφηβική ηλικία: Διάγνωση-Παράγοντες κινδύνου- Συννοσηρότητα*
- Satir, V. (2011). *Πλάθοντας Ανθρώπους*. Μετάφρ. Στυλιανούδη Λιλή. Αθήνα: Κεδρός.
- Αθανασιάδου, Χ. Γ. & Λαμπράκη Δ. Η. (2007). Διπλωματική εργασία. «Οικογενειακός προγραμματισμός στην υγεία της οικογένειας»
- Βοσνιάδου, Σ. (2001). *Εισαγωγή στη Ψυχολογία. Τόμος Α. Βιολογικές, αναπτυξιακές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg
- Γαλάνη, Β., Σπετσιώτου, Κ., Χατζούλη, Α., (2005). Ερευνητικό Πρόγραμμα: Πυθαγόρας Ι, *Αναπαραστάσεις Ανδρών και Γυναικών για τη Σχέση τους με το Άλλο Φύλο: Εικόνες του Συναισθήματος και της Σεξουαλικότητας*, Επιστημονική υπεύθυνη: Μπετίνα Ντάβου, Εργαστήριο Ψυχολογικών Εφαρμογών και Σχεδιασμού Τμήμα Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Γιαβρίμης, Π., Παπάνης, Ε. & Ρουμελιώτου Μ. (2007). *Η ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου μέσω της εκπαίδευσης*, Πανεπιστήμιο Αιγαίου
- Γιαννίρη, Ν. (2011). *Αύξηση χρήσης αλκοόλ και κάνναβης. Οι έφηβοι τα «τσούζουν» από τα 13*

- Γκότσης, Η. (2000). *Φιλοσοφία Προγραμμάτων Πρόληψης και η ένταξή τους στην Τοπική Κοινότητα. Μια κοινωνιολογική προσέγγιση, βασισμένη στη Συστημική Θεωρία*. Πρακτικά 4ης Πανελλαδικής Συνάντησης Φορέων Πρόληψης
- Δαναοσής – Αφεντάκης, Α. (2000). *Η κοινωνικό-γνωστική μάθηση. Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Τόμος Α' Μάθηση Και Ανάπτυξη, Δ' Έκδοση ., Γκελμέσης, Αθήνα: Σακκουλάς
- Δρακωνάκη, Μ., Σιάμου, Ε. (2003). *Η αναγκαιότητα της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης στην εφηβική ηλικία*. ΑΤΕΙ Κρήτης
- Έρικσον Ε.,(1990). *Η παιδική ηλικία και η κοινωνία*, Μεταφρ. Κουτρομπάκη Μ., Αθήνα: Καστανιώτης
- Ηλιάδη, Μ., & Παλάσκα, Ε. (2008). *Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. Νοσηλευτική*, 47(4):497–506
- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα
- Καναβού, Ε., Κοκκέβη, Α., Σταύρου, & Μ., Φωτίου, Α. (2011). *Η ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων*
- Καππάτου, Α. (2007). *Εφηβεία*. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί
- Καραβία, Π. & συν. (2008). *Ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου στη σχέση του εφήβου με το κάπνισμα*, Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης
- Κεραμιδοπούλου, Α. (2008). *Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση στην Εφηβεία*. Αθήνα: Τ.Ε.Ι. Αθήνας
- Κιτσάκη, Β.(2010). *Η βία στη σχολική ζωή*. Αθήνα
- Κίτσος, Γ. , Κοκκέβη, Α. & Φωτίου, Α. (2008). *Τρόπος ζωής και αντιλήψεις εφήβων μαθητών . Νεότερα στοιχεία από τη διεθνή έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ελλάδα και σε άλλες 40 χώρες*. Αθήνα: Παπαζήση
- Κοινωνικοποίηση(n.d) In Wikiversity
- Κοκκέβη Α., Ξανθάκη Μ., Φωτίου Α., Καναβού Ε. (2010). *Φιλικές σχέσεις και επικοινωνία στους έφηβους*
- Κοκκέβη Α., Φωτίου Α., Ξανθάκη Μ., Καναβού Ε. (2011). *Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία*
- Κοκκέβη, Α. (2008) *Δείκτες συμπεριφοράς υγείας των μαθητών εφηβικής ηλικίας στη χώρα μας και σε άλλες χώρες, Διεθνής έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για*

- τις Συμπεριφορές Υγείας στους Μαθητές. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Β΄ Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείο Παίδων
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Σταύρου Μ., Ξανθάκη Μ., Καναβού Ε. (2010). *Η οικογένεια των εφήβων*
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Σταύρου Μ., Καναβού, Ε. (2010). *Η ψυχοκοινωνική υγεία των Εφήβων*
- Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Σταύρου Μ., Καναβού, Ε. (2010). *Οι Έφηβοι και το σχολείο.*
- Κολτσίδα, Δ. (20012). *Κρίση και κοινωνικό κεφάλαιο. Βιώνοντας τη κρίση σε Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία και Ισπανία.* Αθήνα
- Κορηλάκη, Ε., Νικολάου, Α., Τζανακάκη, Ε. (2010). *Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε μικρό και μέσο επίπεδο σε μια ημιαστική, τουριστική κοινότητα και η αποτύπωση του γνωστικού (cognitive sc) και θεσμικού (structural sc) κοινωνικού κεφαλαίου της. Το Παράδειγμα των Κάτω Γουβών.* Ηράκλειο
- Κουλιεράκης, Γ. (2009). *Το Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία*
- Κουράκης, Ν. (1999). *Έφηβοι παραβάτες στη κοινωνία.* Αθήνα: Σακκουλά
- Κούρια, Ι. (2014). *Οι κίνδυνοι και τα προβλήματα της εφηβείας*
- Κρεατσάς, Γ., Τραγέα, Ρ., Μπαμπάτσικου, Φ., Ποπόνα, Α. & Αγγελοπούλου, Α., *Κύηση στην εφηβεία. 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Οι Δοκιμασίες Διαλογής ως Ασπίδα Πρόληψης 2001:07*
- Κριτσωτάκης, Γ. (2009). *Μελέτη συσχέτισης του κοινωνικού κεφαλαίου με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας από τις υπηρεσίες υγείας*
- Κριτσωτάκης, Γ., Μαϊόβης, Π., Κούτης, Α., & Φιλαλήθης, Α.Ε. (2009). *Ατομική και οικολογική επίδραση κοινωνικών παραγόντων στους δείκτες υγείας. Η περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου,* Αθήνα: Archives of Hellenic Medicine
- Λιναρδής, Α., Κουσουλή, Μ. & Σταθογιαννάκου, Ζ. (2012). *Μία Bottom – up διερεύνηση των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου,* ΕΚΚΕ (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών – National Center for Social Research)
- Μακρή – Μπότσαρη, Ε., (2011). *Σύγχρονα προβλήματα Εφηβείας.* Παιδαγωγική Επιμόρφωση Εκπαιδευτικών του Ο.Α.Ε.Δ.
- Μάτσα, Κ. (1997). *Έλλειμμα κοινωνικοποίησης ή ο τεχνητός πολλαπλασιασμός της ατομικότητας.* Τετράδια ψυχιατρικής, τεύχος Νο 57

- Ματσαγγούρας, Η. (2003). *Η σχολική τάξη. Χώρος – Ομάδα – Πειθαρχία – Μέθοδος*. Αθήνα: Γρηγόρης
- Μιτίλης, Α. (1998). *Οι μειονότητες μέσα στη τάξη, Μια σχέση αλληλεπίδρασης*. Αθήνα: Οδυσσέας
- Μπρακόνιε, Α. & Μαρτσέλι, Ν. (2002). *Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας*. Μετάφρ. Λεωνίδα, Σ. Αθήνα: Καστανιώτη
- Ντόλτο, Φ. & Τόλτις, Τ. Κ. (2007). *Εφηβοί, προβλήματα και ανησυχίες*. Μετάφρ. Παπαγιάννη, Ι. Αθήνα: Πατάκη
- Παπαθανασίου, Β. (2009). *Αγωγή και προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον: Βασικές αρχές και μεθοδολογία*. Δημοτικό Σχολείο, «ΑΓΙΟΣ ΙΩΣΗΦ» της Ελληνογαλλικής Σχολής Βόλου
- Παπάνης, Ε. (2008, Σεπτέμβριος 22). *Πως το πολιτισμικό κεφάλαιο των μεταναστών επηρεάζει την εκμάθηση μιας ξένης γλώσσας*
- Παπάνης, Ε. (2011, Δεκέμβριος 16). *Περί κρίσεως δοκίμια*
- Πετρόπουλος, Ν., & Παπαστυλιανού, Α. (2001). *Μορφές επιθετικότητας, βίας και διαμαρτυρίας στο σχολείο (Γενεσιουργοί παράγοντες και επιπτώσεις)*. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων – Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα
- Ρέιμον-Ριβιέ Μ. (1989). *Η Κοινωνική Ανάπτυξη του Εφήβου*. Εκδοτικός Οίκος: Καστανιώτη, Αθήνα
- Στάμος, Γ.Ν. (2006). *Αντικοινωνική Συμπεριφορά των εφήβων: Μορφές- Αίτια- Πρόληψη- Αντιμετώπιση*
- Σωτηρόπουλος, Δ. Α., (2006). *Θετικό και αρνητικό κοινωνικό κεφάλαιο και η άνιση ανάπτυξη της κοινωνίας πολιτών στη Νοτιοανατολική Ευρώπη*, Επιστήμη και Κοινωνία
- Τζίμα – Τσιτσικά, Ε. *Σεξουαλικότητα στην εφηβεία. Επί-καιρα παιδιατρικά θέματα*. Δ΄ Παιδιατρική κλινική ΑΠΘ, 2005:63–68
- Τούντας, Γ.Κ. (2007). *Συμπεριφορά και υγεία*. Αθήνα: Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
- Τσελέντη, Α., (2010). *«Η Αγωγή Υγείας ως παρέμβαση πρόληψης της χρήσης & κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών στην εφηβεία»*
- Τσιτσικά, Α. & Χρούσος, Γ. (2005). *Η υγεία της εφηβικής ηλικίας ως προτεραιότητα της σύγχρονης ιατρικής πραγματικότητας*. Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

- Τσιτσικά, Α. (2012). *Εφηβικός εγκέφαλος και συμπεριφορά*
- Τσιτσικά, Α. (2014). *Ερωτήσεις - Απαντήσεις για τη χρήση Αλκοόλ στην εφηβεία.*
- Σιέττου, Μ., Σαρίδη, Μ. (2011) *Παράγοντες κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης*
- Τσολακίδης, Δ. (2004). *Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός*
- Φρεγγίδου, Ε. (2010). *Ψυχοσεξουαλική διαπαιδαγώγηση εφήβων*
- Φωτίου, Α. (2009) *Ετήσια έκθεση ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα.* Κεφ. 2. Επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στον πληθυσμό
- Χηνάς, Π. & Χρυσαιφίδης, Κ. (2000). *Μονογραφία: Επιθετικότητα στο σχολείο. Προτάσεις για Πρόληψη και Αντιμετώπιση.* Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, ΥΠ.Ε.Π.Θ.
- Χριστάκης, Ν.Α. & Fowler, J.H. (2010). *Συνδεμένοι.* Αθήνα, Κάτοπτρο

Ξενογλώσση βιβλιογραφία:

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior.* Reading, MA: Addison-Wesley
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Alford, S., Hauser, D. (2011). *Adolescent Sexual Health in Europe and the US.*
- Anthony, K. E., Nicotera, N. (2008). *Youth perceptions of neighbourhood hassles and resources: A mixed method analysis.* *Journal of Children and Youth Services Review* 30, 1246 – 1255
- Armitage, C. J., Conner, M. (2000). *Social cognition models and health behavior: a structured review.* *Psychology and Health*, 15, 173-189
- Åslund, C., Nilsson, K. (2013). *Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden.* *International Journal for Equity in Health*
- Băban, A., Crăciun, C. (2007). *Changing health-risk behaviors: a review of theory and evidence-based interventions in health psychology* Vol VII, No. 1, University
- Belloc, N.B., (1973). *Relationship of health practices and mortality.* 2(1):67–81

- Belloc, N.B., Breslow, L. (1972). *Relationship of physical health status and health practices*. 1(3):409–421
- Berkman, L., (1986). *Social Networks, support and Health: Taking the next step forward*. AJE, 123(4), 559-562
- Berne, L., Huberman, B. (1998) *European approaches to adolescent sexual behavior and responsibility*. Washington, DC: Advocates for Youth
- Bjarnason , T., Hibell, B., Andersson, B., Ahlström , S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2003). *The ESPAD Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*
- Boer, H., Seydel, E. R. (1996). *Protection Motivation Theory*. In Conner, M., Norman, P. (Eds.), *Predicting health behavior*. Buckingham: Open University Press
- Bourdieu, P. (1985). *The forms of social capital*. In «*Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*» (ed. J. G. Richardson), pp. 241-258. New York: Greenwood)
- Bourdieu, P. (1986). *The forms of Capital*. in: Richardson D., (ed.), *Handbook Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 241 – 258.
- Boyce, F.W., Cavallo, F., Colombini, S., Lemma, P., Mazur, J., Morgan, A., Vereecken, C. & Zambon, A. (2010). *The contribution of club participation to adolescent health: Evidence from six countries*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64 (1), 89 – 95. 41(1), 43-50
- Boyce, W. F., Davies, D., Gallupe ,O., et al. (2008). *Adolescent risk taking, neighborhood social capital and health*. *J Adolescent Health*. 43(3), 246-52
- Breslow, L., Enstrom, J.E. (1980). *Persistence of health habits and their relationship to mortality*. 9(4):469–483
- Brooks, F.M., Magnusson, J., Spencer, N. & Morgan, A. (2012). *Adolescent multiple risk behavior: an asset approach to the role of family, school and community*
- Buhi, E.R. , Goodson, P. (2007). *Predictors of Adolescent Sexual Behavior and Intention: A Theory-Guided Systematic Review*, *Journal of adolescent Health*, 40, 4-21
- Campell, C., Wood, R. & Kelly, M. K. (1999). *Social capital and health*. London: Health Education Authority
- Capriano, M. R. (2008). *Actual or Potential neighborhood resources and access to them: Testing hypotheses of social capital for the health of female caregivers*. *Social Science and Medicine* 67, 568 - 582

- Cheong, H. P., Edwards, R., Goolbourne, H. & Solomos, J. (2007). *Immigration, Social Cohesion and Social Capital: A Critical Review, Critical Social Policy*. Sage Publication
- Chuang, Y. , Chuang, K. (2008). *Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan*, journal of Social Science and Medicine 67, 1321-1330
- Cleveland, M., Feinberg, M. E., Bontempo, D.E, et al. (2008). *the role of risk and protective factors in substance use across adolescence*. J Adolescent Health. 43(2), 157-64
- Coleman, J.S. (1980). *Social Capital in the Creation of Human Capital*, the American Journal of Sociology, Vol. 94, and Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure, S95 – S120
- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W.C. (2009). *Adolescent romantic relationships*. *Annual Review of Psychology*, 60, 631-652
- Conner, M., Sparks, P. (1996). *The theory of planned behavior and health behaviors*. In Conner, M., Norman, P. (Eds.), *Predicting Health Behavior Research and practice with Social Cognitive Models*. Buckingham: Open University Press
- Crick, N. R., Zahn -Waxler, C. (2003). *The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges*. Development and Psychopathology, 15, 719–742
- Crosby, R.A., Holtgrave, D.R. , DiClemente, RJ, Wingood, G,M, & Gayle, J.A. (2003). *Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study*. Department of Behavioral Sciences and Health Education, Rollins School of Public Health
- Dallago, L., Perkins, D. D., Santinello, M., Boyce, W., Molcho, M. & Morgan, A. (2009). *Adolescent Place Attachment, Social Capital, and Perceived Safety: A Comparison of 13 Countries*
- Dimitrakaki, C., El Dardiry, G., Ravens – Sieberer, U., Tzavara, C. & Tountas, Y. (2012). *Child health – related quality of life and parental social capital in Greece: An exploratory study*, Social Indicators Research 105 (1), 75 – 92
- Duncan, P. Dixon, R. & Carlson, J. (2003). *Childhood in Adolescent sexuality*. The Pediatric Clinics of North America, 50, 765-780

- Durant, H. R., Sanders, J., Jay, S. & Levinson R. (1988). *Analysis of contraceptive behavior of sexually active female adolescents in the United States*
- Farr, J. (2004). *Social Capital. A Conceptual History*, Political Theory 32, 6 – 33
- Ferguson C.J., San Miguel C. & Hartley R.D. (2009). *A multivariate analysis of youth violence and aggression: the influence of family, peers, depression and media violence*. J Pediatric, 155(6): 904-908
- Fisher, J. D., Nadler, A., (1992). *Volitional personal change interpersonal environment*. In Klar, Y. , Fisher, J., Chinsky, J. , & Nadler, A. (Eds.), *Initiating self changes: Social psychological and clinical perspective* (pp. 213-230). New York: Springer-Verlag
- Flewelling, R. L., & Bauman, K. E. (1990). *Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse in early adolescence*. Journal of Marriage and the Family, 52, 171–181
- Gallois, C. , Terry, D. J. & McCamish, M. (1993). *The theory of reasoned action and its application to AIDS-preventive behavior*. Oxford: Pergamon
- Gamarnikow, E., Kritsotakis, G. (2004). *What is social capital and how does it relate to health?* International journal of Nursing Studies *capital does matter for adolescent health: Evidence from the English HBSC Study*, Health Promotion International 24 (4), 363 – 372
- Gebhard, W., Kuyper, L. & Greunsven, G. (2003). *Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use*. Journal of Adolescent Health , 33, 154–164
- Gibbons, F. X. , Gerrard, M. (1997). *Health images and their effects on health behavior*. In Buunk , B. P. , Gibbons, F. X. (Eds.), *Health, coping and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp. 63-94). New York: Lawrence Erlbaum Associates
- Gibbons, F. X., Eggelstone, T. J. (1996). *Smoker net works and the “typical smoker”*: A prospective analysis of smoking cessation. Health Psychology, 15, 469-476
- Gibbons, F. X., Gerrard, M. & McCoy, S. B. (1995). *Prototype perception predicts (lack of) pregnancy prevention*. Personality and Social Psychology Bulletin, 21, 85-93
- Gibbons, F. X., Gerrard, M. (1995). *Predicting young adults’ health risk behavior*. Journal of personality and Social Psychology, 69, 505-517

- Gibbons, F. X., Gerrard, M. , & Lane, D. J. (2001). *A social reaction model of adolescent health risk*. In Suls, J., Wallston K. A., (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 107-136). Malden: Blackwell Publishing
- Gibbons, F. X., Gerrard, M., Quelette, J. A. , & Burzette, R. (1998). *Cognitive antecedents to adolescent Health risk: Discriminating between behavioural intention and behavioural willingness*. *Psychology and Health*, 13, 319-339
- Gilmore, J. (2002). *Report on Smoking in Canada: 1985-2001*. Ottawa, ON: Statistics Canada
- Giordano, P. C. (2003). *Relationships in adolescence*. *Annual Review of Sociology*, 29, 257–281
- Godin, G., Kok, G. (1996). *The Theory of Planned Behavior: a review of its applications to health-related behaviours*. *American Journal of Health Promotion*, 2, 87-98
- Greenberg, J., Magder, L. & Aral, S. (1992). *Age at first coitus. A marker for risky sexual behavior in women*. *Sexually Transmitted Diseases*. 19(6), 331-4
- Griesbach, D., Amos, A., & Currie, C. (2003). *Adolescent smoking and family structure in Europe*. *Social Science & Medicine*, 56, 41-52
- Hale, D.R & Viner, R.M (2012). *Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents* 34 (suppl. 1): i11-i19.doi: 10.1093/pubmed/fdr112
- Hanglund, B. J. A., Morgan, A. (2009). *Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study*. *Journal of Oxford University Press* 24 (4), 363-372
- Hays, S. P. , Hays, C. E., Mulhall, P. F. (2003). *Community risk and protective factors and adolescent substance use*. *J Prim* 24(2), 125-42
- Henderson, M., Nixon, C., Parkes, A. & Wight, D. (2011). *Is parenting associated with teenagers early sexual risk – taking, autonomy and relationship with sexual partners?* *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 43 (1), 30 – 40
- Jacobs, J. (1962). *The death and life of Great American Cities*. Harmondsworth: Penguin
- Kandel D.B. (1985). *On Processes of Peer Influences in Adolescent Drug Use*. *Adv Alcohol Substance Abuse*, 4(3-4): 139-162
- Kawachi, I ., Subramanian S. V. & Kim D. (2008). *Social Capital and Health*. New York: Springer

- Koutra K., Orfanos, P., Roumeliotaki T., Kritsotakis G. Kokkevi, A., & Philalithis, A. (2012). *Psychometric Validation of the Youth Social Capital Scale in Greece*. Research on Social Work Practice 1-11. Crete: Institute of Marine Biology of Crete
- La Greca AM, Prinstein MJ, Fetter MD. (2001). *Adolescent peer crowd affiliation: Linkages with health-risk behaviors and close friendships*. Journal of Pediatric Psychology. 26, 131–143
- Lindstrom, M., (2004). *Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health*
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B. (1999). *Social Capital. A guide to its measurement*. Health and Place 5, 259 – 270
- Loury, G.C. (1977). A dynamic theory of racial income differences. In Wallace P.A. and LeMund A. *Women Minorities and Employment Discrimination*. Lexington, MA: Lexington Books
- Magalong, M., G. & Takahashi, L. M. (2008). *Disruptive social capital: (Un) Healthy socio-spatial interactions among Filipino men living with HIV/AIDS*. Health & Place 14, 182–197
- Maglica, B. K. (2011). Predicting adolescents' health risk behaviors, Review of Psychology. Vol. 18, No. 2, 101-108
- Marindo, R., Pearsons, S., & Casterline J.B, (2003). *Condom use and abstinence among unmarried young people*. Working Division of population council
- Maticka-Tyndale, E., Medaglia, S. & Smylie, L. (2006). *The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours*. The Canadian Journal of Human Sexuality. SIECCAN (The Sex Information and Education Council of Canada)
- Mayet A., Legleye S., Chau, N. & Falissard, B. (2010). *The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: A quantitative approach*, 35(10): 890-895
- Merton, R. K. (1938). "Social Structure and Anomie." American Sociological Review, 3(5):672-682
- Morrow, V. (1999). *Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review*. Social Rev 47(4), 744-65
- Mungiu-Pippidi, A. (2004). *Beyond the new borders*. Journal of Democracy 15 – 48

- Navarro, V. (2002). *A critique of social capital. International Journal of Health Services*, 32, 423-443
- Osby, O. (2008). *Does social capital deter youth from cheating, alcohol use and violence in Turkey?: Bridging torpil in. Journal of Criminal Justice*, 36, 403 – 415
- Pedlow, C.T., Carey M. P. (2004). *Developmentally Appropriate Sexual Risk Reduction Interventions for Adolescents: Rationale, Review of Interventions, and Recommendations for Research and Practice*
- Pender N. J. (1982; revised, 1996). *Health Promotion Model*
- Portes, A. (1998). *Social capital: Its origins and applications in modern sociology. Annual Reviews*, 24, 1 – 24
- Puente, D., Zabaletaa, E., Rodríguez-Blancoa, T., Cabanas, M., Monteagudo, M., Jesús -Pueyo, M., Jané, M., Mestre, N., Mercader, M. & Bolíbar, B. (2011). *For the “Salut i escola” study group Gender differences in sexual risk behavior among adolescents in Catalonia, Spain*
- Putnam, R.D. (1993). *The Prosperous Community. The American Prospect*, Vol.4, no 13
- Putnam, R.D. (1996). *‘The decline of civil society: How come? So what?’*, The John L. Manion Lecture, Canadian Centre for Management Development, Ottawa, Ontario, 22 February, 1-28
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone. The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster*
- Quine, L., Rutter, D., (2004). *Changing health behavior. Open University Press*
- Robert, K. Merton (1938). Article - *Social Structure and Anomie*, American Sociological Review, vol. 3, no. 5
- Rogers, R.W. (1975). *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosenstock, I. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. Vol. 2 No. 4*
- Schwarzer, R. (2011). *The Health Action Process Approach (HAPA)*
- Sniehotta, F. F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). *Bridging the intention-behavior gap: Planning, self-efficacy and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. Psychology and Health*, 2, 143-160

- Spooner, C. (1999). *Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment*. Drug and Alcohol Review, 18, 453-475
- Stephoe, A., Wardle, J. (2004). Health-related behavior: prevalence and links with disease. In Kaptein, A. , Weinmen, J. (Eds.), *Health Psychology*. BPS: Blackwell
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). *Health by association? Social Capital, social theory and the political economy of public health*. International Journal of Epidemiology, 33, 650 – 667
- Waldo, C., Bloom, K. M. (1997). *Successful Aging: Strategies for Healthy Living*
- Weinstock, H., Berman, S., & Cates, W.(2000) *Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates*,. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* (2004) 36(1):6-10 Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Youngblade, L. M, Curry, L. A. , Novak, M., Vogel, B. & Shenkman, E. A. (2006). *The impact of community risks and resources on adolescent risky behavior and health care expenditures*
- Ziersch, A.M. (2005). *Health implications of access to social capital: findings from a n Australian study*. Social Science & Medicine, 61
- Koutra, K., Papadovassilaki, K., Kalpoutzaki, P., Kargatzi, M, Roumeliotaki, T. & Koukkouli, S.(2012). *Adolescent drinking, academic achievement and leisure time use by secondary education students in a rural area of Crete*. Health Social Care Community, 20(1), 61–69
- Young, J.F., Berenson, K., Cohem, P., Garcia, J.(2005). The role of parent and peer support in predicting adolescent depression: A longitudinal community study. 407-423

Ηλεκτρονικές πηγές:

<http://www.advocatesforyouth.org/publications/419-adolescent-sexual-health-in-europe-and-the-us>

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-9276-12-33.pdf>

<https://www.scribd.com/doc/232078240/Baban-Craciun-2007-Changing-Health-risk-Behaviours-a-Review-of-Theory-and-Evidence-Based-Interventions-in-Health-Psychology>

http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2003/The_2003_ESPAD_report.pdf

<https://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-forms-capital.htm>

http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/34/suppl_1/i48.full

http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/Buhi_2007.pdf

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14586187>

http://www.nuigalway.ie/health-promotion/documents/M_Molcho/2009_ja_adolescent_place_attachment_ajcp_44.pdf

http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/34/suppl_1/i11.full

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/24/4/363.short>

http://www.researchgate.net/publication/255723765_Koutra_K_Orfanos_P_Roumeliotaki_T_Kritsotakis_G_Kokkevi_A_Philalithis_A_Psychometric_validation_o

[f the Youth Social Capital S in Greece](#)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144768>

file:///D:/Users/Stauroula/Downloads/Maglica_2011_v18_2.pdf

<http://www.biomedsearch.com/article/effect-social-capital-socio-demographics/156204670.html>

<http://muse.jhu.edu/journals/jod/summary/v015/15.1mungiu-pippidi.html>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2452990>

http://nursingplanet.com/health_promotion_model.html

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90001005&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=114&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=en&fichero=138v25n01a90001005pdf001.pdf

<http://userpage.fu-berlin.de/health/hapa.htm>

<http://ije.oxfordjournals.org/content/33/4/650.abstract>

[http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(05\)00376-9/abstract](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(05)00376-9/abstract)

<http://books.google.gr/books?id=ZNUHvNm27csC&pg=PA7&lpg=PA7&dq=Berkman,+1986+;Cassel,+1976&source=bl&ots=3lps62kMQg&sig=quwIceDAQ82bE5wGzuKaD-c5f2A&hl=el&sa=X&ei=194uVMCSCsvWywPn7YHgCA&ved=0CCsQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false>

http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/309/athan_lampr.pdf?sequence=1

<http://www.paidorama.com/paidoblog/mama/goneis-kai-seksoualiki-diapaidagwgesi.html>

<http://www.mednet.gr/archives/2013-2/pdf/197.pdf>

http://www2.media.uoa.gr/psylab/imageup/Sxeseis_Eterofylou_Zeugariou.pdf

<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=323074>

http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=60,

http://www.epipsi.gr/pdf/2011/04_HBSC_2010_EIPSI_2011.pdf

http://www.youth-health.gr/gr/documents/sem_drugs3.pdf

http://www.epipsi.gr/pdf/2011/05_HBSC_2010_EIPSI_2011.pdf

http://www.epipsi.gr/pdf/2011/02_HBSC_2010_EIPSI_2011.pdf

http://www.epipsi.gr/pdf/2011/04_HBSC_2010_EIPSI_2011.pdf

http://www.epipsi.gr/pdf/2011/07_HBSC_2010_EIPSI_2011.pdf

http://www.epipsi.gr/pdf/2011/01_HBSC_2010_EIPSI_2011.pdf

https://www.academia.edu/2483627/%CE%9A%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%BA%CE%B5%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B1%CE%B9%CE%BF_%CE%92%CE%B9%CF%8E%CE%BD%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%82_%CF%84%C

[E%B7%CE%BD %CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7 %CF%83 %CE%B5 %CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1 %CE %99%CF%81%CE%BB%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CE%AF%CE%B1 %C E%A0%CE%BF%CF%81%CF%84%CE%BF%CE%B3%CE%B1%CE%BB%C E%AF%CE%B1 %CE%BA%CE%B1%CE%B9 %CE%99%CF%83%CF%80% CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B1. Crisis and social capital. Experiencing the economic crisis in Greece Ireland Portugal and Spain](#)

[http://www.nsph.gr/Files/FileManager/Psihologia_ygeias/Notes/1h_imer/HBM_Greek.pdf](#)

[http://www.infokids.gr/2014/04/oi-kindynoi-kai-ta-provlimata-tis-efiv/](#)

[http://www.mednet.gr/archives/2009-4/pdf/523.pdf](#)

[http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2010/KornilakiEugenia,NikoalouAnna,TzanakakiEleni/attached-document-1279705270-283990-15426/Kornilaki2010.pdf](#)

[http://search.cmtprooptiki.gr/uploads/9BAF~1.PDF](#)

[http://ekke.gr/publications/wp/wp25.pdf](#)

[http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/3688/1090_01_oaed_enotita03b_v03.pdf](#)

[http://e-psychology.gr/addictions/869-efivikh-ilikia-eksartiseis-synnosirota](#)

[http://epapanis.blogspot.gr/2008/09/blog-post_22.html](#)

[http://epapanis.blogspot.gr/2011_12_01_archive.html](#)

[http://www.pischools.gr/download/publications/epitheorisi/teyxos15/047_61.pdf](#)

http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2001_11/VA_REV_3_10_01_11.pdf

http://users.sch.gr/gestamos/Downloads/ergasies_aspete/antisocial_behaviour_adolescence.pdf

<http://dimitrissotiropoulos.files.wordpress.com/2011/01/ceb8ceb5cf84ceb9cebacf8c-cebaceb1ceb9-ceb1cf81cebdceb7cf84ceb9cebacf8c-cebacebfceb9cebdcf89cebdceb9cebacf8c-cebaceb5cf86ceaccebbceb1.pdf>

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=814>

<http://www.ixek.gr/images/articles/296%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B7%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%82.pdf>

<http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/19072/efivikos-egkefalos-kai-sympertifora.html>

http://youth-health.gr/thematikes-enotites/psuxiki-ugeia/erotiseis-apantiseis-gia-tixrisi-alkool-stin-efibeia#.VC8WIGd_u8o

http://www.iatrikionline.gr/EL_M_3-2004/3.htm

http://frenigidou.blogspot.gr/2010/08/blog-post_04.html

http://www.ektepn.gr/images/TAKIS/EKTHESI/EKTHESI_2009_KEF_2.pdf

<http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%AF%CE%B7%CF%83%CE%B7>

http://www.who.int/topics/family_planning/en/

http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

<http://www.kesan.gr/>

<http://www.keelpno.gr/>

<http://www.hamogelo.gr/>

<http://www.tilefonikigrammi.gr/>

<http://www.he-lp-greece.eu/el/your-health/family-planning>

<http://symvstathmos.wordpress.com/about/>

<http://www.0-18.gr>

<http://www.emcdda.europa.eu/>

<http://merimnazois.com/>

<http://www.espad.org/>

<http://www.epipsi.gr/>