

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΑΘΗΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Κούτρα, Κλειώ¹

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα διερευνά την επίδραση του «Κοινωνικού Κεφαλαίου» στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας 658 μαθητών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Ηρακλείου, Κρήτης. Πρόκειται για συγχρονική έρευνα (cross-sectional) παρατήρησης. Τα αποτελέσματα τεκμηριώνουν ότι τα αγόρια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τα κορίτσια. Σε αυτό φάνηκε να συμβάλλει η επιρροή των φίλων των ερωτώμενων, με τα αγόρια φίλους να επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό, κυρίως στη χρήση οινοπνευματωδών ποτών και στο κάπνισμα. Αναφορικά με τους πέντε παράγοντες μέτρησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου, ο παράγοντας «Συμμετοχή στην Κοινότητα» σχετίζεται θετικά με τις επικίνδυνες συμπεριφορές των μαθητών του δείγματος. Αντίθετα, η συνολική βαθμολογία όλων των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου λειτουργεί προστατευτικά στις συμπεριφορές κινδύνου των μαθητών.

Λέξεις κλειδιά: Κοινωνικό Κεφάλαιο, έφηβοι, συμπεριφορές κινδύνου.

Εισαγωγή

Η εφηβεία από τη φύση της είναι ριψοκίνδυνη, με έντονη επιθυμία για δοκιμές (Καππάτου, 2007). Σε συνδυασμό με σειρά αλλαγών σε βιολογικό, γνωσιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, η εφηβεία είναι μια περίοδος κατά την οποία οι έφηβοι εκτίθενται σε ποικιλία εσωτερικών και εξωτερικών πιέσεων. Η περίοδος της εφηβείας έχει τεκμηριωθεί με πλήθος ερευνητικών δεδομένων ως περίοδος αυξημένης συχνότητας συμπεριφορών υψηλού κινδύνου (Hale & Viner, 2012).

Οι επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας ορίζονται ως πρόδρομος ασθενειών που σχετίζονται με υψηλότερο από ότι ο μέσος όρος επιπολασμού νοσηρότητας και θνησιμότητας (Kaljee & Chen, 2011). Ο πειραματισμός με τον κίνδυνο, για κάποιους έφηβους, δεν θα αφήσει μελανά σημάδια. Όμως, για μια σημαντική μειοψηφία συνθέτει κομμάτι εμπειριών, δοκιμών και πειραματισμών με την κατανάλωση καπνού, οινοπνεύματος, εξαρτησιογόνων ουσιών, με τη μη χρήση

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών (Ph.D), Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

προφυλακτικού και την εναλλαγή πολλαπλών συντρόφων να τους στιγματίζουν για όλη τους την ζωή (Winstanley et al., 2008). Σε κοινωνικό επίπεδο, ξεκινάει δυναμικά η αναζήτηση της σεξουαλικής ταυτότητας, το ερωτικό ενδιαφέρον για το αντίθετο φύλο και πιθανά η έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας (Βοσνιάδου, 2001). Ο αντίκτυπος των συμπεριφορών κινδύνου στην υγεία είναι τόσο σημαντικός που αποτελεί προτεραιότητα εθνικών και διεθνών οργανισμών υγείας (Quine & Rutter, 2004). Η μελέτη των συμπεριφορών υγείας στην εφηβεία είναι σημαντική για αρκετούς λόγους και κυρίως για τις επιλογές εκείνες που θα παρθούν κατά την περίοδο της εφηβείας (Mackenbach et al., 2008) και θα επιβαρύνουν το άτομο για όλη του τη ζωή (Viner et al., 2012).

Συνοπτικά, τα επιδημιολογικά δεδομένα για τις συμπεριφορές κινδύνου τεκμηριώνουν ότι στην Ελλάδα δύο στους πέντε έφηβους 15 ετών έχουν καπνίσει τσιγάρο έως μια φορά στη ζωή τους και ένας στους δέκα καπνίζει καθημερινά (Κοκκέβη και συν., 2010). Η πλειοψηφία των εφήβων καταναλώνει οινοπνευματώδη ποτά σε εβδομαδιαία βάση (Currie et al. 2008; Koutra et al., 2012a). Ο νομός Ηρακλείου βρίσκεται στη 4^η υψηλότερη θέση πανελλαδικά, αναφορικά με τη συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (>10 φορές το μήνα) (Hibell et al., 2012). Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή μελέτη της H.B.S.C. 2009/2010, οι Έλληνες έφηβοι κάνουν χρήση/δοκιμή της κάνναβης στα 15 έτη (7,2%), και τα 2/3 αυτών έχουν επαναλάβει τη χρήση τρεις ή και περισσότερες φορές (Currie et al., 2010). Η έναρξη και εξέλιξη της σεξουαλικής δραστηριότητας του έφηβου χαρακτηρίζεται από κίνδυνο και λάθη κυρίως λόγω άγνοιας, έλλειψης εκπαίδευσης και σεξουαλικής αγωγής (Conger, 1981), με τα ΜΜΕ και τους φίλους να αποτελούν την κύρια πηγή ενημέρωσης των εφήβων στην Ελλάδα (Ηλιάδη και Παλάσκα, 2008). Η Μονάδα Εφηβικής Υγείας της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων το 2007 τεκμηρίωσε ότι από τους σεξουαλικά δραστήριους εφήβους, μόνο το 31% χρησιμοποιεί το προφυλακτικό σωστά σε κάθε σεξουαλική επαφή και καθ' όλη τη διάρκεια της επαφής (Τσίτσικα, 2014). Μάλιστα στην πλειοψηφία τους δεν χρησιμοποιούν καμιά μέθοδο αντισύλληψης (Κρεατσά και συν. στο Ηλιάδη και Παλάσκα, 2008). Σημειώνεται ότι καθημερινά ένα εκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως, εκ των οποίων η πλειοψηφία είναι έφηβοι και νεαροί ενήλικοι, ηλικίας 15- 24 ετών, κινδυνεύουν από τη μετάδοση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νοσημάτων (WHO, 2007).

Η έννοια του «Κοινωνικού Κεφαλαίου», τις τελευταίες δεκαετίες, έχει συνδεθεί με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (Wakefield & Poland, 2005), ως ένας από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (Coren et al., 2010). Το κοινωνικό κεφαλαίο αποτελεί γενικά το πλαίσιο μελέτης των συμπεριφορών υγείας (Thorlindsson et al., 2012), αν και η μεταξύ τους σχέση είναι εξαιρετικά σιωπηλή (Scheffler & Brown, 2008) και είναι υπό διερεύνηση μόλις από το 2001 (Macinko & Starfield, 2001, Costa-Font & Mladovsky, 2008). Γενικά, το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί μια πολυδιάστατη πηγή που προέρχεται από τα κοινωνικά δίκτυα, τους δεσμούς και τις

σχέσεις με άλλους ανθρώπους, ομάδες ή κοινότητες (Koutra et al., 2012). Το κοινωνικό κεφάλαιο των νέων αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις και την κοινωνικότητα, τα κοινωνικά δίκτυα, την κοινωνική υποστήριξη, την εμπιστοσύνη, την αμοιβαιότητα και την πολιτική δέσμευση (Morrow, 1999). Θεωρείται ως έννοια δύσκολη, περίπλοκη και αρκετά ακαθόριστη. Για την καλύτερη κατανόηση του κοινωνικού κεφαλαίου των νέων, απαιτείται η απόκτηση περαιτέρω γνώσεων, αναφορικά με τις εμπειρίες και τις ανησυχίες τους για τη ζωή (Onyx et al., 2005).

Το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί την πιο πρόσφατη προσθήκη στη λίστα σε μια σειρά κοινωνικών, περιβαλλοντολογικών διαστάσεων που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας (Nieminen et al., 2013, Wakefield & Poland, 2005, Kritsotakis & Gamarnikow, 2004). Έτσι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι σε θέση να επηρεάζει την υγεία μέσω διαφόρων μηχανισμών. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι: α) τα πρότυπα και οι συμπεριφορές που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας, β) τα ψυχοκοινωνικά δίκτυα που αυξάνουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και γ) οι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί που ενισχύουν την αυτοεκτίμηση (Kawachi et al., 1999, Kawachi & Berkman, 2000, Lindström, 2008). Σύμφωνα με τους Crosby et al. (2003), το κοινωνικό κεφάλαιο λειτουργεί ως προγνωστικός δείκτης της επικίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς του εφήβου. Ακόμη, υποστηρίζεται ότι οι επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος είναι σημαντικές για την εμφάνιση ή μη παραβατικής συμπεριφοράς (Στάμος, 2006).

Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στις συμπεριφορές υγείας των εφήβων παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον ως προς την κατανόηση και ανάλυση του πλαισίου μέσα στο οποίο αυτές λαμβάνουν χώρα, δηλαδή απαντά στα εξής ερωτήματα: α) πού γίνονται, β) με ποιόν, γ) υπό ποιές συνθήκες (Morrow, 1999). Η συμμετοχή του ατόμου στην κοινότητα και στα κοινωνικά της δίκτυα, έχει διαπιστωθεί πως δρα ελεγκτικά και ρυθμιστικά ως προς τις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (Koutra et al., 2014, Harper, 2001). Οι Nieminem et al. (2013) τεκμηρίωσαν πως τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, ιδιαίτερα με υψηλή συμμετοχή στην κοινότητα και σε κοινωνικά δίκτυα, αναφέρουν ότι είναι πιο υγιείς. Αξιοσημείωτο είναι, πως ενώ υπάρχουν ερευνητικά ευρήματα για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου και της υγείας (Hyypä, 2010; Lindström, 2008, Kawachi et al., 2008), η βιβλιογραφική ανασκόπηση στερείται θεωρητικής και εμπειρικής γνώσης για τη σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου και των διαφόρων συμπεριφορών υγείας ως καθοριστικό παράγοντα υγείας (Poortinga, 2006, Mohnen et al., 2012).

Με γνώμονα τα παραπάνω, το κοινωνικό κεφάλαιο οφείλει να ενταχθεί στην πρακτική εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας. Η κοινωνική εργασία, από την ίδρυση της, δουλεύει με στοιχεία κοινωνικού κεφαλαίου (Loeffler et al., 2004). Μάλιστα, αναμένεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς να προάγουν και να αναδομήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο στις κοινότητες όπου

παρεμβαίνουν, αν και στην πραγματικότητα, σπάνια αυτές οι παρεμβάσεις συζητούνται με την ορολογία και τις θεωρήσεις του κοινωνικού κεφαλαίου (Koutra, 2015; Ersing & Loeffler, 2008; Mukherjee, 2007). Σημαντικό θεωρείται οι κοινωνικοί λειτουργοί να αναγνωρίσουν τις δυσκολίες και την πολυπλοκότητα του κοινωνικού κεφαλαίου, αλλά και τη χρησιμότητά του στις κοινοτικές προληπτικές παρεμβάσεις (Koutra, 2015).

1. Μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός & ερευνητική υπόθεση

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η μελέτη της επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας των μαθητών της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του νομού Ηρακλείου Κρήτης. Η ερευνητική υπόθεση επικεντρώνεται στο ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας των μαθητών.

Δειγματοληψία

Η μελέτη στόχευσε σε πληθυσμό 2189 μαθητών της Α΄ Λυκείου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ζουν σε αγροτικές και αστικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου (www.statistics.gr). Υιοθετήθηκε μια τυχαία σχεδίαση της δειγματοληψίας λαμβάνοντας υπόψη τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ηρακλείου. Από το σύνολο των σχολικών μονάδων, περίπου τα μισά σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης επιλέχθηκαν τυχαία ($n=17$). Το αρχικό δείγμα αποτελείται από 835 μαθητές λόγω απουσιών και μη απαντήσεων (ρυθμός ανταπόκρισης $\approx 78\%$) (Κούτρα και συν. 2012). Λαμβάνοντας υπόψη τις καθημερινές απουσίες, 708 μαθητές (85%) συμμετείχαν τελικά 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 ελλειπών τιμών σε μία ή περισσότερες μεταβλητές που μας ενδιέφεραν. Το τελικό δείγμα περιελάμβανε 658 μαθητές, 292 αγόρια και 366 κορίτσια (79% του αρχικού δείγματος της μελέτης). Κατά τη σύγκριση των χαρακτηριστικών μεταξύ αυτών που περιλήφθηκαν και εκείνων που εξαιρέθηκαν, δεν υπήρχαν διαφορές σε γενικές γραμμές.

Από πλευράς δημογραφικών στοιχείων, το δείγμα της μελέτης αποτελείται στην πλειοψηφία του από κορίτσια (55,6% έναντι 44% αγόρια) με τα αγόρια να έχουν μεγαλύτερη μέση ηλικία έναντι

των κοριτσιών ($16,1 \pm 0,4$). Οι συμμετέχοντες μαθητές κατοικούν κυρίως σε αστικές-ημιαστικές περιοχές (57,8%), έχουν Ελληνική εθνικότητα (95,3%) και διαμένουν σε πυρηνική οικογένεια (69,5%).

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν στο τέλος του 2008, όταν χορηγήθηκε γραπτή άδεια από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Ελληνικού Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (αριθμός απόφασης: 20946/G2/20-2-2008). Με τη σύμφωνη γνώμη του διευθυντή του κάθε σχολείου που συμμετείχε στην έρευνα, 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 (Koutra et al. 2012).

Εργαλεία

Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου πραγματοποιήθηκε μέσω της κλίμακας μέτρησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου των Νέων (Youth Social Capital Scale-YSCS). Η κλίμακα με 30 ερωτήσεις μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε πολιτισμικά και ψυχομετρικά στην Ελλάδα (Koutra et al., 2012) από την αρχική κλίμακα της Αυστραλίας (Onyx et al., 2005). Ικανοποιητικός κρίνεται ο συνολικός συντελεστής Cronbach's α .771 με αποδεκτό όριο αξιοπιστίας .60. Η εγκυρότητα της κλίμακας παρουσιάζει εσωτερική συνοχή, μετά από συγκλίνουσα και διακρίνουσα δοκιμή (Koutra et al., 2012). Το YSCS αποτελείται από πέντε παράγοντες που είναι: «*Συμμετοχή στην κοινότητα*», «*Φίλοι και συνομήλικοι*», «*Δίκτυα γειτονιάς*», «*Εμπιστοσύνη και ασφάλεια*», και «*Ανοχή στη διαφορετικότητα*». Οι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου διερευνώνται ποσοτικά με τη βαθμολογία των ερωτήσεων με βάση 4-βάθμια κλίμακα. Υψηλότερες βαθμολογίες σε κάθε έναν από αυτούς τους παράγοντες αντανακλούν στο υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο για το μαθητή (Koutra et al., 2012).

Οι συμπεριφορές υγείας και τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των μαθητών μετρήθηκαν με το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο H.B.S.C. που αναπτύχθηκε από ένα διεθνές δίκτυο έρευνας σε συνεργασία με το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη και έχει ήδη χρησιμοποιηθεί για ελληνικά δεδομένα (Currie et al., 2010, Koller et al., 2009). Για τη μέτρηση των συμπεριφορών κινδύνου επιλέχθηκαν οι ερωτήσεις από το H.B.S.C. για: *το Κάπνισμα* (4 κατηγορίες: μη καπνιστής έως καθημερινός καπνιστής), *την Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών* (5 κατηγορίες: δεν έχει μεθύσει ποτέ έως έχει μεθύσει πάνω από 10 φορές), *τη Χρήση κάνναβης* (5 κατηγορίες: ποτέ έως κάθε μέρα), *τη Χρήση άλλης παράνομης ουσίας* π.χ. ηρωίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες (7 κατηγορίες: ποτέ έως πάνω από 40 φορές), *τη Μη χρήση προφυλακτικού κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή* (3 κατηγορίες: δεν έχω σεξουαλική δραστηριότητα, ναι, όχι).

Η κατηγοριοποίηση έγινε σύμφωνα με τους Brooks et al. (2012). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μια καλά σχεδιασμένη βαθμολογία, που δείχνει την πραγματική επιβάρυνση, ιδιαίτερα στη χρήση ουσιών και καπνού. Οι απαντήσεις αναφορικά με τη συμπεριφορά κατηγοριοποιήθηκαν με ναι (1) ή όχι (0). Στην κατηγοριοποίηση αυτή δεν θα είχε νόημα η χρήση διχοτομημένων απαντήσεων για κάθε ένα παράγοντα, αλλά η χρήση της συνολικής επιβάρυνσης (clustering). Δηλαδή εκτιμήθηκε το άθροισμα των πέντε (5) ερωτήσεων που αφορούν στο κάπνισμα, στην κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, στη χρήση κάνναβης, στη χρήση άλλων παράνομων ουσιών και στη μη χρήση προφυλακτικού. Η απάντηση “καμία δέσμευση” σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά βαθμολογήθηκε με 0, “ελάχιστη ή πειραματική” βαθμολογήθηκε με 1 και η “πιο συχνή και βαριά” βαθμολογήθηκε με 2. Οι βαθμολογίες αθροίστηκαν και παρουσιάζονται αναλυτικά στον **Πίνακα 1**. Οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την επιρροή των φίλων τους σε συμπεριφορές κινδύνου αξιολογήθηκαν από τέσσερα στοιχεία που αφορούν στο Κάπνισμα, Κατανάλωση οινοπνεύματος, Μέθη, Χρήση χασίς ή μαριχουάνας. Οι απαντήσεις αναφορικά με τη συμπεριφορά των φίλων κατηγοριοποιήθηκαν με ναι (1) ή όχι (0). Η κατηγοριοποίηση έγινε με βάση την αντίληψη που είχαν οι ίδιοι οι μαθητές για τις συμπεριφορές που ακολουθούν οι φίλοι τους. Με 0 βαθμολογήθηκε η μη εμφάνιση κανενός από τα τέσσερα παραπάνω στοιχεία, ενώ με 4 βαθμολογήθηκε η εμφάνιση του συνόλου αυτών.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 23.0. 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 μεθόδου πολλαπλής ανάλυσης συνδιακύμανσης συγκρίθηκαν τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου (ΚΚ) μεταξύ των εφήβων που 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 πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης κατηγορικής ανάλυσης παλινδρόμησης, ορίζοντας τις κατηγορίες για κάθε προγνωστική παράμετρο (Agresti, 2002). Ένα βασικό κριτήριο χρήσης είναι η παρουσίαση των δεικτών σχετικής σημασίας, που δείχνει ότι οι σημαντικές παράμετροι (οι ανεξάρτητες μεταβλητές που κρίνονται ότι επηρεάζουν σε επίπεδο $<0,05$) δίνουν ανοχή κοντά στο 92%. Οι παράμετροι χρήσης περιγράφονται αναλυτικά στον **Πίνακα 4** (ελέγχθηκαν οι δείκτες σχετικής σημασίας και ανοχής).

Στην περίπτωση του κοινωνικού κεφαλαίου, χρησιμοποιήθηκε η διαβάθμιση χαμηλών/μέτριων και υψηλών επιπέδων σύμφωνα με τις κατά φύλο και ηλικία 75% εκατοστιαίες θέσεις, ως αριθμητική κατηγορική μεταβλητή. Από την εφαρμογή δύο μοντέλων – στο 2^ο χρησιμοποιήθηκαν οι συνιστώσες επίδρασης του κοινωνικού κεφαλαίου – υπολογίστηκαν και οι δείκτες σχετικής σημασίας (Pratt indexes), ενώ η πολυσυγγραμμικότητα ελέγχθηκε από τους αρνητικούς δείκτες της σημασίας και την αξιολόγηση της ανοχής.

Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 1 συνοψίζει τη συχνότητα εμφάνισης των πέντε συμπεριφορών κινδύνου – κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, χρήση χασίς, χρήση άλλων ουσιών, χρήση προφυλακτικού – και τη συνολική βαθμολογία συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΓΠΚ) των μαθητών, ανά φύλο και συνολικά.

- 1ο. 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 (75,7% του δείγματος αγόρια και 80,3% κορίτσια). Σχετικά με τη συχνότητα του καπνίσματος τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, το 7,6% καπνίζει τουλάχιστον μια φορά ή και λιγότερο την εβδομάδα (7,2% τα αγόρια και 7,9% τα κορίτσια), ενώ οι μαθητές που καπνίζουν κάθε μέρα αποτελούν το 14,1% του συνολικού δείγματος (17,1% τα αγόρια και 11,7% τα κορίτσια).
- 2ο. Αναφορικά με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ως παράγοντα συμπεριφορικού κινδύνου για την υγεία των μαθητών του δείγματος, το 53,2% αναφέρουν ότι δεν έχουν μεθύσει ποτέ (43,8% είναι αγόρια και 60,7% κορίτσια). Οι έφηβοι που έχουν μεθύσει μια φορά φθάνουν το 21,3% του συνολικού δείγματος (22,3% είναι αγόρια και 20,5% κορίτσια). Τέλος, οι μαθητές, οι οποίοι έχουν μεθύσει από δύο φορές και πάνω, αγγίζουν το 25,5% (33,9% αγόρια και 18,9% κορίτσια, $p=0,001$).
- 3ο. 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 (το 92,8% είναι αγόρια και το 99,5% κορίτσια, $p=0,001$). Το 0,8% αναφέρει ότι έχει κάνει ή κάνει χρήση μια φορά το μήνα, ενώ το 2,7% κάνει χρήση χασίς δυο ή και παραπάνω φορές το μήνα.
- 4ο. Η χρήση άλλων ουσιών, όπως κάποια εισπνεόμενη ουσία π.χ. 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 (85,6% αγόρια και 92,3% κορίτσια, $p=0,006$). 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 έχουν κάνει σε υψηλότερη συχνότητα (6,5%) έναντι των κοριτσιών (4,9%). Τέλος, οι μαθητές που έχουν κάνει χρήση κάποιας άλλης ουσίας τρεις ή /και περισσότερες φορές σε όλη τους τη ζωή αγγίζουν το 5% του συνολικού δείγματος με τα αγόρια και πάλι να ηγούνται έναντι των κοριτσιών (7,9% έναντι 2,7%, αντίστοιχα).

5ο. Τέλος, αναφορικά με την ενεργή σεξουαλική επαφή των μαθητών, απαραίτητη θεωρεί τη χρήση προφυλακτικού το 63,4% του συνολικού δείγματος που δεν είναι ενεργό σεξουαλικά. Ειδικότερα, από τους μη ενεργούς σεξουαλικά μαθητές του δείγματος που ασπάζονται τη θέση αυτή το 80,1% είναι κορίτσια και το 42,5% αγόρια. Όσοι εκ του δείγματος είναι ενεργοί σεξουαλικά και χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 34,5% εκ του συνόλου (55,1% είναι αγόρια και 18% κορίτσια, $p=0,001$). Τέλος, οι μαθητές που είναι ενεργοί και δεν χρησιμοποιούν προφυλακτικό φθάνουν το 2,1% του δείγματος με τα αγόρια να ηγούνται στη χρήση σε σχέση με τα κορίτσια (2,4% έναντι 1,9%).

Συνολικά, οι μαθητές που δεν διατρέχουν κανέναν κίνδυνο και συγκέντρωσαν βαθμολογία 0, αποτελούν το 38,9% του δείγματος (με τα αγόρια στο 25% και τα κορίτσια στο 50%). Οι μαθητές του δείγματος που διατρέχουν κάποιο κίνδυνο και συγκέντρωσαν βαθμολογία από 1 έως 5, φθάνουν το 55,9% (το 66,1% είναι αγόρια και το 47,8% κορίτσια) με τα αγόρια να βρίσκονται στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ($p=0,001$). 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% (8,9% τα αγόρια και 2,2% κορίτσια). Συμπερασματικά, βλέποντας τη μέση τιμή του δείκτη ΣΠΚ διαπιστώνουμε ότι τα αγόρια διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο από τα κορίτσια ($2,3 \pm 2,2$ έναντι $1,2 \pm 1,6$, αντίστοιχα).

Στο **Γράφημα 1** απεικονίζεται ο μέσος αριθμός των τεσσάρων συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των 658 φίλων του δείγματος της παρούσας έρευνας, ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου των ΣΠΚ (υιοθέτηση συμπεριφορών κινδύνου και επίδραση από άλλες ανάλογες συμπεριφορές φίλων). Οι έφηβοι με αυξημένο συμπεριφορικό κίνδυνο έχουν φίλους με αυξημένη συγκέντρωση ανάλογων συμπεριφορών κινδύνου. Με άλλα λόγια, οι μαθητές που έχουν υψηλή βαθμολογία στις συμπεριφορές κινδύνου έχουν το ίδιο ριψοκίνδυνους φίλους ($p<0,001$).

Ο **Πίνακας 2** περιγράφει τα επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου και αναλύει τους 5 παράγοντες, καθώς και τη συνολική βαθμολογία του κοινωνικού κεφαλαίου ανά φύλο, με τη μέθοδο ανάλυσης

διακύμανσης. Η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον Levene που αποτελεί μια επαγωγική στατιστική για να αξιολογηθεί η ισότητα των διακυμάνσεων για μία μεταβλητή που υπολογίζεται για δύο (αγόρια /κορίτσια) και πριν από τη σύγκριση των μέσων. Από το σύνολο των 5 παραγόντων, φαίνεται ότι τα αγόρια έχουν ελάχιστα αυξημένη συμμετοχή στην κοινότητα από ό,τι τα κορίτσια (15,% έναντι 14,6% αντίστοιχα, $p=0,016$). Ομοίως, παρατηρείται ελάχιστη διαφορά ανάμεσα στα κορίτσια και στα αγόρια όσον αφορά την ανοχή στη διαφορετικότητα, με τα κορίτσια να είναι κατά 0,4 πιο ανεκτικά σε σχέση με τα αγόρια (10,3% έναντι 10,7%, αντίστοιχα, $p=0,012$).

Ο **Πίνακας 3** περιγράφει τη σχέση των επιπέδων του κοινωνικού κεφαλαίου με τις κατηγορίες συμπεριφοράς κινδύνου, σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες. Φαίνεται, ότι όσοι έχουν «κάποιο» κίνδυνο ΣΠΚ έχουν και σημαντικά αυξημένη μέση βαθμολογία συμμετοχής στην κοινότητα (15,4, $p=0,032$), στα δίκτυα της γειτονιάς (7,9, $p=0,034$) ή συνολική βαθμολογία ΚΚ ($p=0,027$). Αντιθέτως, όσοι δεν έχουν «κανένα» κίνδυνο εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ασφάλειας και εμπιστοσύνης ($p=0,013$), ενώ εκείνοι με αυξημένο κίνδυνο εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα φίλων και συνομηλίκων ($p=0,007$).

Στο **Πίνακα 4**, περιγράφεται η κατηγορική ανάλυση παλινδρόμησης της βαθμολογίας ΣΠΚ για την υγεία του δείγματος, σύμφωνα με τους πέντε πολλαπλούς συμπεριφορικούς παράγοντες (ΣΠΚ). Η μέθοδος της κατηγορικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να παρουσιάσει τους δείκτες σχετικής σημασίας, που αποτελούν τις σημαντικές παραμέτρους (οι ανεξάρτητες μεταβλητές που κρίνεται ότι επηρεάζουν σε επίπεδο $<0,05$) οι οποίες δίνουν ανοχή κοντά στο 92%. Ως κατηγορικές μεταβλητές καθορίστηκαν: η εξαρτημένη μεταβλητή της βαθμολογίας ΣΠΚ (κανένας κίνδυνος, κάποιος κίνδυνος, αυξημένος) και οι ανεξάρτητες μεταβλητές του φύλου (αγόρια, κορίτσια), της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας (πολύ καλή, καλή, μέτρια/κακή) και των συνιστωσών του κοινωνικού κεφαλαίου που αφορούν τις 75% κατά φύλο και 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 γονέα-παππούδες-ανάδοχη-άλλο). Ως αριθμητικές καθορίστηκαν η ηλικία και ο βαθμός συγκέντρωσης των τεσσάρων παραγόντων κινδύνου που έχουν οι φίλοι των εφήβων. Από την εφαρμογή δύο μοντέλων –στο 2ο 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.

Εστιάζοντας στο δεύτερο πιο ολοκληρωμένο μοντέλο, φαίνεται ότι τα αγόρια είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου ($b=-0,108$, $p=0,020$), ενώ

όσο η ηλικία των μαθητών αυξάνεται, φαίνεται να αναπτύσσουν σημαντικά περισσότερους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου ($b=0,157$, $p=0,041$). Οι μαθητές του δείγματος που δηλώνουν μέτρια ή κακή αυτοαναφερόμενη υγεία έχουν και σημαντικά περισσότερους ΣΠΚ ($b=0,138$, $p<0,001$). Όσον αφορά το ΚΚ, όσο περισσότερο αυξάνεται η συμμετοχή στην κοινότητα, τόσο αυξάνονται οι επικίνδυνες συμπεριφορές ($b=0,137$, $p=0,025$). Τέλος, οι μαθητές με αυξημένο το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο, φαίνεται να υιοθετούν και σημαντικά λιγότερους ΣΠΚ ($b=-0,151$, $p=0,043$).

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε μια σειρά παραμέτρων υγείας και συμπεριφορών κινδύνου προκειμένου να εξεταστεί η υπόθεση ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο των μαθητών λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία. Η ερευνητική υπόθεση σχετικά με την προστατευτική δράση του κοινωνικού κεφαλαίου στις επικίνδυνες συμπεριφορές των εφήβων δεν επαληθεύτηκε (Campos-Matos, Subramanian, Kawachi, 2015, Κούτρα, 2015). Οι μαθητές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο και κυρίως εκείνοι που συμμετέχουν στην τοπική κοινότητα και έχουν ανεπτυγμένα δίκτυα με τη γειτονιά αναφέρουν μεσαία εμφάνιση κινδύνου πάνω από το μέσο όρο του δείγματος και μάλιστα με τα αγόρια να κινδυνεύουν περισσότερο. Αυξημένος είναι επίσης ο κίνδυνος για όσους μαθητές αναφέρουν υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου στον παράγοντα «Φίλοι και Συνομήλικοι». Αντίθετα, οι έφηβοι που αισθάνονται εμπιστοσύνη και ασφάλεια φαίνεται να μην διατρέχουν κανένα κίνδυνο.

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, οι μαθητές με αυξημένη συμμετοχή στην τοπική κοινότητα και αυξημένα δίκτυα φίλων και γειτονιάς έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή εμφάνιση κάποιου κινδύνου, εύρημα απόλυτα σύμφωνο με σειρά ευρημάτων άλλων μελετών (Brooks et al., 2012, Maticka-Tyndale, 2006, Youngblade et al., 2006). Αναλυτικότερα, σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, τεκμηριώθηκε πως ορισμένα από τα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με επικίνδυνες συμπεριφορές (Maticka-Tyndale et al., 2006). Ακόμη, οι Brooks et al. (2012), σε έρευνα που πραγματοποιήσαν στην Αγγλία, σε έφηβους 15 ετών, μελέτησαν τις επικίνδυνες συμπεριφορές των εφήβων σε σχέση με το ρόλο της οικογένειας, του σχολείου και της κοινότητας και συμπέραναν πως η συμμετοχή στην κοινότητα παίζει σημαντικό ρόλο στη συμμετοχή των εφήβων σε επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας. Επιπλέον, οι Youngblade et al. (2006) επισήμαναν, πως η επαφή με τη γειτονιά και η συμμετοχή στην κοινότητα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την παρότρυνση των εφήβων στη χρήση ουσιών και γενικότερα στο κίνδυνο. Οι Hays et al. (2003) ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους τόνισαν, ότι η

συμμετοχή σε μια αποδιοργανωμένη κοινότητα συνθέτει παράγοντα κινδύνου για τη συμμετοχή των εφήβων στη χρήση ουσιών. Άρα, βασικοί παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου φαίνεται να λειτουργούν ενθαρρυντικά προς τους νέους σε σχέση με τους πολλαπλούς συμπεριφορικούς κινδύνους για την υγεία.

Αντίθετα, η ισχυρή κοινοτική συνοχή και ειδικότερα ο παράγοντας του κοινωνικού κεφαλαίου «*εμπιστοσύνη και ασφάλεια*» μεταξύ των μελών της κοινότητας, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα για την αποφυγή επικίνδυνων συμπεριφορών (Boyce, et al., 2008, Cleavelant et al., 2008). Σε συμφωνία με αυτό είναι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όπου όσοι εμφανίζουν υψηλό σκορ στα αισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή βαθμολογία στην εμφάνιση “κανενός κινδύνου”. Ο Takakura (2011) επίσης αναφέρει, ότι η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια σχετίζονται με χαμηλότερη πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε 3248 μαθητές, ηλικίας 15-18 ετών, στην Ιαπωνία. Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η μελέτη των Wray-Lake et al. (2012), με δεδομένα 33 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες (1976-2008), σύμφωνα με τα οποία η κοινωνική εμπιστοσύνη συνδέεται με χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ σε μαθητές Γυμνασίου. Οι Bryden, Roberts, Petticrew, & McKee (2013) στην ανασκόπησή τους τεκμηρίωσαν μια προστατευτική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου και της κοινοτικής υποστήριξης στην κατανάλωση αλκοόλ σε εφηβικούς και μαθητικούς πληθυσμούς (Bryden et al., 2013). Αντίθετα, στη μελέτη των Aslund & Nilsson (2013) στη Σουηδία, οι έφηβοι με χαμηλά δίκτυα γειτονιάς και χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης είχαν αυξημένη πιθανότητα υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ, καπνίσματος και χρήσης ουσιών.

Η ανάλυση παλινδρόμησης τρέχοντας σε 2 μοντέλα μια σειρά παραμέτρων τεκμηρίωσε ότι τα κορίτσια και οι μαθητές σε μεγαλύτερη ηλικία είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη πολλαπλών συμπεριφορών κινδύνου. Το φύλο διαφοροποιεί σημαντικά τους παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου με τα αγόρια να συμμετέχουν περισσότερο στην ευρύτερη κοινότητα και τα κορίτσια να είναι πιο ανεκτικά στη διαφορετικότητα, εύρημα που συμφωνεί γενικά με τα ευρήματα στη βιβλιογραφία (Koutra et al., 2012; Dallango et al., 2009). Επιπλέον, το φύλο των μαθητών παίζει καθοριστικό ρόλο στις συμπεριφορές κινδύνου, με τα αγόρια αρχικά να διατρέχουν στατιστικά μεγαλύτερο κίνδυνο από τα κορίτσια, εύρημα που γενικά θεωρείται τεκμηριωμένο. Π.χ οι Puente et al. (2010), σε έρευνα στην Καταλονία της Ισπανίας, διαπίστωσαν και εκείνοι πως τα αγόρια 15 ετών διατρέχουν υψηλότερους κινδύνους απ’ ό,τι τα κορίτσια.

Αυτό είναι σε συμφωνία με την προαναφερθείσα μελέτη των Matlicka- Tyndale et al. (2006), όπου κάποιες πηγές του κοινωνικού κεφαλαίου σχετίζονται με πολλαπλές συμπεριφορές κινδύνου των εφήβων και διαφοροποιούνται όσον αφορά στο φύλο, με τα αγόρια να κινδυνεύουν περισσότερο. Επίσης, η Hayes (2010) σε έφηβους 15 – 19 ετών, ανέδειξε ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο

φύλων με τα αγόρια που συμμετείχαν σε αθλητικές δράσεις να διατρέχουν περισσότερους σεξουαλικούς κινδύνους από ό,τι τα κορίτσια, με το κοινωνικό κεφάλαιο να δρα προστατευτικά στα κορίτσια. Παρόμοια οι Crosby et al. (2003), διατύπωσαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είχε μια σημαντικά αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων.

Μάλιστα στη μελέτη των Youngblade et al. (2006), η εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές ήταν υψηλότερη για τα κορίτσια μεγαλύτερης ηλικίας, εύρημα σύμφωνο της παλινδρομικής ανάλυσης της παρούσας μελέτης. Παρόμοια μελέτη σε 7.097 παιδιά ηλικίας 11, 13 και 15 ετών για την κοινωνική συμμετοχή και τα προβλήματα συμπεριφοράς των εφήβων, έδειξε ότι όσο οι έφηβοι μεγαλώνουν και το ποσοστό της κοινωνικής συμμετοχής τους αυξάνει, αυξάνει και η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν (Vieno et al., 2007).

Οι μαθητές της παρούσας μελέτης με αυξημένο συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο, εμφανίζουν κάποιο κίνδυνο. Παρομοίως, η μελέτη των Maticka- Tyndale (2006) διατύπωσε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι δυνατόν να επιδράσει αρνητικά στη ζωή ενός εφήβου με αύξηση των επικίνδυνων συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση ουσιών. Επίσης, ο Capriano (2004) ανέδειξε ότι η αυξημένη κοινωνική στήριξη στη γειτονιά σχετίζεται με αυξημένη καθημερινή κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, επιβεβαιώνοντας τη θεωρία του Bourdieu, ότι το κοινωνικό κεφάλαιο παράγει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα (Kawachi et al., 2008).

Τέλος, η άποψη ότι οι μαθητές με υψηλή βαθμολογία στις συμπεριφορές κινδύνου έχουν φίλους με επίσης υψηλό κίνδυνο τεκμηριώνει ένα πάγιο εύρημα στη βιβλιογραφία (La Greca et al., 2001), όπου οι έφηβοι αντιλαμβάνονται την κοινωνική αποδοχή των συνομηλίκων τους ακολουθώντας τις ίδιες συμπεριφορές με αυτούς (Ferguson, 2009; Kandel, 1985, Mayet et al., 2010). Σε συμφωνία και τα ερευνητικά δεδομένα των Κοκκέβη και συν. (2010), όπου οι 15χρονοι έφηβοι που έχουν φίλους που καπνίζουν, πίνουν οινοπνευματώδη ποτά, μεθούν συχνά ή κάνουν χρήση κάνναβης, αναφέρουν παρόμοιες συμπεριφορές για τους εαυτούς τους.

Τα νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων σε πανελλαδικό επίπεδο αποτυπώνουν ότι οι μαθητές είχαν καπνίσει έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή τους (Κοκκέβη, Φωτίου, Καναβού και Σταύρου, 2014). Μεταξύ των 15χρονων που είχαν καπνίσει έστω και μία φορά στη ζωή τους, σχεδόν ένας στους τρεις κάπνιζε καθημερινά τουλάχιστον έξι τσιγάρα την ημέρα. Αναφορικά με τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών, τα αγόρια ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ σε υψηλότερα ποσοστά από τα κορίτσια, με εξαίρεση τη μέθη, την οποία αγόρια και κορίτσια ανέφεραν σε παρόμοια ποσοστά. Τέλος, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των εφήβων στη χώρα μας που έχουν δοκιμάσει ή εξακολουθούν να κάνουν χρήση

κάνναβης. Μάλιστα, ομάδα εφήβων του δείγματος, εκτός από το ότι έχουν χρησιμοποιήσει κάνναβη, καπνίζουν τσιγάρα καθημερινά και καταναλώνουν αλκοόλ συχνά.

Συνοψίζοντας, η συγκεκριμένη μελέτη τεκμηρίωσε ότι το υψηλό κοινωνικό κεφαλαίο των μαθητών δεν λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στον κίνδυνο με τους μαθητές. Μάλιστα οι μαθητές με αυξημένη τη συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, με αυξημένα δίκτυα με συγγενείς, φίλους και γείτονες έχουν στατιστικά σημαντική υψηλή εμφάνιση κάποιου κινδύνου. Από μια σειρά κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων που μελετήθηκαν, το φύλο φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο διαφοροποιώντας το συνολικό κοινωνικό κεφαλαίο και το συνολικό κίνδυνο με τα αγόρια να έχουν αυξημένη συμμετοχή στην κοινότητα και να κινδυνεύουν περισσότερο από τα κορίτσια. Επίσης, τεκμηριώνεται ότι η συναναστροφή των εφήβων με φίλους που εμπλέκονται σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (π.χ. επιθετικότητα, χρήση ουσιών) συνδέεται με την υιοθέτηση παρόμοιων συμπεριφορών από τους ίδιους.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη συνεισφέρει στη γνώση και στη συζήτηση που οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να έχουν σχετικά με το ρόλο που το Κοινωνικό Κεφαλαίο διαδραματίζει στην υγεία των νέων. Η εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών θα πρέπει να δώσει έμφαση στην κοινότητα και στην εξειδίκευση στη μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα ώστε να προετοιμάσει τους μελλοντικούς επαγγελματίες να ανταπεξέλθουν σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο και πολύπλοκο κοινωνικό περιβάλλον. Το ζητούμενο είναι οι αυριανοί κοινωνικοί λειτουργοί να έχουν την καλύτερη δυνατή γνώση των κοινοτικών αναγκών, των πηγών, των δυνάμεων και του κοινωνικού κεφαλαίου προκειμένου να είναι σε θέση να προτείνουν εύστοχες παρεμβάσεις, που θα βελτιώνουν τις συνθήκες διαβίωσης και υγείας των κοινοτήτων τους.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσσση

Conger, J. (1981). *Η εφηβική ηλικία «μια καταπιεσμένη γενιά»*. μετάφρ. Σόλμαν, Μ. Αθήνα: Ψυχογιός.

Βοσνιάδου, Σ. (2001). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Τόμος Α. Βιολογικές, αναπτυξιακές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.

Ηλιάδη, Μ., & Παλάσκα, Ε. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική*, 47 (4), σελ. 497–506.

Καππάτου, Α. (2007). *Εφηβεία*. Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.

Κοκκέβη Ά., Ξανθάκη Μ., Φωτίου Α., Καναβού Ε. (2010). *Φιλικές σχέσεις και επικοινωνία στους έφηβους* http://www.epipsi.gr/pdf/2011/07_HBSC_2010_EPIPSI_2011.pdf [πρόσβαση: 15/2/2016].

Κοκκέβη, Ά., Φωτίου, Α., Σταύρου Μ., Καναβού, Ε. (2010). *Η Ψυχοκοινωνική Υγεία των Εφήβων*. Σειρά Θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Κούτρα, Κ. (2015). *Κοινωνικό κεφάλαιο και συμπεριφορές υγείας σε μαθητές της Α' Λυκείου της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης του Ν. Ηρακλείου. Ο παρεμβατικός ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα*. Διδακτορική διατριβή: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Κρεατσάς, Γ., Τραγέα, Ρ., Μπαμπάτσικου, Φ., Ποπόνα, Α. & Αγγελοπούλου, Α., (2001). Κύηση στην εφηβεία. *10ο Πανελλήνιο Συνέδριο: Οι Δοκιμασίες Διαλογής ως Ασπίδα Πρόληψης* 2001:07, στο Ηλιάδη, Μ., & Παλάσκα, Ε. (2008). Σεξουαλική συμπεριφορά και νέοι. *Νοσηλευτική*, 47(4), σελ. 497–506.

Στάμος, Γ. Ν. (2006). *Αντικοινωνική Συμπεριφορά των Εφήβων: Μορφές- Αίτια-Πρόληψη - Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

Τσίτσικα, Α. (2014). *Ερωτήσεις-Απαντήσεις για τη χρήση Αλκοόλ στην Εφηβεία*. <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/psuxiki-ugeia/erotiseis-apantiseis-gia-ti-xrisi-alkool-stin-efibeia#.VzsvBVSLT4Y>.

Ξενογλώσσον

Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.

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*, 12, pp.33.

Boyce, W.F., Davies, D., Gallupe, O., Shelley, D. (2008). Adolescent risk taking, neighborhood social capital and health. *Journal of Adolescent Health*, 43 (3), pp.246-52.

Brooks, F.M., Magnusson, J., Spencer, N., & Morgan, A. (2012). Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *Journal of Public Health*, 34 (suppl 1), pp. i48-i56.

Bryden, A., Roberts, B., Petticrew, M., & McKee, M. (2013). A systematic review of the influence of community level social factors on alcohol use. *Health & Place*, 21, pp. 70–85.

Campos-Matos, I., Subramanian, S.V., Kawachi, I. (2015). The ‘dark side’ of social capital: trust and self-rated health in European countries. *The European Journal of Public Health*, 26 (1), pp. 90-95.

Cleveland, M., Feinberg, M. E., Bontempo, D.E, et al. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescent Health, 43* (2), pp. 157-164.

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*, pp. 568 – 582.

Coren, E., Iredale, W., Bywaters, P., Rutter, D., & Robinson, J. (2010). *The contribution of social work and social care to the reduction of health inequalities: four case studies* (Research Briefing 33). In Social Care Institute for Excellence (Ed.) Retrieved from <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing33.pdf>.

Costa-Font, J., Mladovsky, P. (2008). Social capital and the social formation of health-related preferences and behaviors. *Health Economics, Policy, and Law, 3*, pp. 413-427.

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.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., Barnekow, V. (2010). *Social Determinants of Health and Well-being among Young People. Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Currie, C., Gabhainn, S.N., Godeau, E. et al. (2008) *Inequalities in Young People's Health Behavior School - Aged Children*. HSBC International report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: Who Regional Office for Europe.

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. *American Journal of Community Psychology, 44* (1-2): pp. 148-60.

Ersing, R.L., & Loeffler, D.N. (2008). Teaching Students to Become Effective in Policy Practice: Integrating Social Capital into Social Work Education and Practice, *Journal of Policy Practice, 7*, pp. 226-238.

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. *Journal of Pediatric, 155* (6), pp.904-908.

Hale, D.R & Viner, R.M. (2012). Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents, *Journal of Public Health, 34* (suppl. 1, pp. i11-i19.

Hays, S.P., Hays, C.E. & Mulhall, P. F. (2003). Community risk and protective factors and adolescent substance use. *Journal of Primary Prevention, 24* (2), pp. 125-42.

Hayes, J.A., (2010). *Risky Sexual Behaviors in Adolescents: the Impact of Social and Cultural Capital*. Sacramento: California State University.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Weihe, P. (2012). *The 2011 ESPAD Report. Substance Use among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.

Hyypä, M.T. (2010). *Healthy Ties. Social Capital, Population Health and Survival*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer

Kaljee, L.M. & Chen, X. (2011). Social capital and risk and protective behaviors: A global health perspective. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2, pp. 113–122.

Kandel, D.B. (1985). On Processes of Peer Influences in Adolescent Drug Use. *Advance Alcohol Substance Abuse*, 4 (3-4), pp. 139-162.

Kawachi, I. & Berkman, L. (2000). *Social Cohesion, Social Capital and Health. Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 174-190.

Kawachi, I., Kennedy, B. & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), pp. 1187-1193.

Kawachi, I., Subramanian, S. V. & Kim, D. (2008). *Social Capital and Health*. New York: Springer.

Kokkevi, A., Stavrou, M., Kanavou, E., & Fotiou, A. (2014). *The Repercussions of the Economic Recession in Greece on Adolescents and their Families*, Innocenti Working Paper No.2014-07. Florence: UNICEF Office of Research.

Koller, T., Morgan, A., Guerreiro, A., Currie, C., Ziglio, E., & the International HBSC study group. (2009). Addressing the socioeconomic determinants of adolescent health: experiences from the WHO/ HBSC Forum 2007. *International Journal of Public Health*, 54, pp. 278-284.

Koutra K. (2015). Community Development: A challenging strategy for Social Capital, Health Promotion and Community Social Work. In: *Social Capital: Global Perspectives, Management Strategies and Effectiveness*, USA: Nova Science Publishers, INC.

Koutra, K., Papadovassilaki, K., Kalpoutzaki, P., Kargatzi T.B.A., Roumeliotaki, T. & Koukouli, S. (2012). Adolescent drinking, academic achievement and leisure time use by secondary education students in a rural area of Crete. *Health and Social Care in the Community*, 20(1), pp. 61–69.

Kritsotakis, G. & Gamarnikow, E. (2004). What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies*, 41 (1), pp.43-50.

La Greca, A.M, Prinstein, M.J., Fetter, M.D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: Linkages with health-risk behaviors and close friendships. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, pp. 131–143.

Lindström, M. (2008). Social capital and health-related behaviors. In Kawaci, I., Subramanian, S., Kim, D. (Eds), *Social Capital and Health*. New York: Springer Science & Business Media, LLC, 215-238.

Loeffler, D.N., Christiansen, D.C., Tracy, M. B., Secret, M.C., Ersing, R.L., Fairchild, S.R., & Sutphen, R. (2004). Social capital for social work: Toward a definition and conceptual framework. *Social Development Issues*, 26, pp. 22-38.

Macinko, J. & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly*, 3 (79), pp. 387-427.

Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358, pp. 2468-2481.

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. *Addictive Behaviors*, 35 (10), pp. 890-895.

Mohnen, S., M., Völker, B., Flap, H., Groenewegen, P.P. (2012). Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health - a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 12, pp. 116.

Morrow, V. (1999). Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *Social Review*, 47 (4), pp.744-65.

Muhkerjee, D. (2007). Reassembling the social environment: A network approach to human behavior. *Advances in Social Work*, 8 (1), pp. 208-217.

Nieminen, T., Prättälä, R., Martelin, T., Härkänen, T., Hyypä, M.T., Alanen, E. & Koskinen, S. (2013). Social capital, health behaviours and health: a population-based associational study. *BMC Public Health*, 13, pp. 613.

Onyx, J., Wood, C., Bullen, P., & Osburn, L. (2005). Social Capital, a rural youth perspective. *Youth Studies Australia*, 24 (4), 21-27.

Poortinga, W. (2006). Do health behaviours mediate the association between social capital and health? *Prevention Medicine*, 43, pp. 488-493.

Puente, D., Zabaletaa, E., Rodríguez-Blancoa, T., Cabanas, M., Monteagudo, M., Jesús-Pueyo, M., Jané, M., Mestre, N., Mercader, M. & Bolívar, B. (2011). Gender differences in sexual risk behavior among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, vol. 25 (1), pp. 13-9.

Rutter, D. & Quine, L. (2004). *Changing Health Behavior. Intervention and Research with Social Cognition Models*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Takakura, M. (2011). Does social trust at school affect students' smoking and drinking behavior in Japan? *Social Science of Medicine*, 72, pp.299-306.

The World Health Report, (2007). *A safer future: global public health security in the 21st century*. Retrieved from <http://www.who.int/>.

Vieno, A., Nation, M., Perkins, D.D., & Santinello, M. (2007). Civic participation and the development of adolescent behavior problems. *Journal of Community Psychology*, 35 (6), pp.761-777.

Scheffler, R. & Brown, T.T. (2008) Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Economics, Policy, and Law*, 3, pp.321–331.

Thorlindsson, T., Valdimarsdottir, M., & Jonsson, S.H. (2012). Community social structure, social capital and adolescent smoking: A multi-level analysis. *Health & Place*, 18, pp. 796–804.

Viner, R.M., Ozer, E.M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*, 379, pp. 1641–1652.

Wakefield, S.E.L., & Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 2819–2832.

Winstanley, E., Steinwachs, D., Ensminger, M., Latkin, C., Stitzer, M., & Onlen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, pp. 173–182.

Wray-Lake, L., Maggs, J.L., Johnston, L.D., Bachman, J.G., O'Malley, P.M., & Schulenberg, J.E. (2012). Associations between community attachments and adolescent substance use in nationally representative samples. *Journal of Adolescent Health*, 51, pp. 325-331.

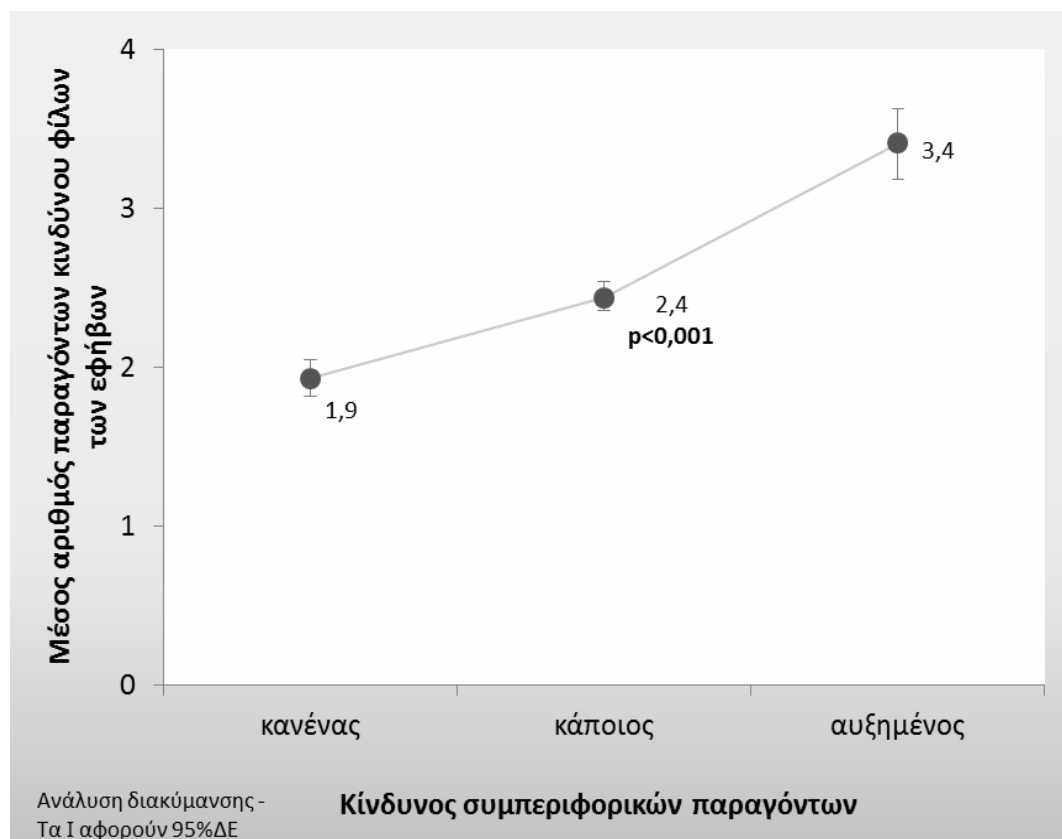
Youngblade, L. M, Curry, L. A., Novak, M., Vogel, B. & Shenkman, E. A. (2006). The impact of community risks and resources on adolescent risky behavior and health care expenditures. *Society for Adolescent Medicine*, 38 (5), pp. 486-494.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Συχνότητα εμφάνισης των πέντε συμπεριφορών κινδύνου και της συνολικής βαθμολογίας συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου (ΣΠΚ) των μαθητών, ανά φύλο και συνολικά.

		Σύνολο v=658	Αγόρια v=292	Κορίτσια v=366	Συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας	p-value
Παράγοντες κινδύνου		v (%)				
Κάπνισμα	Ποτέ	515 (78,3)	221 (75,7)	294 (80,3)	x ² =3,88, β.ε.=2	0,144
	≤1 φορά την εβδομάδα	50 (7,6)	21 (7,2)	29 (7,9)		
	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)	x ² =23,29, β.ε.=2	<0,001
	ναι, μια φορά	140 (21,3)	65 (22,3)	75 (20,5)		
	ναι, 2+ φορές	168 (25,5)	99 (33,9)	69 (18,9)		
Χρήση χασίς	Ποτέ	635 (96,5)	271 (92,8)	364 (99,5)	x ² =23,80, β.ε.=2	<0,001
	ναι, μια φορά το μήνα	5 (0,8)	3 (1,0)	2 (0,5)		
	ναι, 2+ φορές το μήνα	18 (2,7)	18 (6,2)	-		
Χρήση άλλων ουσιών	Ποτέ	588 (89,4)	250 (85,6)	338 (92,3)	x ² =10,12, β.ε.=2	0,006
	ναι, 1-2 φορές	37 (5,6)	19 (6,5)	18 (4,9)		
	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)	x ² =101,2, β.ε.=2	<0,001
	ναι	227 (34,5)	161 (55,1)	66 (18,0)		
	Όχι	14 (2,1)	7 (2,4)	7 (1,9)		
Βαθμολογία ΣΓΚ	Μέση τιμή±τ.α.	1,7±2,0	2,3±2,2	1,2±1,6	U=37071,0 , Z=-7,01	<0,001
	Κανένας κίνδυνος (0 βαθμολογία)	256 (38,9)	73 (25,0)	183 (50,0)	x ² =49,99, β.ε.=2	<0,001
	Κάποιος κίνδυνος (1-5 βαθμολογία)	368 (55,9)	193 (66,1)	175 (47,8)		
	Αυξημένος κίνδυνος (6- 10 βαθμολογία)	34 (5,2)	26 (8,9)	8 (2,2)		
ΣΓΚ, συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου. τ.α., τυπική απόκλιση. Έλεγχος x ² μεταξύ φύλων και Mann Whitney.						

Γράφημα 1. Μέσος αριθμός 4 συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των 657 των φίλων του δείγματος ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου των ΣΠΚ.



Ανάλυση διακύμανσης: $F=55.08$, β.ε.=2, μέγεθος επίδρασης=14,4%.

Πίνακας 2. Επίπεδα Κοινωνικού Κεφαλαίου στους μαθητές της μελέτης ανά φύλο.

Κοινωνικό Κεφάλαιο	Αγόρια ν =292	Κορίτσια ν =366	Συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας	p-value
	Μέση τιμή ±ΤΑ			
<i>Συμμετοχή στην κοινότητα</i>	15,4±4,3	14,6±4,6	F=5,84, β.ε.=1	0,016
<i>Φίλοι & Συνομήλικοι</i>	23,4±3,4	23,7±3,2	F=1,42, β.ε.=1	0,234
<i>Δίκτυα Γειτονιάς</i>	7,6±2,7	7,7±2,5	F=0,52, β.ε.=1	0,470
<i>Αισθήματα Εμπιστοσύνης & Ασφάλειας</i>	15,8±2,5	16,0±2,3	F=1,01, β.ε.=1	0,316
<i>Ανοχή στη Διαφορετικότητα</i>	10,3±2,0	10,7±2,1	F=6,33, β.ε.=1	0,012
<i>Συνολική βαθμολογία ΚΚ</i>	72,4±9,5	72,6±9,0	F=0,08, β.ε.=1	0,778
ΤΑ, Τυπική Απόκλιση. Ανάλυση διακύμανσης (η ετερογένεια ελέγχθηκε με τον Levene έλεγχο).				

Πίνακας 3. Πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης της επίδρασης του Κοινωνικού Κεφαλαίου ως προς τη βαθμολογία εμφάνισης κινδύνου των πέντε πολλαπλών συμπεριφορικών παραγόντων (ΣΠΚ).

Κατηγοριοποίηση βαθμολογίας 5 ΣΠΚ					
Κοινωνικό Κεφάλαιο	Κανένας κίνδυνος	Κάποιος	Αυξημένος	Συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας	
Μέση τιμή ± ΤΣ					p-value
Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα	14,4±0,3 ^α	15,4±0,2	14,7±0,8	F=3,13, β.ε.=1	0,032
Φίλοι & Συνομήληκοι	23,0±0,2 ^α	23,9±0,2	24,4±0,6	F=3,52, β.ε.=1	0,007
Δίκτυα Γειτονιάς	7,4±0,2	7,9±0,1	7,5±0,5	F=3,41, β.ε.=1	0,034
Αισθήματα Εμπιστοσύνης & Ασφάλειας	16,2±0,2 ^{α,β}	15,8±0,1 ^γ	14,9±0,4	F=6,72, β.ε.=1	0,013
Ανοχή στη Διαφορετικότητα	10,5±0,1	10,5±0,1	10,0±0,4	F=0,72, β.ε.=1	0,598
Συνολική βαθμολογία ΚΚ	71,5±0,6 ^α	73,5±0,5	71,5±1,7	F=3,21, β.ε.=1	0,027
<p>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.</p> <p>Post hoc συγκρίσεις (μέθοδος LSD), σε επίπεδο $p < 0.05$: ^α μεταξύ κατηγοριών «κανένας κίνδυνος» & «κάποιος» ^β μεταξύ κατηγοριών «κανένας κίνδυνος» & «αυξημένος» ^γ μεταξύ κατηγοριών «κάποιος» κίνδυνος & «αυξημένος»</p>					

Πίνακας 4. Κατηγορική ανάλυση παλινδρόμησης της βαθμολογίας ΣΠΚ (κατηγορίες) 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.

			Κατηγοριοποίηση βαθμολογίας 5 ΣΠΚ									
	1 ^ο μοντέλο						2 ^ο μοντέλο					
Παράμετροι (ανεξάρτητες μεταβλητές)	standardized beta	τ.σ	F	β.ε.	P-values		standardized beta	τ.σ.	F	β.ε.	P-values	Σχετική σημασία (δείκτης Pratt)
Φύλο	-0,113	0,046	6,13	1	0,014		-0,108	0,046	5,44	1	0,020	0,075
Ηλικία	0,138	0,078	3,09	1	0,079		0,157	0,076	4,22	1	0,041	0,180
Περιοχή κατοικίας	0,036	0,033	1,15	1	0,284		0,046	0,036	1,65	1	0,200	0,015
Χώρα καταγωγής	0,149	0,086	0,97	1	0,086		0,151	0,088	2,92	1	0,088	-0,037
Χώρα γέννησης γονέων	0,153	0,097	0,47	2	0,086		0,144	0,092	2,46	2	0,087	0,088
Τύπος οικογένειας	0,100	0,055	3,34	3	0,019		0,095	0,053	3,23	3	0,023	0,063
Αυτοαναφερόμενη υγείας	0,151	0,042	12,90	2	<0,001		0,138	0,045	9,41	2	<0,001	0,118
Συγκέντρωση ΣΠΚ σε φίλους	0,250	0,045	30,22	1	<0,001		0,246	0,049	25,30	1	<0,001	0,408
Συμμετοχή στην Κοινότητα	-						0,137	0,061	5,05	1	0,025	-0,016
Φίλοι & Συνομήληκοι	-						-0,008	0,058	0,02	1	0,893	0,002
Δίκτυα Γειτονιάς	-						0,047	0,059	0,65	1	0,419	-0,010
Αισθήματα Εμπιστοσύνης & Ασφάλειας	-						-0,036	0,033	1,24	1	0,266	0,024
Ανοχή στη Διαφορετικότητα	-						0,029	0,050	0,34	1	0,558	0,003
Συνολική βαθμολογία ΚΚ	-						-0,151	0,074	4,13	1	0,043	0,087
Συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας μοντέλου			6,09	12					4,45	18		
R ² adjusted	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.