

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών



Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Σύγκριση Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία και Ψυχικής Υγείας
Παιδιών και Εφήβων από Συρία και Αφγανιστάν στην Ελλάδα»

Γιαννουλάκη Αθηνά

A.M. 20160614

Επιβλέπων καθηγητής: Δημήτριος Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γεράσιμος Κολαΐτης: Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο
Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Δημήτριος Αναγνωστόπουλος: Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων
«Η Αγία Σοφία»

Αικατερίνη Παπανικολάου: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο
Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΑΘΗΝΑ,

Ιούλιος 2020

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες4

Περίληψη6

Abstract7

Πρόλογος9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 110

1.1 Εισαγωγή:10

1.2 Η Έννοια της Ποιότητας Ζωής10

1.3 Δείκτες της Ποιότητας Ζωής11

1.4 Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΠΖΣΧΥ)12

1.5 Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΠΖΣΧΥ) των Παιδιών13

1.6 Παράγοντες ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (ΠΖΣΧΥ) των παιδιών15

1.7 Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου στη ΠΖΣΧΥ των παιδιών και των εφήβων17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 218

2.1 Έννοια του Πρόσφυγα , του Αιτούντος Άσυλο και του Μετανάστη18

2.2. Προβλήματα των Αιτούντων Άσυλο των Προσφύγων και των Μεταναστών19

2.3 Ποιότητα Ζωής και Εθνικές Μειονότητες (Αιτούντες Άσυλο, πρόσφυγες, μετανάστες)20

2.4 Η εθνικότητα και η μετανάστευση ως παράγοντες σχετιζόμενοι με την ΠΖΣΧΥ22

2.5 Η παιδική ηλικία στο Αφγανιστάν23

2.6 Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων στο Αφγανιστάν25

2.7 Ψυχική υγεία και πρόσφυγες27

2.8 Σκοπός έρευνας:30

2.9 Ερευνητικές υποθέσεις :30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 331

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ31

3.1 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής31

3.2 Δείγμα31

3.3 Διαδικασία31

3.4 Εργαλεία Μέτρησης34

3.5 Στατιστική Ανάλυση36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ37

4.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 572

5.1 Συζήτηση72

5.2 Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της έρευνας:82

5.3 Συμπεράσματα84

5.4 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες85

5.5 Επίλογος86

Βιβλιογραφικές αναφορές:87

Παράρτημα:112

Ευχαριστίες

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω ολόψυχα, όλα τα παιδιά και τους εφήβους πρόσφυγες καθώς και τις οικογένειές τους που συμμετείχαν με μεγάλη προθυμία και σοβαρότητα στην έρευνα αυτή. Θέλω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην καθηγήτριά μου, κυρία Καλλιόπη Τριανταφύλλου για την αμέριστη υποστήριξή της. Η συμβολή της και η άμεση ανταπόκρισή της στις δυσκολίες, στα ερωτήματα και στους προβληματισμούς που αντιμετώπισα στην έρευνα αυτή, ήταν καθοριστική σε όλη την πορεία εκπόνησης της διπλωματικής αυτής εργασίας.

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον κύριο Δημήτρη Αναγνωστόπουλο, επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας για τις συμβουλές του και για την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας. Επιπρόσθετα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Γεράσιμο Κολαΐτη για τη συμβολή του στον καθορισμό του θέματος της εργασίας αυτής. Ευχαριστώ θερμά όλους τους συναδέλφους κοινωνικούς λειτουργούς και Διερμηνείς της Κάριτας Αθήνας για την συνεργασία μας κατά τη διάρκεια της διανομής των ερωτηματολογίων και της διαμεσολάβησης αυτών στην επαφή με τις οικογένειες των παιδιών. Χωρίς την βοήθεια τους στα Αραβικά και στα Φαρσί η εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Επίσης θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω την τότε υπεύθυνη Κοινωνικής Υπηρεσίας αλλά και τον Διευθυντή της οργάνωσης Κάριτας Αθήνας για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν και την άδεια που μου έδωσαν ώστε να πραγματοποιηθεί η έρευνα αυτή στα παιδιά των οικογενειών που εξυπηρετούνταν από την οργάνωση. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω όλους τους φορείς και τα πρόσωπα που διευκόλυναν την πραγματοποίηση της έρευνας αυτής και συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της.

Αφιέρωση

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στους γονείς μου Κωνσταντίνο και Αικατερίνη για την αμέριστη στήριξή τους σε κάθε βήμα της ζωής μου. Με το παράδειγμά τους και τη στάση τους για τη ζωή με έμαθαν να μη σταματάω να αγωνίζομαι. Επίσης στην αγαπημένη μου αδερφή Ευαγγελία που με ενθάρρυνε σε κάθε στιγμή αδυναμίας και την πίστη της σε εμένα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, σε συνάρτηση με το πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, των προσωπικών στόχων, προσδοκιών, κριτηρίων αξιολόγησης, καθώς και των ενδιαφερόντων και ανησυχιών του.

Τα τελευταία χρόνια η Ευρώπη έχει δεχθεί μεγάλο αριθμό προσφύγων εκ των οποίων ένα μεγάλο ποσοστό εγκλωβίζεται στην Ελλάδα μιας και αποτελεί χώρα υποδοχής Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ σε μέτρηση του 2019, 70,8 εκατομμύρια άνθρωποι, έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τις εστίες τους. Στον αριθμό αυτό περιλαμβάνονται περίπου 25,9 εκατομμύρια πρόσφυγες όπου πάνω από το 50% του αριθμού είναι παιδιά πολλά από αυτά κατάγονται από χώρες όπως η Συρία και το Αφγανιστάν. Ένας μικρός αριθμός ερευνών έχει μελετήσει την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των προσφύγων και πολύ μικρότερος την ΠΖ των παιδιών και των εφήβων.

Σκοπός: Η Σύγκριση Ποιότητας Ζωής Σχετιζόμενης με την Υγεία (ΠΖΣΧΥ) των παιδιών και των εφήβων από το Αφγανιστάν και τη Συρία που διαμένουν με τις οικογένειές τους σε αυτόνομα διαμερίσματα στην Αθήνα.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτέλεσαν 120 παιδιά και έφηβοι οικογενειών προσφύγων και αιτούντων άσυλο, 60 από Αφγανιστάν και 60 από Συρία, ηλικίας 9 έως 18 ετών. Για τη διεξαγωγή της έρευνας τα παιδιά & οι έφηβοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία, KIDSCREEN 52 σε Αραβικά και Φαρσί. Καθώς επίσης και το ερωτηματολόγιο δυνατοτήτων και δυσκολιών SDQ στα Φαρσί και στα Αραβικά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των γονιών και των παιδιών τους.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν διαφορές στην ΠΖΣΧΥ μεταξύ των παιδιών που προέρχονται από τη Συρία και των παιδιών που προέρχονται από το Αφγανιστάν στις διαστάσεις όπως αυτονομία (Συρία $M=73$, Αφγανιστάν $M=62,8$, $p=0,009$), σχέσεις με οικογένεια (Συρία $M=86,5$, Αφγανιστάν $M=72$, $p=0,001$) και οικονομικούς πόρους (Συρία $M=46,8$, Αφγανιστάν $M=31,5$, $p=0,001$). Καθώς επίσης βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των παιδιών των δύο εθνικοτήτων σε εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα όπως, προβλήματα διαγωγής (Συρία $M=3,5$, Αφγανιστάν $M=4,4$, $p=0,019$) και προ-κοινωνική συμπεριφορά (Συρία $M=8,2$, Αφγανιστάν $M=8,8$, $p=0,021$). Ακόμα, το 19,3% των παιδιών από τη Συρία είχαν αναφερόμενο πρόβλημα υγείας ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών από το Αφγανιστάν ήταν σημαντικά χαμηλότερο (6,7%).

Συμπεράσματα: Οι δύο συγκρινόμενες ομάδες των παιδιών και των εφήβων από το Αφγανιστάν και τη Συρία παρουσιάζουν διαφορές τόσο στην ποιότητα ζωής τους όσο και στα εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην εφαρμογή προγραμμάτων για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών από Συρία και Αφγανιστάν την ευκολότερη πρόσβασή τους στην εκπαίδευση καθώς και προγραμμάτων υγείας που να στοχεύουν στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και επομένως της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, υγεία, πρόσφυγες, Συρία, Αφγανιστάν, παιδιά, έφηβοι, συναισθηματικές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς.

Abstract

Quality of life is defined as the subjective perception of the individual for its their place in life, in relation to the context of the values and cultural characteristics of the society, and the personal goals, expectations, evaluation criteria, interests and concerns (WHO, 2001). The perception about one's health includes feelings about physical and psychological characteristics, as well as the relationships with other people.

The number of refugee flows in Europe always increased rapidly, with many of them trapped in Greece as a host country. According to the UNHCR in 2019, 70.8 million people have been forced to flee their homes. This number includes about 25.9 million refugees, more than 50% of whom are children, many of whom come from countries such as Syria and Afghanistan. A small number of studies have investigated the quality of life of refugees and much less children and adolescents.

Objective: Compare health-related quality of life (HrQoL) of children and adolescents from Afghanistan and Syria who were living who live in (the) apartments in Athens.

The sample consisted of 120 children and adolescents from refugee families and asylum seekers. Specifically, 60 children from Afghanistan and 60 children from Syria, aged 9 to 18. For the conduction of the survey the Kidscreen 52 Questionnaire translated into Arabic and Farsi was applied. Furthermore the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) translated into Arabic and Farsi was applied. Finally, the social workers completed a questionnaire that contained questions about the socio-demographic data of children and their parents. The SPSS 22.0 statistical program was used for the analysis.

Results: There were differences in Health-related quality of life (HRQoL) between children from Syria and children from Afghanistan in dimensions such as autonomy (Syria $M=73,5$, Afghanistan $M=62,8$, $p=0.009$), family relationships (Syria $M=86$, Afghanistan $M=72$, $p=0.001$) and financial resources (Syria $M=46,8$, Afghanistan $M=31,5$, $p=0.001$). As well as differences were found between children of both nationalities in internalized and externalized problems such as behavioral problems (Syria $M=3,5$, Afghanistan $M=4,4$, $p=0.019$) and pre-social behavior (Syria $M=8,2$, Afghanistan $M=8,8$, $p=0.021$). In addition, 19.3% of children in Syria had a health problem, while the corresponding percentage of children in Afghanistan was significantly lower and equal to (6.7%).

Conclusions: The findings could be useful in implementing programs to improve the quality of life of children from Syria and Afghanistan, their easier access to education as well as health programs aimed at the personal and social development of children and therefore Health-related quality of life.

Key words: Quality of Life, health, refugee, Syria, Afghanistan, children, adolescents, emotional symptoms, behavioral problems.

Πρόλογος

Στην παρούσα ερευνητική εργασία θα γίνει προσπάθεια διερεύνησης της Ποιότητας Ζωής των παιδιών και εφήβων προσφυγικών οικογενειών από Συρία και Αφγανιστάν που διαμένουν σε κέντρα φιλοξενίας και διαμερίσματα εντός την Αττικής και η σύγκρισή της μεταξύ των δύο εθνικοτήτων. Οι ερευνητικές απόπειρες σχετικά με την Ποιότητα ζωής των προσφύγων είναι σχετικά περιορισμένες με την προτεραιότητα μέτρησής της να γίνεται κυρίως σε ενήλικες πρόσφυγες ή παιδιά και εφήβους με γονείς μετανάστες. Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική αφού ο αριθμός των προσφυγικών ρευμάτων στη Χώρα μας αυξάνεται ραγδαία με τους ίδιους πολλές φορές να εγκλωβίζονται στη χώρα μας λόγω των ολοένα και αυστηρότερων μέτρων και κριτηρίων που τηρούν οι άλλες χώρες όπως Γερμανία, Σουηδία κτλ. Στην προσπάθεια λοιπόν προσαρμογής τους στα νέα δεδομένα και στην Ελληνική κοινωνία θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί και η πλευρά των παιδιών και των εφήβων των προσφυγικών οικογενειών και μέσα από τα ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής να φωτιστούν διαστάσεις της ζωής τους που αφορούν στη σωματική και ψυχολογική τους ευεξία, τη διάθεσή τους και την προσαρμογή στην Ελλάδα, στην αντίληψη του εαυτού τους, στην ανταπόκρισή τους στο σχολικό και φιλικό περιβάλλον κτλ. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής φιλοδοξούν να ευαισθητοποιήσουν την κοινότητα, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τους αρμόδιους φορείς ώστε λαμβάνοντάς υπόψη αυτές τις μετρήσεις να γίνει προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών ζωής των προσφύγων αλλά και να γίνουν οι απαραίτητες παρεμβάσεις από εξειδικευμένα προγράμματα προαγωγής υγείας που να απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους πρόσφυγες αλλά και στις οικογένειές τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή:

Η ποιότητα ζωής ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, σε συνάρτηση με το πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, των προσωπικών στόχων, προσδοκιών, κριτηρίων αξιολόγησης, καθώς και των ενδιαφερόντων και ανησυχιών του (WHO, 2001). Η αντίληψη για την υγεία περιλαμβάνει τόσο το πώς αισθάνεται το άτομο για τα σωματικά και τα ψυχολογικά του χαρακτηριστικά όσο και με τον τρόπο που διαχειρίζεται τις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους.

1.2 Η Έννοια της Ποιότητας Ζωής

Από τα αρχαία κιόλας χρόνια η ποιότητα ζωής απασχολούσε την ελληνική φιλοσοφία ο Αριστοτέλης αναφέρθηκε στον όρο (ευ ζην) αλλά και (ευ πράττειν) χρησιμοποιώντας τις λέξεις «ευημερία» και «ευδαιμονία» αντίστοιχα. Λέξεις βαρύνουσας σημασίας μιας και αποτελούσαν σύμφωνα με τον ίδιο τον ουσιαστικό σκοπό της ζωής του ανθρώπου. (Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, 1993)

Η έννοια της ποιότητας ζωής, αρχίζει να απασχολεί τους κοινωνικούς επιστήμονες, τους φιλοσόφους και τους πολιτικούς, όταν προκύπτει ανάγκη να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκαλούνται από τις ανισότητες κατανομής των πόρων και αφορούν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας, σε συσχέτισμό με τη συνεχόμενη αύξηση του πληθυσμού συγκρινόμενη με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών (Οικονόμου και συν, 2001).

Για τον McCall (1975) η ΠΖ προϋποθέτει την πρόσβαση και την ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίσουν την ευτυχία σε μία κοινωνία ενώ για τους Lehman (1997), Zautra και Goodhart (1979) η ΠΖ θα πρέπει να προσδιορίζεται τόσο από αντικειμενικούς όσο και από υποκειμενικούς παράγοντες. Οι αντικειμενικοί εστιάζουν στο τι είναι το άτομο ικανό να κάνει αλλά και στην ύπαρξη πρόσβασης σε πόρους και ευκαιρίες για την πραγματοποίηση των επιθυμιών του, ενώ οι υποκειμενικοί παράγοντες εστιάζουν στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας (Οικονόμου και συν, 2001).

Τα πιο σύγχρονα μοντέλα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας τείνουν να ταιριάζουν τους ψυχολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις άξονες που περιλαμβάνουν α) τις εξωτερικές συνθήκες δηλαδή την οικονομία την εργασία και τη στέγη, β) τις διαπροσωπικές σχέσεις δηλαδή την οικογένεια, τη σχέση και το σύντροφο και γ) την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, αυτοδιάθεση), (WHOQOL,1993).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την ΠΖ ως: «Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στην ζωή μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (WHO, 2001)

Η ΠΖ ως επιστημονικό και ερευνητικό πεδίο εισάγεται στις κοινωνικές επιστήμες στις αρχές της δεκαετίας του '70 και αφορά στην εκτίμηση υποκειμενικών και αντικειμενικών πτυχών της ανθρώπινης ύπαρξης (Schuessler & Fisher, 1985). Οι De Haes και Van Knippenberg (1985) υποστήριζαν ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει την υποκειμενική αξιολόγηση από τα άτομα σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής στο περιβάλλον τους.

1.3 Δείκτες της Ποιότητας Ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυδιάστατη, ευμετάβλητη, και υποκειμενική έννοια, που δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Ορίζεται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, αλλά θεωρητικά, εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου (Μπελλάλη, Κοντοδημόπουλος, Καλαφάτη, & Νιάκας, 2007).

Στα παιδιά και στους εφήβους η αντικειμενική πληροφορία για την κατάσταση της υγείας τους βασίζεται στην αντίληψη που έχουν τα ίδια και αφορά στην φυσική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ευημερίας τους, όπως αναφέρεται στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2001).

Οι Zautra και Goodhart (1979) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής αξιολογείται με υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά κριτήρια, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών αναγκών. Ως έγκυρους δείκτες της ποιότητας ζωής αναφέρουν την υγεία, το

φυσικό περιβάλλον, την ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις (Zautra & Goodhart, 1979).

Ο Flanagan (1982) εντόπισε 15 παράγοντες που συμβάλλουν στην ποιότητα ζωής των ατόμων, τους οποίους ταξινόμησε σε 5 κατηγορίες:

1. Σωματική και υλική ευημερία (οικονομική άνεση, ασφάλεια και υγεία),
2. Σχέσεις με άλλους ανθρώπους (συζυγικές σχέσεις, σχέσεις με φίλους και συγγενείς)
3. Κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες (βοήθεια σε συνανθρώπους, συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες)
4. Προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση (προσωπική ανάπτυξη, αυτογνωσία, στοχοθεσία, ενδιαφέρον για δουλειά, δημιουργικότητα και εμπειρία)
5. Ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση και δραστηριότητες αναψυχής).

Οι παράγοντες εκείνοι που συμβάλλουν στη γενικότερη ευτυχία και ικανοποίηση που απολαμβάνει ένα άτομο, η οποία παράλληλα λαμβάνεται ως δείκτης ποιότητας ζωής, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα εκφάνσεων, καθώς περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την οικογενειακή και προσωπική ζωή, το επίπεδο υγείας, τις συνθήκες διαβίωσης, την οικονομική ευημερία, την κοινωνική ζωή, την προσωπική ανάπτυξη και εκπαίδευση, την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών και την πρόσβαση σε δημόσιους πόρους (Wong-Kim, 2003).

1.4 Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΠΖΣχΥ)

Η σωματική και ψυχολογική υγεία προσδιορίζει το επίπεδο ζωής του ατόμου. Οι ερευνητές στις ιατρικές επιστήμες επινόησαν τον όρο «Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία», που αφορά στην εστίαση της αξιολόγησης της σωματικής και ψυχολογικής υγείας και κοινωνικής ευημερίας (Cieza & Stucki, 2005).

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖΣχΥ παρουσιάζει διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες της υγείας μιας και τις τελευταίες δεκαετίες, με τις σύγχρονες ιατρικές ανακαλύψεις υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, παρουσιάστηκε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και μέσου όρου ζωής

Οι ερευνητές στο χώρο της παιδιατρικής ορίζουν την Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία ΠΖΣχΥ ως το φάσμα της σωματικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχολογικής κατάστασης που καθορίζει την ικανότητα του παιδιού να δρα και να λειτουργεί στο περιβάλλον της οικογένειας, του σχολείου αλλά και της παρέας συνομηλίκων και να αισθάνεται προσωπική ικανοποίηση σε αυτό (Matza et all, 2004).

Η πλειοψηφία των σύγχρονων ερευνητών αντιμετωπίζει την έννοια ως μια ψυχολογική κατασκευή που περιγράφει τις σωματικές, ψυχικές, πνευματικές και κοινωνικές διαστάσεις της ευημερίας ενός παιδιού όπως εκείνο τις αντιλαμβάνεται, καθώς η υγεία του παιδιού καθορίζεται και από άλλους παράγοντες, όχι απαραίτητα σχετιζόμενους με την ύπαρξη ή όχι ασθένειας. Επομένως, στην προσπάθεια να δοθεί ένας ενιαίος ορισμός πρέπει να γίνουν αποδεκτά κάποια χαρακτηριστικά που είναι καθολικά για όλα τα παιδιά. Η ζωή έχει ποικίλες εκφάνσεις και είναι απαραίτητο να εμπεριέχουμε πολλούς τομείς στον ορισμό της ΠΖΣχΥ των παιδιών (Matza et all, 2004).

Η ΠΖΣχΥ στα παιδιά επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από των ενηλίκων, από το περιβάλλον στο οποίο ζουν και στο οποίο έχουν ενεργητικό ρόλο. Έτσι, στην εκτίμηση της λειτουργικότητας και ευεξίας του παιδιού θα πρέπει να επισημανθεί ότι το παιδί εντάσσεται και αλληλεπιδρά με διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα, όπως η οικογένεια, οι συνομήλικοι, η τάξη, η κοινότητα (Feinstein, 1994). Η αυτοεκτίμηση των παιδιών και η ικανότητα να συνυπάρχουν με συνομηλίκους τους είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ανάπτυξής τους και μπορεί να βρεθεί σε πολλά ερωτηματολόγια σχετικά με την ΠΖΣχΥ.

1.5 Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία (ΠΖΣχΥ) των Παιδιών

Η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για δικαιώματα του παιδιού, υποστηρίζει ότι οι απόψεις και οι αντιλήψεις των παιδιών σχετικά με τις επιμέρους διαστάσεις της ζωής τους πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Όλα τα παιδιά δικαιούνται να έχουν μια αξιοπρεπή ζωή (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992). Επομένως η ΠΖΣχΥ των παιδιών αποτελεί πολυδιάστατο ζήτημα και η προώθησή της, ειδικότερα τις τελευταίες δεκαετίες, προσέλκυσε το ενδιαφέρον των ερευνητών με επίκεντρο την ψυχολογική ευεξία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Η ΠΖ των παιδιών συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ΠΖ των ανθρώπων που τα περιβάλλουν και του ευρύτερου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο αναπτύσσονται και ζουν (Νάκου, 2001).

Τα στάδια ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων χαρακτηρίζονται από διαφορετικούς συνδυασμούς αναγκών και απαιτήσεων (Νάκου, 2001). Στα πρώτα χρόνια της ζωής τους, τα παιδιά εξαρτώνται απόλυτα από τους άλλους ειδικότερα από τους γονείς. Αργότερα διερευνώντας τον περίγυρό τους αρχίζουν τη διεκδίκηση περισσότερης ελευθερίας και ανεξαρτησίας, αναπτύσσοντας σχέσεις με συνομηλίκους. Παράλληλα με την ανάπτυξή τους, εξελίσσεται και ικανότητα διαμόρφωσης αντιλήψεων, στάσεων και απόψεων σχετικά με την εκτίμηση του επιπέδου υγείας τους και της ποιότητας της ζωής τους, η οποία διαφέρει από την αντίστοιχη ικανότητα των ενηλίκων (Νάκου, 2001).

Δεδομένου του υποκειμενικού χαρακτήρα της ποιότητας ζωής, πλήθος ερευνητών έχουν εκφράσει τον προβληματισμό τους σχετικά με το κατά πόσο ένα παιδί είναι σε θέση να αξιολογήσει και να αποτυπώσει έγκυρα τους δείκτες που συνθέτουν την έννοια αυτή (Eiser & Morse, 2001). Ωστόσο, ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι μπορούν να προσδιορίσουν την ποιότητα ζωής τους σε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς έγκυρα και αξιόπιστα. Τα ερωτηματολόγια, θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις γνωστικές τους ικανότητες, τη συναισθηματική τους ανάπτυξη και το μορφωτικό τους επίπεδο (Riley, 2004). Για τα παιδιά μικρότερης ηλικίας τα οποία δεν γνωρίζουν ακόμα ανάγνωση και γραφή, έχει δειχθεί ότι εκτίμηση της ΠΖΣΧΥ τους μπορεί να επιτευχθεί μέσω ερωτηματολογίων με εικόνες, παιχνίδια διαγράμματα κτλ (Harding, 2001).

Για την εγκυρότερη και πιο αξιόπιστη εκτίμηση της ΠΖΣΧΥ των παιδιών και των εφήβων, συχνά ζητείται και γνώμη των γονέων των δασκάλων, ανάλογα με το ερευνητικό ενδιαφέρον μιας μελέτης (Gibson, Henry, Vimpani, & Halliday, 1995); Guyatt, Juniper, Feeny, & Griffith, 1997). Υπάρχουν διάφορα ερωτηματολόγια για τους γονείς και για την μέτρηση της ποιότητας της σχέσης μεταξύ τους, της οικογενειακής ζωής και άλλα. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι πολλές φορές δε συμπίπτουν οι αντιλήψεις παιδιών και γονέων σχετικά με το επίπεδο υγείας, την ποιότητα ζωής και τις ανάγκες των παιδιών (Eiser, 1997); (Guyatt et al., 1997) (Jenney & Campbell, 1997). Παρόλα αυτά, συνιστάται ως μέθοδος, καθώς έτσι εξασφαλίζεται μια πλήρης εικόνα για την πραγματικότητα που βιώνει ένα παιδί.

Εξέχουσα σημασία για την ποιότητα ζωής των παιδιών έχει το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιούνται, μεγαλώνουν, εκπαιδεύονται και ζουν, όπου εμπεριέχει την αλληλεπίδραση πολλών κοινωνικών δικτύων, όπως είναι οικογένεια, οι φίλοι των παιδιών, το σχολείο και κοινότητά τους (Grue, 2003). Μάλιστα, σύμφωνα με τον Houlihan και τους συνεργάτες του (2004), τα παιδιά είναι ενεργά υποκείμενα που αλληλεπιδρούν έντονα με το περιβάλλον τους, διαμορφώνονται από αυτό και το διαμορφώνουν ανάλογα (Houlihan, et all, 2004). Ο τρόπος που λειτουργούν και συμπεριφέρονται τα παιδιά στις επιμέρους κοινωνικές ομάδες που ανήκουν εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εμπειρίες που έχουν εντός της

οικογένειας. Οι εμπειρίες αυτές, καθορίζουν την κοινωνική τους νόηση και συμπεριφορά, τον τρόπο που σχετίζονται με το ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο (φίλοι, σχολείο, κοινότητα) και το βαθμό αποδοχής από τους συνομηλικούς τους (Davis et all, 2006·),(McCarthy et all, 2002).

Σε αντίθεση με τους ενήλικες, οι εκάστοτε περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό την κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών. Για παράδειγμα, απόρριψη από τους συνομηλικούς έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με την παιδική εγκληματικότητα και την εγκατάλειψη του σχολείου (Cummins, 1993). Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παιδιά, σε σχέση με τους ενήλικες, επηρεάζουν σε μικρότερο βαθμό το κοινωνικό πλαίσιο που ζουν. (Dickinson et all, 2007). Για τους λόγους αυτούς, επιχειρώντας την εκτίμηση της ΠΖΣΧΥ των παιδιών είναι απαραίτητο να διερευνηθούν παράλληλα οι αντίστοιχοι περιβαλλοντικοί παράγοντες και ο βαθμός που τα παιδιά είναι ικανοποιημένα από αυτούς (Colver, 2006).

Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες η ΠΖΣΧΥ των παιδιών και εφήβων επηρεάζεται καθοριστικά από την καθημερινή σωματική τους λειτουργικότητα και ευεξία, και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αλλά και από βαθύτερες μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο και οι σχέσεις με τους συνομηλικούς (Felder-Puig et all, 2008). Παρότι οι παράγοντες αυτοί δεν είναι καθαρά αιτιολογικοί, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών υγείας των παιδιών μιας κοινωνίας.

1.6 Παράγοντες ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (ΠΖΣΧΥ) των παιδιών

Αρκετές έρευνες διεξάγονται μελετώντας επιμέρους παράγοντες που επηρεάζουν τη ΠΖΣΧΥ σε παιδιά και έφηβους. Οι Jirojanakul και Skevington (2000) εξέτασαν την Π.Ζ. παιδιών σε αστικές περιοχές συγκριτικά με παιδιά αγροτικών περιοχών, χρησιμοποιώντας 32 κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς δείκτες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά των αστικών περιοχών απολαμβάνουν καλύτερη ΠΖ συγκριτικά με αυτά που ζουν σε αγροτικές περιοχές (Jirojanakul & Skevington, 2000).

Οι σημαντικότερες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων του δείγματος αφορούσαν παράγοντες της οικογένειας, της ασφάλειας, της προστασίας, της ποιότητας υγείας, της κοινωνικής φροντίδας, της πρόσβασης σε πληροφορίες, των ευκαιριών αναψυχής, της συμμετοχής στα κοινά, των ευκαιριών προσωπικής ανάπτυξης, των συγκοινωνιών και του

φυσικού περιβάλλοντος (Jirojanakul & Skevington, 2000). Αργότερα, ο Jirojanakul και οι συνεργάτες του (2003) διεξήγαγαν αντίστοιχη έρευνα σε δείγμα 498 παιδιών, ηλικίας 5-8 ετών, εκ των οποίων τα 220 που κατοικούσαν στην πόλη της Μπανγκόκ της Ταϊλάνδης και τα υπόλοιπα 278 εργάζονταν σε προάστιο της πόλης αντίστοιχα. Παράλληλα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τα παιδιά, οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία και από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον των παιδιών σχετικά με τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι.

Στα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι εγκυρότερος δείκτης πρόβλεψης της ΠΖ των παιδιών ήταν πατρικό εισόδημα, ενώ ακολουθούσαν τα χαρακτηριστικά του σπιτιού και του σχολείου, η πρόσβαση στο σχολείο και το ποσοστό του ελεύθερου χρόνου που επενδύονταν σε εξωσχολικές δραστηριότητες (Jirojanakul et al, 2003).

Ο Drukker και οι συνεργάτες του (2003) διερεύνησαν την επίδραση του περιβάλλοντος, και συγκεκριμένα της γειτονιάς, στην διάσταση της ΠΖΣΧΥ παιδιών, ηλικίας 11-12 ετών, που κατοικούσαν στο Μάαστριχτ (Drukker et al, 2003). Οι ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία από τους γονείς των παιδιών σχετικά με το οικογενειακό περιβάλλον.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας η γειτονιά και οι επιμέρους παράγοντες που εξετάστηκαν σε σχέση με αυτή (ρύπανση, δυσοσμία, θόρυβος, πυκνότητα του πληθυσμού, ύπαρξη υπηρεσιών υγείας, αθλητικών υποδομών και κοινωνικών υπηρεσιών) δεν επηρεάζουν την ποιότητα υγείας των παιδιών (Drukker et al., 2003). Αλλά βρέθηκε πως η γειτονιά επιδρά αρνητικά στη ΠΖΣΧΥ των παιδιών όταν αυτά προέρχονταν από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα της περιοχής και αισθάνονταν περιθωριοποιημένα (Drukker et al., 2003).

Έρευνα της Millan το 2003, σε δείγμα παιδιών 11-16 ετών, μελέτησε την επίδραση του ευρύτερου περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής των παιδιών. Τα ευρήματα έδειξαν πως τα παιδιά κάτοικοι πυκνοκατοικημένων περιοχών, με έντονα κυκλοφοριακά προβλήματα εμφάνιζαν χαμηλότερα ποσοστά ποιότητας υγείας συγκριτικά με τα παιδιά που ζούσαν σε περισσότερο ήσυχες περιοχές (Millan, 2003).

Πολύ σημαντική είναι η διευρωπαϊκή μελέτη KIDSCREEN που πραγματοποιήθηκε το 2003-2005 ταυτόχρονα σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, σε δείγμα 22.300 παιδιών και εφήβων συμπεριλαμβανομένων και των γονέων, με στόχο την αξιολόγηση της ΠΖ, καθώς και την καταγραφή της υγείας και της υποκειμενικής ευεξίας των παιδιών και των εφήβων στην Ευρώπη (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008). Η μελέτη αυτή επιβεβαίωσε την πολυδιάστατη φύση της έννοιας ΠΖΣΧΥ και πιο συγκεκριμένα, έδειξε ότι οι διαστάσεις που συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με αυτή είναι:

- σωματική ευεξία - επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, ενέργειας και φυσικής κατάστασης.
- ψυχολογική ευεξία - θετικά συναισθήματα και ικανοποίηση από τη ζωή.
- διάθεση - κατά πόσο ένας έφηβος βιώνει καταθλιπτικά και αγχωγόνα συναισθήματα και διαθέσεις.
- αντίληψη εαυτού - κατά πόσο εικόνα του σώματος βιώνεται ως θετική/αρνητική.
 - αυτονομία - ευκαιρίες που δίνονται σε ένα παιδί/έφηβο για να δημιουργήσει το δικό του χρόνο, για την ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και να ψυχαγωγηθεί.
 - ζωή στο σπίτι - σχέσεις με τους γονείς και ατμόσφαιρα σπιτιού
- ποιότητα σχέσεων - σχέσεις με φίλους και συνομηλίκους - ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο.
- το σχολικό περιβάλλον - αντίληψη των παιδιών και των εφήβων για τις γνωστικές τους ικανότητες - συναισθήματά προς το σχολείο - ικανοποίηση από τις επιδόσεις στο σχολείο
- Κοινωνική αποδοχή - κατά πόσο γίνονται αποδεκτοί όχι από τους συνομηλίκους στο σχολείο
- Οικονομικοί πόροι - κατά πόσο το παιδί έφηβος νιώθει ότι διαθέτει τις απαιτούμενες οικονομικές δυνατότητες που του επιτρέπουν να ζει με ένα τρόπο ανάλογο με αυτό των συνομηλίκων του (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

1.7 Προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου στη ΠΖΣΧΥ των παιδιών και των εφήβων

Το φύλο και η ηλικία φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά στους δείκτες ΠΖΣΧΥ των παιδιών μια και σύμφωνα με έρευνες, στα κορίτσια τα ευρήματα παρουσιάζουν χειρότερη ΠΖΣΧΥ σε σχέση με τα αγόρια, ειδικότερα σε μεγαλύτερες ηλικίες (Giannakopoulos et al., 2009; Michel, Bisegger, Fuhr & Abel, 2009; Otto et al., 2017). Οι έφηβοι παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ΠΖΣΧΥ σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά (Giannakopoulos et al., 2009; Michel et al, 2009). Επιπρόσθετα, παράγοντες κινδύνου για χαμηλότερους δείκτες ΠΖΣΧΥ των παιδιών και των εφήβων, έχουν καταδειχθεί, το ιστορικό μετανάστευσης, καθώς και τα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών και των γονιών τους (Otto et al, 2017), (Rueden et al 2006).

Αντίθετα, η αυτάρκεια, η κοινωνική υποστήριξη και το υψηλό οικογενειακό εισόδημα, συνδέονται θετικά με ΠΖΣΧΥ (Giannakopoulos et al, 2009), (Otto et al, 2017). Στην έρευνα αυτή θα εστιάσουμε στην ΠΖ των παιδιών Από Αφγανιστάν και Συρία που διαμένουν στην Αθήνα. Στις επόμενες ενότητες θα αναφερθούμε εκτενέστερα τόσο στους παράγοντες κινδύνου όσο και στο πολιτισμικό υπόβαθρο των παιδιών αυτών καθώς και στην ψυχική και σωματική τους υγεία αφού πρώτα αναφερθούμε συνοπτικά στις έννοιες του Πρόσφυγα , του Αιτούντα Άσυλο και του Μετανάστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Έννοια του Πρόσφυγα , του Αιτούντος Άσυλο και του Μετανάστη

Σύμφωνα με τη Σύμβαση της Γενεύης του 1951 για τους πρόσφυγες, πρόσφυγας ονομάζεται κάθε άνθρωπος που βρίσκεται έξω από το κράτος του οποίου είναι πολίτης εξαιτίας δικαιολογημένου φόβου ότι εκεί θα υποστεί διωγμούς λόγω της φυλής, της θρησκείας ή της εθνικότητάς του, ή ακόμα εξαιτίας της ιδιότητας του μέλους μιας ιδιαίτερης κοινωνικής ομάδας ή των πολιτικών του απόψεων (πολιτικός πρόσφυγας), και επιπλέον τού είναι αδύνατο να εξασφαλίσει προστασία από τη χώρα του, ή, εξαιτίας του φόβου αυτού, δεν επιθυμεί να τεθεί υπό αυτή την προστασία. Μέχρι να του αναγνωρισθεί νομικά η ιδιότητα του πρόσφυγα από μία χώρα, ένας άνθρωπος μπορεί να βρίσκεται υπό το καθεστώς του «Αιτούντος Άσυλο». Συνήθως η αδυναμία εξασφάλισης προστασίας είναι αποτέλεσμα πολέμου, ωστόσο ο παραπάνω ορισμός αποκλείει τους πρόσφυγες εξαιτίας φυσικών καταστροφών. Οι «βιώσιμες λύσεις» για τους πρόσφυγες, όπως ορίζονται από την Ύπατη Αρμοστεία και τις κυβερνήσεις είναι: ο εθελοντικός επαναπατρισμός στη χώρα καταγωγής, η τοπική ένταξη στη χώρα ασύλου και η επανεγκατάσταση σε τρίτη χώρα.

Εξαιτίας της δίωξης που μπορεί να αντιμετωπίσει, ένας πρόσφυγας δικαιούται να προστατευθεί από εξαναγκαστική επιστροφή στη χώρα καταγωγής του. Ο πρόσφυγας δικαιούται αυτήν την προστασία, όπως επίσης και προστασία από δίωξη για παράνομη είσοδο, έγγραφα ταυτότητας και ταξιδιωτικά έγγραφα και πρόσβαση σε μια μακροπρόθεσμη λύση. Ο Αιτών Άσυλο είναι αυτός που αναζητά προστασία ως πρόσφυγας, ακόμα και αν δεν έχει επισήμως αναγνωριστεί ως τέτοιος. Συνήθως ο όρος αυτός αναφέρεται σε κάποιον ο οποίος αναμένει ακόμα από μια κυβέρνηση να αποφανθεί αν ο ίδιος είναι πρόσφυγας. Μέχρι η αίτηση για άσυλο να γίνει δεκτή, το άτομο αναφέρεται ως «αιτών άσυλο». Μόνο μετά την αναγνώριση του αιτούντος άσυλο ως πρόσφυγα, απολαμβάνει το καθεστώς του πρόσφυγα.

Πολλές φορές συγγέεται ο όρος «πρόσφυγας» και ο όρος «μετανάστης». Αποσαφηνίζοντας λοιπόν, μετανάστης είναι ένα άτομο που μετακινείται από ένα μέρος σε ένα άλλο. Είναι πιθανό να αναγκάζεται να φύγει επειδή φοβάται, λιμοκτονεί ή φοβάται πολύ για την ασφάλεια και προστασία της οικογένειάς του, μπορεί, όμως, να μετακινείται και οικειοθελώς.

2.2.Προβλήματα των Αιτούντων Άσυλο των Προσφύγων και των Μεταναστών

Εκτός από τη διαφορά της γλώσσας και άρα την δυσκολία στην επικοινωνία, τις ψυχοσωματικές δυσλειτουργίες, την δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες και τις γενικότερες δυσκολίες προσαρμογής στη χώρα ασύλου, ένα μεγάλο ποσοστό προσφύγων αναπτύσσουν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (PTSD) ή και κατάθλιψη. Σε πρόσφατη έρευνα σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στα σημεία εισόδου στην χώρα, στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου παρατηρήθηκε ελλιπής παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους πρόσφυγες (περισσότερο στους Σύριους) και δυσκολία πρόσβασης αυτών σε μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας (Kousoulis et al, 2016).

Οι τραυματικές εμπειρίες είναι ισχυρός παράγοντας κινδύνου ψυχικής διαταραχής και ο κίνδυνος αυξάνεται ανάλογα τον τύπο της τραυματικής εμπειρίας (Silove et all, 2002). Σε περιπτώσεις που υπάρχει συνδυασμός διαταραχής μετά από τραυματική ψυχική καταπόνηση και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, το επίπεδο της προσωπικής, οικογενειακής, κοινωνικής αναπηρίας μπορεί να είναι σημαντικό, επηρεάζοντας τη μελλοντική προσαρμογή (Silove et all, 2002). Σε μακροχρόνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία σε προσφυγικό πληθυσμό που προερχόταν από το Κόσσοβο διαπιστώθηκε αύξηση του επιπολασμού της διαταραχής μετά από τραυματική ψυχική καταπόνηση. Ειδικότερα στην αρχή της μέτρησης ο επιπολασμός ήταν 45% ενώ μετά από 18 μήνες αυξήθηκε σε 78%. Σε άλλη έρευνα στην Βοσνία η οποία είχε διάρκεια 3 χρόνια διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη και τα μετατραυματικά συμπτώματα έχουν την τάση να παραμένουν και κατά τη διάρκεια του επαναπατρισμού (Ekblad et al.,2002) Επίσης σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ανατολική Ιερουσαλήμ από δημόσια και ιδιωτικά σχολεία των Ηνωμένων Εθνών σε 1000 παιδιά που προέρχονταν από την Παλαιστίνη ηλικίας 12 έως 16 ετών (τα περισσότερα από αυτά ήταν εργαζόμενα αγόρια) διαγνώστηκε μετατραυματικό στρες στο 34,1% των παιδιών (Khamis, 2005).

2.3 Ποιότητα Ζωής και Εθνικές Μειονότητες (Αιτούντες Άσυλο, πρόσφυγες, μετανάστες)

Σε αρκετές έρευνες που μελετούν την ΠΖΣΧΥ των εθνικών μειονοτήτων, υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κυρίαρχης εθνικής ταυτότητας και της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της μειονοτικής εθνικής ταυτότητας και της ποιότητας ζωής των μελών των μειονοτικών ομάδων. Έρευνες των Hughes και Thomas (1998) επισημαίνουν ότι οι Αφρο-Αμερικανοί κάτοικοι των Η.Π.Α. έχουν χαμηλότερα ποσοστά ΠΖ, σύμφωνα με μετρήσεις με όρους ευτυχίας και ικανοποίησης από τη ζωή, από την οικογενειακή τους κατάσταση, από την εργασία τους, από το περιβάλλον που διαμένουν, από τις κοινωνικές παροχές κ.λπ., σε σχέση με λευκούς πολίτες.

Μία πιο πρόσφατη έρευνα σε δείγμα 160 ατόμων από 3 διαφορετικές μειονοτικές εθνικές ομάδες, Αφρο-Αμερικάνους, Ασιάτες-Αμερικάνους και Λατινοαμερικάνους, έδειξε ότι οι Αφρο-Αμερικάνοι που ένιωθαν περισσότερο ενταγμένοι στην αμερικάνικη κοινωνία είχαν υψηλότερα ποσοστά όσον αφορά την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής τους σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες, ενώ και οι τρεις ομάδες χαρακτηρίζονται από χαμηλή ΠΖ όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την εργασία και τις ευκαιρίες απασχόλησης, τον τόπο διαμονής τους και τις συνθήκες διαβίωσής τους σε σύγκριση με την πλειοψηφία (Utsey, Chae, Brown, & Kelly, 2002). Η ίδια έρευνα έδειξε ότι τα άτομα που δεν βίωναν ρατσιστικές συμπεριφορές στην καθημερινότητά τους και ένιωθαν αποδεκτοί από την πλειοψηφική ομάδα είχαν υψηλότερα ποσοστά στην κλίμακα της ΠΖΣΧΥ, ως προς τις διαστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο βαθμός και το αίσθημα ένταξης σε μια κοινωνία φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας της ΠΖ των μειονοτικών ομάδων. Σε παρόμοια ευρήματα καταλήγει και έρευνα της Ryff και των συνεργατών της το 2003, σε ενήλικο δείγμα Αφρο-Αμερικάνων και Μεξικανών που κατοικούσαν στο Σικάγο (Ryff, Keyes, & Hughes, 2003).

Οι έρευνες στα παιδιά μειονοτικών ομάδων όπως οι Πρόσφυγες – Μετανάστες και Αιτούντες άσυλο έχουν επικεντρωθεί στη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της εθνικής ταυτότητας των παιδιών και της αυτοεκτίμησής τους, ενός δείκτη που σχετίζεται σημαντικά με την έννοια της ΠΖ (Felce & Perry, 1995). Τα ερευνητικά ευρήματα είναι αντιφατικά σχετικά με αυτή τη συσχέτιση, καταδεικνύοντας άλλοτε την ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της εθνικής μειονοτικής ταυτότητας και της αυτοεκτίμησης των παιδιών (Carlson, Urral, & Prosser, 2000) και άλλοτε την ύπαρξη αρνητικής συσχέτισης μεταξύ της μειονοτικής εθνικής ταυτότητας και της αυτοεκτίμησης τους. (Tsai, Ying, & Lee, 2001; Umana-Taylor, 2004). Παράγοντες που φαίνονται σημαντικοί για την αυτοεκτίμησή και τον

καθορισμό ΠΖ των παιδιών από μειονοτικές ομάδες, είναι ο βαθμός ένταξης και αποδοχής, ή μη, της μειονοτικής ομάδας στην κοινωνία (Umaña-Taylor, et al., 2002). Στις μειονοτικές ομάδες καταγράφονται υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Beiser, 2006; Beiser, Hou, Hyman, & Tousignant, 2002). Οι μειονοτικές ομάδες με χαμηλό εισόδημα όντας περιθωριοποιημένες από τον κοινωνικό ιστό αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επιβάρυνσης της υγείας τους (Wilkins, Gendron, & Berthelot, 2005). Η διάκριση εις βάρος κοινωνικών ομάδων, η εκδήλωση επιθετικότητας, καθώς και η έκφραση στερεοτυπικών και προκατειλημμένων συμπεριφορών προκαλούν έντονο στρες στις μειονοτικές ομάδες και συσχετίζονται με χαμηλά ποσοστά αυτοεκτίμησης, αισθήματα αβοηθησίας, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και πολλά προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, άσθμα, καρδιακά επεισόδια κ.ά. (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999). Η συσχέτιση αυτή έχει επιχειρηθεί να ερμηνευθεί μέσω των θεωριών της αποστέρησης και της περιορισμένης πρόσβασης σε πόρους, καθώς οι μειονοτικές ομάδες -κατά κανόνα- ζουν σε συνθήκες φτώχειας και ανέχειας, σε άσχημα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα που δεν πληρούν πολλές φορές ούτε τους στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής. Οι μειονοτικές ομάδες είναι εκτεθειμένες σε ποικίλους παράγοντες επικίνδυνους για την υγεία και δεν έχουν πάντα πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Fine, 2005);(Kelaher, Paul, Lambert, Ahmad, Paradies & Davey Smith, 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υποστηρίζει ότι η διαβίωση σε συνθήκες φτώχειας, ανέχειας και εξαθλίωσης και η εμπειρία ρατσισμού δημιουργούν συνθήκες που οδηγούν σε κακή υγεία και ΠΖ μέσω του χρόνιου άγχους που συνεπάγονται (WHO, 2003). Πιο συγκεκριμένα το χρόνιο στρες συνδυασμένο με αρνητικές κοινωνικές συνθήκες επιδρά αρνητικά στο καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα, αυξάνοντας την ευαισθησία του ατόμου σε σωματικές ασθένειες (υπέρταση, εγκεφαλικά, καρδιακές παθήσεις) αλλά και ψυχικές ασθένειες, όπως επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη και άλλα (WHO, 2003). Στοιχεία που έχουν επιβεβαιωθεί και ερευνητικά (Kubzansky & Kawachi, 2000). Παράγοντες, όπως περιθωριοποίηση και ρατσιστική συμπεριφορά, λειτουργούν πιεστικά για τα άτομα και επιδρούν αρνητικά στην υγεία τους (Krieger, 2001).

Η αρνητική επίδραση του ρατσισμού στην υγεία και στη γενικότερη ποιότητα ζωής του ατόμου περιλαμβάνει και την εμπλοκή σε συμπεριφορές αυξημένου ρίσκου, όπως χρήση ουσιών, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και καθυστέρηση αίτησης ιατροφαρμακευτικής βοήθειας (Williams, et al., 2003). Το ανήκειν σε μια μειονοτική ομάδα και ο ρατσισμός εις βάρος αυτής επηρεάζουν έμμεσα την ΠΖΣΧΥ των ατόμων, μέσω κοινωνικών παραγόντων, όπως η εκπαίδευση και η απασχόληση, που επιδρούν αρνητικά όχι μόνο στη σωματική υγεία των ατόμων, αλλά και στην «κοινωνική» (Wilkins et al, 2005).

Σε πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι η οικονομική και κοινωνική στέρηση και ο αποκλεισμός, η έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία συνθήκες, η αδυναμία πρόσβασης στην εκπαίδευση, η ελλιπής φροντίδα υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση σε αντίστοιχες δομές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελούν παράγοντες που συσχετίζονται αρνητικά με την ΠΖ των ατόμων καθώς και με τους δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας (Krieger, 2001). Επίσης, έχει δειχθεί ότι η φτώχεια, η διαμονή σε ακατάλληλα σπίτια και καταυλισμούς και η περιορισμένη πρόσβαση σε εκπαίδευση και υγεία οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό και περιθωριοποίηση, παράγοντας που συνδέεται άμεσα και καθορίζει σημαντικά τη ΠΖΣΧΥ (Galabuzi, 2006), (Kazemipur & Halli, 2003). Σχετικά, ο Galabuzi (2006) σημειώνει ότι στη μελέτη της ΠΖ των μειονοτικών δεν θα πρέπει να παραληφθεί ο ρατσισμός που βιώνουν τα άτομα αυτά στην καθημερινή τους ζωή.

2.4 Η εθνικότητα και η μετανάστευση ως παράγοντες σχετιζόμενοι με την ΠΖΣΧΥ

Η εθνικότητα και η μετανάστευση είναι παράγοντες που έχουν απασχολήσει αρκετές μελέτες. Βασικός στόχος αυτών, ήταν να ελέγξουν κατά πόσο η εθνικότητα σχετίζεται ανεξάρτητα με την κατάσταση υγείας ή αν υπάρχουν άλλοι εμπλεκόμενοι παράγοντες, όπως το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται πως οι διαφορές στα επίπεδα της υγείας σε μετανάστες, είναι απόρροια κοινωνικοοικονομικών διαφορών ενώ κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι οι διαφορές στα επίπεδα υγείας των μεταναστών οφείλονται σε βιολογικούς, γενετικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (Reijneveld, S. A. 1998);(Nazroo, J. Y. 2003);(Krieger et all,1997). Η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί θετικά στη σωματική και ψυχική υγεία των μεταναστών ενώ η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και η έλλειψη κατάλληλου συγγενικού πλαισίου επηρεάζει αρνητικά (Stansfel et all,2006). Το βίωμα της μετανάστευσης μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη συναισθηματικών δυσκολιών σε παιδιά και εφήβους καθώς χάνουν τις κοινωνικές επαφές τους και καλούνται να διαχειριστούν διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Μετά από μελέτες διαπιστώθηκε πως η ψυχική υγεία είναι αυτή που τελικά επηρεάζεται συχνότερα σε παιδιά εφήβους που μεταναστεύουν (Fazel, M., & Stein, A. 2003). Υπάρχουν ωστόσο και μελέτες που παρουσιάζουν ότι στους εφήβους δεν είναι η ίδια η μετανάστευση τόσο που επηρεάζει την ΠΖΣΧΥ αλλά παράγοντες κοινωνικοοικονομικοί και κοινωνικής υποστήριξης (Pantzer et all, 2006).

Σύμφωνα με διαθέσιμα στοιχεία από την Ύπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε. για τους πρόσφυγες, η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική αύξηση προσφυγικών εισροών. Το έτος 2018 εισήλθαν 50.511 άτομα, ενώ μέχρι το τέλος Οκτωβρίου 2019 υπήρξαν 55.348 νέες αφίξεις. Η αύξηση των προσφυγικών κυμάτων συνεπάγεται και την αύξηση των αιτημάτων ασύλου,

ιδιαίτερα μετά από το κλείσιμο των συνόρων. Σύμφωνα με την Υπηρεσία Ασύλου (2019), από την αρχή του έτους μέχρι και τον Σεπτέμβριο του 2019 υποβλήθηκαν συνολικά 48,554 αιτήσεις διεθνούς προστασίας εκ των οποίων οι 12,387 ήταν από Αφγανούς ενώ οι 5.451 από Σύριους αιτούντες (τα υπόλοιπα ποσοστά αφορά σε άλλες εθνικότητες. Ηλικίες από 0-13 ετών υπήρξαν 10,901 αιτήσεις και από 14-17 ετών, 4,116 αιτούντες άσυλο.

Από την εξέταση των χωρών προέλευσης των αιτούντων άσυλο προκύπτει ότι το 2019 τα περισσότερα αιτήματα ήταν από το Αφγανιστάν και στη συνέχεια από τη Συρία παρόλο που τα προηγούμενα χρόνια συνέβαινε το αντίθετο. Με βάση την Εθνική Στρατηγική για την ένταξη, μέσα σε δύσκολες οικονομικές συνθήκες, η Ελλάδα καλείται να αναπτύξει ένα σχέδιο κοινωνικών δράσεων με στόχο πρώτα την Υποδοχή όπου θα παρέχει προστασία και βασικές υλικές συνθήκες υποδοχής όπως στέγαση, οικονομικό βοήθημα, πρόσβαση στην υγεία κτλ. στους αιτούντες άσυλο και σε δεύτερο επίπεδο την ανάπτυξη δράσεων ενσωμάτωσης, όπως στέγαση, πρόσβαση στην αγορά εργασίας, στην υγεία, στην εκπαίδευση, δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά, έγκυρη ενημέρωση (Υπουργείο μεταναστευτικής πολιτικής). Τον Οκτώβριο του 2015, σε συνάντηση των χωρών των Δυτικών Βαλκανίων, το ελληνικό κράτος ανέλαβε να δημιουργήσει 50.000 θέσεις προσωρινής φιλοξενίας μέχρι το τέλος του 2015 (European Commission, 2015). Έπειτα από ένα μήνα η Ύπατη Αρμοστεία δεσμεύτηκε να στηρίζει τις προσπάθειές της ελληνικής κυβέρνησης. Πιο συγκεκριμένα ανέλαβε τη διαχείριση 20.000 θέσεων στέγασης, αναπτύσσοντας ένα πρόγραμμα στέγασης σε αυτόνομα διαμερίσματα: Το Πρόγραμμα ESTIA (Emergency Support to Integration and Accommodation).(Kourachanis 2018b). Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε ενδεικτικά την παιδική ηλικία και κουλτούρα του Αφγανιστάν πριν εμβαθύνουμε στην ψυχική υγεία των προσφύγων και τέλος περάσουμε στο ερευνητικό μέρος της εργασίας αυτής.

2.5 Η παιδική ηλικία στο Αφγανιστάν

Η Αφγανική κοινωνία είναι κατά κύριο λόγο πατριαρχική. Αρχηγός της οικογένειας και υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων είναι ο πατέρας και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνδρες (παππούς –μεγαλύτερα αδέρφια). Τα παιδιά ανήκουν στην οικογένεια του πατέρα τους. Τα κορίτσια σε μικρή ηλικία παντρεύονται και μεταφέρονται στις οικίες των συζύγων τους , στους οποίους ανήκουν. Συνήθως πρόκειται για εκτεταμένες οικογένειες. Όσο μεγαλύτερη είναι μία οικογένεια τόσο περισσότερο κύρος έχει στην κοινωνία. Ωστόσο οι κοινωνικές αλλαγές, η αστικοποίηση καθώς και η αναγκαστική μετατόπιση έχουν αλλοιώσει αυτή τη

συνθήκη. Πρόκειται για εσωστρεφείς οικογένειες που διαφυλάττουν και «κρατούν την ιδιωτική ζωή», τα προβλήματα και τις τυχόν δυσκολίες, της οικογένειας εντός του σπιτιού και μακριά από τους γείτονες (De Berry et al., 2003). Ενώ οι οικογενειακή ζωή των Αφγανών αναγνωρίζεται για τους ισχυρούς δεσμούς της και την προστατευτικότητα μεταξύ των μελών της, η φτώχεια, ο διαχωρισμός της οικογένειας από ατυχή γεγονότα και η απουσία σημαντικών μελών της οικογένειας μπορούν να τις μεταβάλουν και να μεταμορφώσουν το οικογενειακό κλίμα και την οικογενειακή δομή δημιουργώντας ένα κλίμα σκληρότητας και ένα αυστηρό περιβάλλον για την ανάπτυξη των παιδιών. (De Berry et al., 2003)

Τα παιδιά από το Αφγανιστάν συνήθως μεγαλώνουν «χωρίς εφηβεία» σε αντίθεση με το δυτικό κόσμο όπου η εφηβεία θεωρείται ένα μεταβατικό στάδιο της ζωής τους προς την ενηλικίωση. Με βάση την παράδοση τα αγόρια σε ηλικία 10-14 ετών προχωρούν άμεσα στον κόσμο των ενηλίκων (Dupree, 1980). Ενώ τα κορίτσια στην εφηβεία τους οδηγούνται στο γάμο. Στο σύγχρονο Αφγανιστάν τα άτομα άνω των 14 ετών θεωρούνται ενήλικες και όχι παιδιά ενώ αποκτούν δικαιώματα εργασίας. (Loughry et al., 2005). Ειδικότερα στην επαρχία τα παιδιά αναλαμβάνουν σημαντικές ευθύνες σε μικρές ηλικίες με αποτέλεσμα να μην χαίρονται το παιχνίδι και την επαφή με συνομηλίκους. Η κοινωνική ζωή είναι αυστηρά έμφυλη και συχνά συμπεριλαμβάνει συστηματική έκθεση στη βία. (Dupree, 1980 ; Van Oudenhoven, 1979). Στις μέρες μας παρατηρούμε σε σχέδια των παιδιών βίαιες αναπαραστάσεις πολέμου με όπλα, τραυματισμούς και θάνατο. (De Berry et al., 2003 ; Save the Children USA, 2002) .

Η λέξη «tarbia» χρησιμοποιείται για να περιγράψει τόσο στα περσικά όσο και στα αραβικά την λέξη «εκπαίδευση» εμπεριέχοντας την ανατροφή και την ευγένεια. (Karlsson & Mansory, 2007). Μία ποιοτική μελέτη που συμμετείχαν παιδιά και ενήλικες στην Καμπούλ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «tarbia» ήταν ένας όρος που χρησιμοποιείται για να δηλώσει το ήθος των παιδιών και την ποιότητα των σχέσεων του με τους άλλους. Καλό «tarbia» συνεπάγεται καλή διαγωγή, ευγένεια, σεβασμό στους ηλικιωμένους, καλή σωματική υγιεινή και φιλοξενία. Στα κορίτσια το καλό «tarbia» συνεπάγεται με τη σεμνότητα, την ευγένεια, την απουσία βλεματικής επαφής με τα αγόρια καθώς το κεφάλι είναι σκυφτό και καλυμμένο κάτι που δεν προβλέπεται στα αγόρια. (De Berry et al., 2003). Τα κορίτσια στο Αφγανιστάν αναμένονται να γίνουν σωστές σύζυγοι και καλές νοικοκυρές με υπομονή και ανοχή (Billaud, 2012).

2.6 Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων στο Αφγανιστάν

Σε αυτή την ενότητα θα περιγράψουμε συνοπτικά την ψυχική υγεία, τους κινδύνους και την ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών στο Αφγανιστάν μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό να εντοπίσουμε το ψυχολογικό υπόβαθρο που τυχόν μεταφέρουν τα παιδιά από το Αφγανιστάν ερχόμενα στην Ελλάδα. Οι δεκαετίες του πολέμου έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και ευημερία των παιδιών, σε όλες τις διαστάσεις της ζωής τους. Η έκθεση στη βία, η διάχυτη φτώχεια, η διαρκή αίσθηση ανασφάλειας, ο θάνατος ή η εξαφάνιση αγαπημένων προσώπων οι τεταμένες οικογενειακές σχέσεις και η ενδοοικογενειακή βία καθώς και η φτωχή υγειονομική περίθαλψη αποδιοργανώνουν την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών και τα εκθέτουν σε κίνδυνο (Sellick, 1998). Παρόλο που δεν υπάρχουν σημαντικά στοιχεία για τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών της παιδικής και εφηβικής ηλικίας των παιδιών στο Αφγανιστάν πραγματοποιήθηκε επιδημιολογική μελέτη η οποία δημοσιεύτηκε το 2009 σε δείγμα 1.011 παιδιών σε σχολική ηλικία και προσέφερε σημαντικά ευρήματα.. Η έρευνα έδειξε ότι ένας στους πέντε μαθητές (22,2%) πληρούσαν τα κριτήρια για πιθανή ψυχιατρική διαταραχή, με τα κορίτσια δύομισι φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν διαταραχές από ό,τι τα αγόρια. Τα παιδιά που είχαν υποστεί πέντε ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα είχαν δύομισι φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σε σχέση με τα παιδιά που είχαν υποστεί τέσσερα τραυματικά γεγονότα ή λιγότερα. (Panter-Brick et al., 2009; Panter-Brick et al., 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Καμπούλ το 2005 σε 287 παιδιά (165 αγόρια, 122 κορίτσια) ηλικίας 7-15 ετών αξιολογήθηκε η εκτεταμένη σωρευτική έκθεση των παιδιών σε δυσμενείς συνθήκες (εμπειρία πολέμου, οικογενειακή βία, παιδική εργασία, φτώχεια). Στην έρευνα διαπιστώθηκαν έντονες διαφορές τόσο ως προς το φύλο σε σχέση με τη συχνότητα αυτών των εμπειριών όσο και με τη συσχέτιση διαφόρων τύπων στρεσογόνων παραγόντων με συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD). Τα αγόρια ανέφεραν υψηλότερα συνολικά ποσά τραυματικών γεγονότων και συγκεκριμένα εμπειρίες βίας στο σπίτι. Αυτό αντικατοπτρίστηκε σε μια επικράτηση 26% περισσότερων πιθανοτήτων παρουσίας PTSD σε αγόρια σε σύγκριση με 14% στα κορίτσια. Η παιδική εργασία εμφανίστηκε ως ένα κοινό φαινόμενο στο εξεταζόμενο δείγμα και επιπλέον συνδέθηκε με αυξημένη πιθανότητα να βιώνουν οικογενειακή βία και τα κορίτσια. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η αλληλεπίδραση πολυκεντρικών στρεσογόνων παραγόντων στα παιδιά του Αφγανιστάν συμβάλλει σε μεγαλύτερη ευαισθησία για την ανάπτυξη της PTSD (Catani, Schauer and Neuner, 2008).

Ένα κρίσιμο ζήτημα που σχετίζεται με την υγεία στις περιοχές που έχουν πληγεί από τον πόλεμο είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις αντιξοότητες και γιατί δείχνουν αντοχή σε ένα περιβάλλον υψηλού κινδύνου. Στο Αφγανιστάν, το βάρος της κακής ψυχικής υγείας ανακύπτει στο πλαίσιο της διάχυτης φτώχειας, της κοινωνικής ανισότητας και της επίμονης βίας. Το 2006 πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις με 1011 παιδιά (ηλικίας 11-16 ετών) και 1011 φροντιστές ενηλίκων, τυχαία επιλεγμένα σε σχολική έρευνα σε τρεις βόρειες και κεντρικές περιοχές. Οι συμμετέχοντες διηγήθηκαν τις εμπειρίες τους ως μέρος μιας συστηματικής έρευνας για την υγεία, συμπεριλαμβανομένου ενός ερωτηματολογίου ανοιχτού τύπου σχετικά με τους σημαντικούς παράγοντες πίεσης της ζωής και λύσεων για τον μετριασμό τους. Για τους ενήλικες, η πρωταρχική ανησυχία είναι η αποκατάσταση της «κατεστραμμένης οικονομίας» τους, η οποία είναι η ρίζα όλων των δυστυχιών στον τομέα της κοινωνικής, της εκπαιδευτικής, της διακυβέρνησης και της υγείας. Για τους μαθητές, οι απογοητεύσεις επικεντρώνονται στο περιβάλλον μάθησης καθώς και στη φτώχεια, καθώς η εκπαίδευση θεωρείται ως η πύλη προς την ανοδική κοινωνική και οικονομική κινητικότητα. Η ελπίδα προκύπτει από μια αίσθηση ηθικής και κοινωνικής τάξης που ενσωματώνεται στην έκφραση βασικών πολιτιστικών αξιών: πίστη, ενότητα οικογένειας, υπηρεσία, προσπάθεια, ηθική και τιμή. Αυτές οι αξίες αποτελούν το θεμέλιο της ανθεκτικότητας, οδηγούν τις κοινωνικές προσδοκίες και στηρίζουν τον αυτοσεβασμό και την αξιοπρέπεια (Eggerman and Panter-Brick, 2010).

Σε έρευνα του 2008 δόθηκαν 399 δομημένα ερωτηματολόγια, πραγματοποιήθηκαν 22 συζητήσεις σε εστιασμένες ομάδες, 40 συνεντεύξεις και μελετήθηκαν 12 περιπτώσεις με σκοπό την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής ευεξίας των παιδιών του Αφγανιστάν. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις συνοικίες (Baghlan, Kapisa, Kunduz, Parwan) σε παιδιά σχολικής ηλικίας, τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς, τους υπερήλικες της κοινότητας, τους παραδοσιακούς θεραπευτές και το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης. Η παρουσία ψυχοκοινωνικών προβλημάτων εμφανίζεται και σε αυτή την έρευνα, με το 25% των παιδιών να ενδείκνυται για κάποια μορφή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Στρεσογόνοι παράγοντες (φτώχεια, την κοινωνική αδικία, οι γάμοι παιδιών) φαίνεται να προκαλούν συχνότερα προβλήματα που έχουν αναφερθεί (επιθετικότητα, κατάχρηση ουσιών, αγωνία, διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ ομότιμων, επιθέσεις αυτοκτονίας, οικογενειακής βίας). Τα αγόρια αναφέρουν μεγαλύτερη δυσφορία από ό, τι τα κορίτσια (Fernando C. et all, 2013).

2.7 Ψυχική υγεία και πρόσφυγες

Σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες εξετάζουν ως κύριους εκλεκτικούς παράγοντες τις κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες για την εκδήλωση ψυχικών παθήσεων στους πρόσφυγες ενώ στο παρελθόν σημαντικός θεωρούνταν και ο ρόλος της κληρονομικότητας (Fazel et al., 2005). Συγκριτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε μεταξύ γηγενούς πληθυσμού και προσφυγικού ανέδειξε πως οι πρόσφυγες εμφανίζουν μέτρια αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχικά νοσήματα συγκριτικά με τους γηγενείς. Η κακή ψυχική υγεία των προσφύγων συνδέθηκε με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (έλλειψη σταθερής και ασφαλούς στέγης, ανεργία, άσχημες συνθήκες διαβίωσης κ.ά.). Οι παράγοντες αυτοί ενισχύουν το άγχος επιβίωσης (Silove & Ekblad, 2005).

Άλλες μελέτες κατέδειξαν ως παράγοντες αρνητικής ψυχικής υγείας των προσφύγων που έχουν ήδη φτάσει σε άλλες χώρες, το άγχος που συνδέεται με τον χρόνο αναμονής της απάντησης για το αίτημα ασύλου, της οικογενειακής επανένωσης (Porter & Haslam, 2005), την αδυναμία πρόσβασης στην εργασία, την έλλειψη επαρκούς εισοδήματος, το ρατσισμό και κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν (Das-Munshi et al., 2011). Επίσης υπάρχουν μελέτες που προσθέτουν στους παραπάνω παράγοντες την επιβαρυνόμενη ψυχική υγεία των προσφύγων από την εμπειρία του πολέμου, των συρράξεων καθώς και άλλων ψυχοτραυματικών γεγονότων (Tinghög et al., 2009).

Το 2015, 65, 3 εκατομμύρια άνθρωποι, οι μισοί από τους οποίους ήταν παιδιά, εκτοπίστηκαν βίαια παγκοσμίως. Αυτό αντιπροσωπεύει τον υψηλότερο αριθμό αναγκαστικού εκτοπισμού που έχει τεκμηριωθεί στην ιστορία (UNHCR, 2015). Η πλειονότητα των ανθρώπων αναζήτησε καταφύγιο στο πλαίσιο του Συριακού πολέμου (Bhutta et al., 2016). Μια κριτική από τους Fazel et al., το 2014, συγκεντρώνει τους αρνητικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας των παιδιών χρονολογικά κατά το στάδιο της διαδικασίας μετανάστευσης. Οι παράγοντες κινδύνου κατά την προ-μετανάστευση περιλαμβάνουν την οργανωμένη βία και την απώλεια μελών της οικογένειας. Οι παράγοντες κινδύνου της μετανάστευσης περιλαμβάνουν τη διακοπή της εκπαίδευσης, την έλλειψη ασφάλειας και την υλική φτώχεια. Οι παράγοντες κινδύνου μετά τη μετανάστευση περιλαμβάνουν στιγματισμό, γλωσσικά εμπόδια, συχνές μετεγκαταστάσεις, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, καθώς και ανασφάλεια σχετικά με τις άδειες διαμονής. Ακόμα κι αν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου, ο αριθμός, η σοβαρότητα και το είδος των κινδύνων αυτών που αντιμετωπίζει ο προσφυγικός πληθυσμός υπερβαίνει αυτόν των μεταναστών. Έτσι, οι πρόσφυγες παρουσιάζουν έναν

«μοναδικό πληθυσμό» που χρειάζεται προσαρμοσμένη έρευνα και παρεμβάσεις (Pieloch et all,2016)

Λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των παραγόντων κινδύνου, αναμένεται αρνητικός αντίκτυπος της αναγκαστικής μετατόπισης στα ψυχολογικά αποτελέσματα. Μελέτες σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας των προσφύγων ανέφεραν αυξημένα ποσοστά επικράτησης κατάθλιψης, άγχους και διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σε παιδιά πρόσφυγες σε σύγκριση με παιδιά μη πρόσφυγα (Reed RV et all,2012). Ένας μικρός, αλλά αυξανόμενος αριθμός μελετών διερευνά την κατάσταση της ψυχικής υγείας των παιδιών στο πλαίσιο του Συριακού πολέμου. Τα παιδιά, ηλικίας 4–10 ετών, ελέγχθηκαν σε καταυλισμούς προσφύγων κοντά στα σύνορα Τουρκίας-Συρίας (Cartwright K, 2015). Σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων, αυτά τα παιδιά εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα φόβου (62%), άγχους και απόσυρσης (49%), συναισθηματικά προβλήματα (45%), προβλήματα συμπεριφοράς (38%) και υπερκινητικότητα (20%). Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα κάμπινγκ προσφύγων στα σύνορα Συρίας-Τουρκίας ανέφερε ότι η συντριπτική πλειονότητα των παιδιών είχε βιώσει περισσότερα από ένα κρίσιμα γεγονότα ζωής, όπως η απώλεια ενός μέλους της οικογένειας (Sirin SR et all, 2015). Στην πραγματικότητα, το 44% των παιδιών ανέφεραν πέντε ή περισσότερα κρίσιμα συμβάντα ζωής που σχετίζονται με τον πόλεμο. Επιπλέον, το 45% εμφάνισε σημάδια PTSD. Ομοίως, το 44% των παιδιών εμφάνισε σημάδια διαταραχών της διάθεσης, το 20% είχε εκδηλώσει κλινική κατάθλιψη και το 25% ανέφερε σωματικά συμπτώματα (π.χ. πόνο στο στομάχι) σε καθημερινή βάση. Συνολικά, τα παιδιά προσφύγων φαίνεται να έχουν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης ανησυχιών για την ψυχική υγεία. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονται επίσης από μελέτες που διερεύνησαν τα αποτελέσματα ψυχικής υγείας μεταξύ των νέων προσφύγων στη Γερμανία (Gavranidou M et all,2008), (Ruf et all, 2010), (Soykoek et all, 2017)

Ενώ ορισμένες μελέτες ανέφεραν επίδραση σε ένα ευρύ φάσμα τομέων ψυχικής υγείας (Sirin SR et all, 2015), άλλες μελέτες βρήκαν μια συγκεκριμένη επίδραση σχετικά με τα συμπτώματα της PTSD (Ruf et all,2010), (Soykoek et all, 2017). Ειδικότερα περιγράφεται ότι συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται μοναδικά με συγκεκριμένα ψυχολογικά αποτελέσματα (McMahon, 2003). Τα στοιχεία παραμένουν ασυνεπή σχετικά με την επίδραση της βίας και της στέρησης που σχετίζεται με τον πόλεμο και της στέρησης στην πρώιμη παιδική ηλικία σε συγκεκριμένα αποτελέσματα. Μια αναδρομική έρευνα μεγάλης κλίμακας έδειξε ότι η συναισθηματική παραμέληση στην παιδική ηλικία σχετίζεται ειδικά με συναισθηματικές διαταραχές στην ενηλικίωση (Spinhoven et all, 2010). Μετά τον έλεγχο για συννοσηρότητα και αντιξοότητες, οι Becker-Blease et al, 2010 διαπίστωσαν ότι τα μικρά παιδιά που εκτέθηκαν σε θυματοποίηση (π.χ. κακοποίηση) εκδήλωσαν περισσότερες

ανησυχίες για την ψυχική υγεία από εκείνους που βιώνουν καταστροφές (π.χ. πλημμύρα) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των ΗΠΑ.

Μια ανασκόπηση από τους McMahon et al το 2003 περιλαμβάνει 16 μελέτες που εξέτασαν την ψυχική επίδραση της βίας. Αξιολογήθηκαν διάφοροι τύποι βίας, συμπεριλαμβανομένης της ενδοοικογενειακής βίας, του πολέμου και της κοινοτικής βίας. Τα αποτελέσματα περιελάμβαναν PTSD, κατάθλιψη, γενικό άγχος, συμπτώματα επιθετικότητας και συμπτώματα εσωτερικοποίησης και εξωτερίκευσης. Πέντε από τις οκτώ μελέτες ανέφεραν μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην έκθεση στη βία και στα εξωτερικευόμενα προβλήματα, ενώ τρεις μελέτες ανέφεραν μια σύνδεση μεταξύ της έκθεσης στη βία και της εσωτερικοποίησης της συμπεριφοράς. Ωστόσο, η έρευνα δεν έκανε διάκριση μεταξύ των τύπων βίας ούτε περιείχε βία που σχετίζεται με τον πόλεμο.

Μια μελέτη των Hodges και συνεργατών (2013), έδειξε συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τραυματικών συμβάντων και της πολυπλοκότητας των συμπτωμάτων. Δηλαδή, σε ένα κλινικό δείγμα παιδιών ηλικίας μεταξύ 8 και 12 ετών, τα παιδιά που εκτέθηκαν σε πολλαπλά τραυματικά γεγονότα κατέδειξαν υψηλότερη πολυπλοκότητα συμπτωμάτων. Λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τα πρότυπα ψυχικής υγείας ατόμων που εκτέθηκαν σε βία που σχετίζεται με τον πόλεμο. Μια μελέτη έδειξε ότι η συννοσηρότητα μεταξύ PTSD και διαταραχής της διάθεσης ήταν 13,5 φορές υψηλότερη για ενήλικες Παλαιστίνιους που είχαν βιώσει βία από ότι για Παλαιστίνιους που δεν είχαν βιώσει βία (Jong et al, 2003).

Σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η απειλή του πολέμου και η έκθεση στη βία, οι κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες, η ανεργία, η έλλειψη στέγης, το άγχος επιβίωσης αλλά και η ανησυχία για την έκβαση είτε του αιτήματος ασύλου είτε του αιτήματος για οικογενειακή επανένωση σε συνύπαρξη με τον ρατσισμό και την αποστέρηση καθώς και την απώλεια αγαπημένων προσώπων οδηγούν σε υψηλά ποσοστά Κατάθλιψης, PTSD, γενικευμένου άγχους, συμπτώματα επιθετικότητας καθώς και σε εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα συμπτώματα.

2.8 Σκοπός έρευνας:

Στην παρούσα ερευνητική εργασία θα γίνει προσπάθεια σύγκρισης της ΠΖΣχΥ των παιδιών και εφήβων προσφυγικών οικογενειών από Συρία και Αφγανιστάν που διαμένουν σε κτήρια και αυτόνομα διαμερίσματα στην Αττική.

2.9 Ερευνητικές υποθέσεις :

- Υπάρχουν διαφορές στην ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία των παιδιών και των εφήβων που προέρχονται από τη Συρία και των παιδιών από το Αφγανιστάν.
- Υπάρχουν διαφορές σε εσωτερικευόμενα και εξωτερικευόμενα προβλήματα μεταξύ των παιδιών και των εφήβων από τη Συρία και το Αφγανιστάν.
- Όσο αυξάνεται η ηλικία των παιδιών – εφήβων και των δύο εθνικοτήτων τόσο μειώνονται οι δείκτες ποιότητας ζωής τους.
- Το μορφωτικό, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η ψυχική υγεία των γονέων των παιδιών – εφήβων από Αφγανιστάν και Συρία πιθανόν να επηρεάζει τα επίπεδα ποιότητας ζωής τους.
- Οι δείκτες Ποιότητας Ζωής και των δύο εθνικοτήτων μεγαλώνουν όσο αυτοί παραμένουν σε ένα σταθερό και προστατευμένο περιβάλλον ασφάλειας μακριά από τραυματικά γεγονότα και συγκρούσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Χρόνος και τόπος διεξαγωγής

Η παρούσα συγκριτική έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2019 - Μάρτιος 2020. Η προσέγγιση του δείγματος έγινε στα Γραφεία των Κοινωνικών Υπηρεσιών του Μη Κερδοσκοπικού σωματείου της Κάριτας Αθήνας - Φιλανθρωπικής Οργάνωσης της Καθολικής Εκκλησίας.

3.2 Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 120 παιδιά και έφηβοι, 60 από Αφγανιστάν και 60 από Συρία που διαμένουν με τις οικογένειές τους σε διαμερίσματα που παρέχει η οργάνωση Caritas σε συνεργασία με την CRS και την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ στα πλαίσια του προγράμματος Στέγασης ESTIA. Τα παιδιά ήταν αγόρια και κορίτσια ηλικίας από εννέα (9) έως δεκαοκτώ (18) ετών τα οποία ήταν εγγεγραμμένα σε ελληνικά δημόσια σχολεία. Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 13,1 έτη ($SD=2,5$ έτη).

Κριτήρια συμμετοχής του δείγματος στην έρευνα αποτέλεσαν τα παρακάτω:

- 1) Η υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης από τουλάχιστον ένα γονέα των παιδιών και των εφήβων και η προφορική αποδοχή των ίδιων των παιδιών και των εφήβων για τη συμμετοχή στην έρευνα.
- 2) Η ηλικία των παιδιών να είναι μεταξύ 9- 18 ετών.
- 3) Τα παιδιά να είναι εγγεγραμμένα και να φοιτούν σε δημόσια ελληνικά ή διαπολιτισμικά σχολεία.

3.3 Διαδικασία

Αφού δόθηκε η άδεια χορήγησης των ερωτηματολογίων από την τότε διεύθυνση της Caritas Athens/Κάριτας Αθήνας (σωματείο Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ΜΚΟ) - Φιλανθρωπική Οργάνωση της Καθολικής, στην οποία εργαζόταν η ερευνήτρια ως Κοινωνική Λειτουργός το χρονικό διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας, ξεκίνησε η ερευνητική

διαδικασία. Αρχικά, η ερευνήτρια ενημερώθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς των διαμερισμάτων για τις οικογένειες που είχαν παιδιά στις ηλικίες που απαιτούσε η έρευνα δηλαδή 9 ετών έως 18 και βρίσκονταν στην Ελλάδα από ένα μήνα έως 3 χρόνια. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν πρόσβαση σε βάση δεδομένων που χρησιμοποιεί η οργάνωση για την καταγραφή των οικογενειών και τηρεί αρχείο. Έτσι ήταν εφικτή η προσέγγιση όλων των οικογενειών που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής έχοντας εκτυπώσει λίστες με τα ονόματά τους, τα τηλέφωνα επικοινωνίας τους καθώς και τις ηλικίες των παιδιών τους.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πραγματοποίησαν τηλεφωνική επικοινωνία με τις οικογένειες με τη συνεργασία του διερμηνέα και αφού έγινε μία σύντομη ενημέρωση για την έρευνα και εκείνοι αποδέχτηκαν τη συμμετοχή των παιδιών τους, ορίστηκαν συγκεκριμένες ημερομηνίες και ώρες που θα έρχονταν με τα παιδιά για να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια. Οι οικογένειες που δέχτηκαν τη συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα, προσήλθαν στα ραντεβού και ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια σε γλώσσα που κατανοούν με την υποστήριξη διερμηνέα. Οι διερμηνείς ενημέρωσαν τους γονείς για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας καθώς και για το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων που θα συμπλήρωναν τα παιδιά τους και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Τα παιδιά και οι έφηβοι επίσης ερωτήθηκαν εάν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν. Επίσης δόθηκε στους γονείς το έντυπο συγκατάθεσης (Παράρτημα 1) σε γλώσσα την οποία κατανοούν και υπέγραψαν εφόσον συμφωνούσαν. Στο έντυπο συγκατάθεσης υπήρχε κείμενο το οποίο εξηγούσε γραπτώς το σκοπό της έρευνας, επίσης, διαβεβαίωνε τους γονείς ότι οι πληροφορίες που θα δοθούν θα διατηρηθούν ανώνυμες και απόρρητες. Επιπρόσθετα, ενημέρωναν ότι η παρούσα έρευνα δεν εκθέτει τους συμμετέχοντες σε κίνδυνο της προσωπικής και σωματικής τους ακεραιότητας και υγείας αντιθέτως στόχο έχει την διερεύνηση δυσκολιών και ελλειμμάτων στην ποιότητα ζωής τους με στόχο το βέλτιστο συμφέρον αυτών και των παιδιών τους.

Τα ερωτηματολόγια των οικογενειών από το Αφγανιστάν συμπληρώθηκαν και συλλέχτηκαν σε χώρο των γραφείων της οργάνωσης της Κάριτας Αθήνας σε 10 συναντήσεις. Στις συναντήσεις αυτές συμμετείχαν και οι συνολικά 5 κοινωνικοί λειτουργοί των οικογενειών (2 μέρες ο καθένας) οι οποίοι παράλληλα με τα παιδιά συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια των δημογραφικών στοιχείων της κάθε οικογένειας και των επιπλέον στοιχείων που ζητούνταν. Όταν τα παιδιά ολοκλήρωναν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ο κάθε Κοινωνικός Λειτουργός επισύναπτε στα ερωτηματολόγια των παιδιών, το ερωτηματολόγιο των δημογραφικών στοιχείων της οικογένειας και στη συνέχεια τα παρέδιδε στον ερευνητή. Ο ερευνητής συμπλήρωνε κατά αύξοντα αριθμό στο εξώφυλλο του ερωτηματολογίου τον μοναδικό αριθμό της κάθε οικογένειας που αποτυπώνεται σε αυτά.

Τα παιδιά συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια με τη διακριτική παρουσία του διερμηνέα αλλά και του ερευνητή. Δόθηκαν οδηγίες στη γλώσσα τους και διαβεβαιώθηκαν πως οι απαντήσεις δεν θα κοινοποιηθούν στους γονείς τους ή σε άλλο άτομο καθώς επισημάνθηκε να μην γράψουν πουθενά το όνομά τους αλλά μόνο την ηλικία τους όπου ζητείται. Στα παιδιά που δεν ήξεραν ανάγνωση στη γλώσσα τους η συμπλήρωση έγινε με τη βοήθεια του διερμηνέα στη γλώσσα του παιδιού. Ήταν πολύ σημαντικό τα παιδιά να αισθάνονται ασφαλή και ήρεμα κατά την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Για το λόγο αυτό ακολουθήθηκαν τα παρακάτω υποδεικνυόμενα βήματα της διαδικασίας χορήγησης: 1. Έγιναν οι συστάσεις και η χορήγηση του ερωτηματολογίου. Η ερευνήτρια παρουσίασε την αρμόζουσα συμπεριφορά προς τους συμμετέχοντες δηλαδή ήταν φιλική, επιδείκνυε σεβασμό, ενέπνεε εμπιστοσύνη και ήταν υποστηρικτική, αλλά όχι κατευθυντήρα. 2. Εξήγησε το σκοπό της μελέτης και του ερωτηματολογίου. 3. Ενημέρωσε τους συμμετέχοντες ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική, αλλά συνιστά πολύ χρήσιμη και βοηθητική πηγή πληροφόρησης για τον ερευνητή. 4. Τόνισε στους συμμετέχοντες ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν είναι σημαντικές και ότι έπρεπε να αντανακλούν την προσωπική τους άποψη. Διαβεβαίωσε επίσης τους συμμετέχοντες ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. 5. Ενημέρωσε τους συμμετέχοντες ότι μπορούν να μην συμπληρώσουν κάποια απάντηση αν δεν το επιθυμούν, αλλά τους ενθάρρυνε να συμπληρώσουν όλες τις ερωτήσεις. 6. Φρόντισε ώστε οι συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ατομικά, απερίσπαστα και διασφάλισαν το να μην δουν τις απαντήσεις άλλοι. 7. Αν κάποιες ερωτήσεις δεν είχαν απαντηθεί, ενθάρρυνε τους συμμετέχοντες να δώσουν απαντήσεις, χωρίς όμως να είναι πιεστική. 8. Ευχαριστούσε τους συμμετέχοντες και τοποθετούσε τα ερωτηματολόγια κάθε φορά που ολοκληρωνόταν σε ασφαλές μέρος προκειμένου να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε περίπου 30 λεπτά στο κάθε παιδί και 20 λεπτά στον κάθε κοινωνικό λειτουργό ανά οικογένεια. Από τις 40 οικογένειες Αφγανών που προτάθηκε η συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα, οι 37 οικογένειες δέχτηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια ώστε να συμπληρωθεί ο αριθμός του δείγματος ο οποίος ήταν 60 παιδιά από Αφγανιστάν που είτε ανήκαν είτε όχι στην ίδια οικογένεια

Με αντίστοιχο τρόπο συμπληρώθηκαν και τα ερωτηματολόγια από τις οικογένειες από τη Συρία με τη διαφορά ότι χρειάστηκαν περισσότερες συναντήσεις (20) λόγω μη προσέλευσης στο καθορισμένο ραντεβού και αναβλητικότητας των οικογενειών.

3.4 Εργαλεία Μέτρησης

Τα εργαλεία μέτρησης που συμπληρώθηκαν ήταν τα παρακάτω:

1) Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων στα ελληνικά (παράρτημα 2): Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια. Συμπληρώθηκε από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς των οικογενειών και περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των γονιών και των παιδιών τους. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αφορούσαν τη χώρα καταγωγής, τον αριθμό των ανήλικων και ενήλικων τέκνων της οικογένειας, το φύλο την ηλικία και την τάξη στην οποία φοιτούν στο παρόν τα παιδιά που συμμετέχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε στοιχεία της οικογένειας όπως τα χρόνια φοίτησης των γονέων στο σχολείο στην χώρα καταγωγής, το επάγγελμα στη χώρα καταγωγής καθώς και αν βρίσκονται και οι δύο γονείς στην Ελλάδα. Έπειτα το ερωτηματολόγιο αναφέρεται στους λόγους μετανάστευσης και στο χρόνο παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα αναφέρεται στις συνθήκες ζωής στο παρόν αλλά και στο καθεστώς με το οποίο βρίσκονται στη Χώρα τη δεδομένη στιγμή (πχ αιτούντες άσυλο, κάτοχοι άδειας διαμονής κτλ). Ακόμα ένας πυλώνας που αναφέρει το ερωτηματολόγιο αφορά στην ένταξη των οικογενειών και στην προσαρμογή τους με ερωτήσεις που αφορούν την παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα. Η Θρησκεία επίσης αναφέρεται στο ερωτηματολόγιο καθώς και οι προσδοκίες για το μέλλον. Τέλος το ερωτηματολόγιο αναφέρεται σε ένα συνοπτικό γενικό ιατρικό ιστορικό που αφορά σε όλα τα μέλη της οικογένειας.

2) Ερωτηματολόγιο της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής για Παιδιά και Νέους KIDSCREEN-52 σε Αραβικά και Φαρσί: Αφού δόθηκε ενυπόγραφη άδεια από το KIDSCREEN group για τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στα Αραβικά και στα Φαρσί στην ερευνήτρια, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τα παιδιά και τους εφήβους. Διερευνά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων. Το KIDSCREEN-52 είναι ένα ερωτηματολόγιο, σταθμισμένο σε 14ευρωπαϊκές χώρες, που απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας από 8-18 ετών (Ravens-64Sieberer et al., 2005). Αποτελείται από 52 ερωτήσεις που αφορούν τις εξής διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων: (α) σωματική ευεξία που αφορά το

επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας, της ενεργητικότητας και της φυσικής κατάστασης, (β) ψυχολογική ευεξία που αφορά την ψυχική κατάσταση των ατόμων, τα συναισθήματά τους και την ικανοποίηση τους από τη ζωή, (γ) διάθεση και συναισθήματα που αφορά στην εμπειρία καταθλιπτικής διάθεσης και πιεστικών συναισθημάτων, (δ) αυτοαντίληψη που αφορά στο αν τα άτομα αντιλαμβάνονται τη σωματική τους εμφάνιση θετικά ή αρνητικά, (ε) αυτονομία που αφορά το βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να καθορίζουν το χρόνο που διαθέτουν στις κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητές τους, (στ) οι σχέσεις με τους γονείς και η οικογενειακή ατμόσφαιρα που αφορά στις αντιλήψεις των παιδιών για το κλίμα που επικρατεί στο σπίτι τους, (ζ) η κοινωνική υποστήριξη και οι σχέσεις με τους συνομήλικους που αφορά στη διερεύνηση της φύσης των σχέσεων των ατόμων με άλλους, συνομήλικους και μη, (η) το σχολικό περιβάλλον που αφορά τόσο την αντίληψη των ατόμων για τις γνωστικές τους ικανότητες, τη μάθηση και τη συγκέντρωσή τους όσο και τα συναισθήματα που έχουν απέναντι στο σχολείο, (θ) η κοινωνική αποδοχή (σχολικός εκφοβισμός) που αφορά στο αίσθημα των ατόμων κατά πόσο είναι αποδεκτοί από τους συμμαθητές τους στο σχολείο και (ι) οι οικονομικοί πόροι που αφορούν στην αντίληψη των παιδιών σχετικά με την οικογενειακή οικονομική τους κατάσταση (Ravens-Sieberer et al., 2005). Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο KIDSCREEN-52 δίνονταν σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert, προκειμένου να μετρηθεί είτε η συχνότητα συγκεκριμένων συμπεριφορών ή συναισθημάτων, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο ποτέ και το 5 στο πάντα, είτε η ένταση μιας στάσης ή συμπεριφοράς, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο καθόλου και το 5 στο υπερβολικά.

3)Ερωτηματολόγιο δυνατοτήτων και δυσκολιών SDQ μεταφρασμένο στα Φαρσί και στα Αραβικά. Το SDQ είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο ανίχνευσης της συμπεριφοράς. Απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 3-16 ετών. Χρησιμοποιείται από εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας και ερευνητές. Συμπληρώνεται από γονείς, εκπαιδευτικούς και παιδιά. Το πρώτο μέρος περιέχει 25 προτάσεις-χαρακτηριστικά δυσκολιών χωρισμένα σε 5 κλίμακες. Το δεύτερο μέρος είναι ένα παράρτημα που αφορά τις επιπτώσεις των δυσκολιών στο παιδί και στο περιβάλλον του. Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις για χρήση μετά από παρέμβαση. Το πρώτο μέρος, αποτελείται από 5 κλίμακες που εξετάζουν: Συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα επικοινωνίας, Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής, , προβλήματα στις σχέσεις με συνομηλίκους, θετική κοινωνική συμπεριφορά (προκοινωνική). Το δεύτερο μέρος Απευθύνεται σε άτομα που παρουσιάζουν δυσκολίες σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω περιοχές: Συναισθήματα, συγκέντρωση, συμπεριφορά, δυνατότητα να τα πηγαίνει καλά με τους άλλους ανθρώπους. Οι ερωτήσεις αφορούν τη διάρκεια των δυσκολιών, την ανησυχία/αναστάτωση και την κοινωνική ανεπάρκεια που προκαλούν αυτές οι δυσκολίες στα παιδιά και στους εφήβους.

3.5 Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 19. Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α .

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman της. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης της κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες SDQ και KIDSCREEN-52 από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης για τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Το δείγμα αποτελείται από 120 παιδιά που προήλθαν από 63 οικογένειες. Η μέση ηλικία των παιδιών ήταν 13,1 έτη (SD=2,5 έτη). Τα μισά παιδιά (N=60) κατάγονταν από τη Συρία και τα υπόλοιπα μισά (N=60) από το Αφγανιστάν. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν αγόρια, με το ποσοστό να είναι 55,8%.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των παιδιών στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

		Σύνολο ατόμων (N=120, 100%)		Χώρα καταγωγής				P
				Συρία (N=60, 50%)		Αφγανιστάν (N=60, 50%)		
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο παιδιού	Αγόρια	67	55,8	36	60,0	31	51,7	0,358+
	Κορίτσια	53	44,2	24	40,0	29	48,3	
Ηλικία παιδιού, μέση τιμή (SD)		13,1 (2,5)		12,2 (1,9)		13,9 (2,7)		<0,001‡
Χρόνια φοίτησης στο σχολείο στη Χώρα καταγωγής, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		3,8 (2,7)	4 (1,5 – 6)	3,2 (2,3)	3 (1 – 5,5)	4,3 (2,9)	5 (2 – 6)	0,054‡‡
Σειρά γέννησης, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,8 (1)	2 (1 – 2)	1,9 (0,9)	2 (1 – 2)	1,8 (1,1)	1 (1 – 2)	0,124‡‡
Χώρα γέννησης	Συρία	60	50,0	60	100,0	0	0,0	1,000+
	Αφγανιστάν	60	50,0	0	0,0	60	100,0	
Σύνολο αδελφών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,9 (1,6)	3 (2 – 4)	2,6 (1,3)	2 (2 – 4)	3,2 (1,8)	3 (2 – 4)	0,059‡‡
Αδέρφια που δεν	Κανένα	101	84,2	56	93,3	45	75,0	0,004+++
	Ένα	11	9,2	4	6,7	7	11,7	

βρίσκονται με την οικογένεια	Δύο	8	6,7	0	0,0	8	13,3	
Φυλή	Χαζαρά	23	40,4	-	-	23	40,4	-
	Παστού	2	3,5	-	-	2	3,5	
	Τατζικ	31	54,4	-	-	31	54,4	
	Φαρς	1	1,8	-	-	1	1,8	

+Pearson's χ^2 test ++Fisher's exact test †Student's t-test ‡Mann-Whitney test

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία των γονιών των παιδιών που αφορούν στη χώρα καταγωγής τους, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

Πίνακας 2. Εκπαίδευση και εργασία των γονιών στη χώρα καταγωγής τους.

		Σύνολο ατόμων (N=120, 100%)		Χώρα καταγωγής				P
		N	%	Συρία (N=60, 50%)		Αφγανιστάν (N=60, 50%)		
				N	%	N	%	
Χρόνια φοίτησης στο σχολείο στη Χώρα καταγωγής (πατέρας), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		5,2 (4,3)	6 (0 – 9)	7,8 (3,4)	9 (6 – 9)	3 (3,8)	0 (0 – 6)	<0,001†‡
Χρόνια φοίτησης στο σχολείο στη Χώρα καταγωγής (μητέρα), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		4,6 (4,2)	5 (0 – 9)	6 (3,4)	6 (5 – 9)	3,1 (4,3)	0 (0 – 5)	<0,001†‡
Εργασία στη Χώρα καταγωγής (πατέρας)	Όχι	7	6,7	0	0,0	7	11,7	0,020++
	Ναι	97	93,3	44	100,0	53	88,3	
Αν ναι, τι	ΕΡΓΑΤΗΣ ΣΕ ΣΦΑΓΕΙΟ	2	1,7	0	0,0	2	3,3	-
	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	37	30,8	10	16,7	27	45,0	
	ΕΡΓΑΤΗΣ ΣΕ ΑΠΟΘΗΚΗ	2	1,7	2	3,3	0	0,0	
	ΕΡΓΑΤΗΣ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	1	,8	0	0,0	1	1,7	
	ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΣ	13	10,8	7	11,7	6	10,0	
	ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΩΝ	6	5,0	6	10,0	0	0,0	
	ΜΟΔΙΣΤΡΑ	2	1,7	0	0,0	2	3,3	
	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	4	3,3	0	0,0	4	6,7	

	ΜΙΚΡΟΠΩΛΗΤΗΣ	9	7,5	6	10,0	3	5,0	
	ΔΑΣΚΑΛΟΣ/Α	2	1,7	2	3,3	0	0,0	
	ΠΡΟΠΟΝΗΤΗΣ ΑΘΛ.ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	2	1,7	0	0,0	2	3,3	
	ΕΡΓΑΤΗΣ ΧΑΛΙΩΝ	2	1,7	0	0,0	2	3,3	
	ΡΕΣΕΨΙΟΝΙΣΤ	4	3,3	2	3,3	2	3,3	
	ΕΥΛΟΥΡΓΟΣ	7	5,8	5	8,3	2	3,3	
	ΓΕΩΠΟΝΟΣ	1	,8	1	1,7	0	0,0	
	ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	1	,8	1	1,7	0	0,0	
	ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗΣ	2	1,7	2	3,3	0	0,0	
	ΑΓΝΩΣΤΟ	16	13,3	16	26,7	0	0,0	
Εργασία στη Χώρα καταγωγής (μητέρα)	Όχι	8	6,8	7	12,1	1	1,7	0,030++
	Ναι	110	93,2	51	87,9	59	98,3	
Αν ναι, τι	ΒΟΗΘΟΣ ΜΑΓΕΙΡΑ	1	,8	0	0,0	1	1,7	-
	ΟΙΚΙΑΚΑ	81	67,5	35	58,3	46	76,7	
	ΜΟΔΙΣΤΡΑ	12	10,0	6	10,0	6	10,0	
	ΔΑΣΚΑΛΟΣ/Α	7	5,8	4	6,7	3	5,0	
	ΚΟΜΜΩΤΡΙΑ	8	6,7	6	10,0	2	3,3	
	ΓΕΩΠΟΝΟΣ	1	,8	0	0,0	1	1,7	
	ΑΓΝΩΣΤΟ	2	1,7	2	3,3	0	0,0	

++Fisher's exact test **Mann-Whitney test

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην παραμονή των παιδιών στην Ελλάδα, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

Πίνακας 3. Στοιχεία που αφορούν στην παραμονή των παιδιών στην Ελλάδα, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

	Σύνολο ατόμων (N=120, 100%)	Χώρα καταγωγής		P
		Συρία (N=60, 50%)	Αφγανιστάν (N=60, 50%)	

		N	%	N	%	N	%	
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι	19	15,8	9	15,0	10	16,7	<0,001+
	Ναι	74	61,7	28	46,7	46	76,7	
	Πατέρας πέθανε ή αγνοείται	27	22,5	23	38,3	4	6,7	
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		21,8 (9,8)	20 (16 – 24)	20,8 (10,5)	19 (15 – 24)	22,9 (9)	22 (19 – 28)	0,016 ^{‡‡}
Αναφερόμενοι λόγοι μετανάστευσης	Οικονομικοί	13	10,8	0	0,0	13	21,7	<0,001++
	Κοινωνικοί	27	22,5	2	3,3	25	41,7	
	Ταλιμπάν	16	13,3	0	0,0	16	26,7	
	Οικογενειακές διαφορές	2	1,7	0	0,0	2	3,3	
	Πόλεμος	62	51,7	58	96,7	4	6,7	
Διάρκεια ταξιδιού (μήνες), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,4 (3,5)	1,5 (1 – 2)	2 (2,6)	1 (1 – 2)	2,7 (4,2)	2 (1 – 2)	0,102 ^{‡‡}
Διαμένουν σε αυτόνομο διαμέρισμα	Όχι	12	10,0	9	15,0	3	5,0	0,068+
	Ναι	108	90,0	51	85,0	57	95,0	
Διαμένουν σε κτήριο με ομοεθνείς	Όχι	49	40,8	20	33,3	29	48,3	0,095+
	Ναι	71	59,2	40	66,7	31	51,7	
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι	40	33,3	14	23,3	26	43,3	0,020+
	Ναι	80	66,7	46	76,7	34	56,7	
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 6 μήνες	4	3,3	0	0,0	4	6,7	0,001++
	Περισσότερο από 6 μήνες	23	19,2	19	31,7	4	6,7	
	Περισσότερο από 1 έτος	93	77,5	41	68,3	52	86,7	
Στάδιο διαδικασίας Ασύλου	Αίτημα Ασύλου στην Ελλάδα – Αναμονή απάντησης	30	25,0	13	21,7	17	28,3	<0,001++
	Αίτημα Ασύλου στην Ελλάδα – Αναμονή για 1η συνέντευξη	10	8,3	6	10,0	4	6,7	
	Αίτημα	8	6,7	0	0,0	8	13,3	

	οικογενειακής επανένωσης με συγγενή σε άλλη χώρα							
	Κάτοχοι άδειας διαμονής - πρόσφυγες	59	49,2	39	65,0	20	33,3	
	Κάτοχοι άδειας διαμονής - επικουρική προστασία	6	5,0	0	0,0	6	10,0	
	πρώτη απορριπτική	5	4,2	0	0,0	5	8,3	
	δεύτερη απορριπτική	2	1,7	2	3,3	0	0,0	
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (πατέρας)	Ναι	46	56,8	5	17,9	41	77,4	<0,001+
	Όχι	35	43,2	23	82,1	12	22,6	
	Δεν γνωρίζουμε	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (μητέρα)	Ναι	31	26,1	8	13,3	23	39,0	<0,001++
	Όχι	83	69,7	52	86,7	31	52,5	
	Δεν γνωρίζουμε	5	4,2	0	0,0	5	8,5	
Εργάζεται ο πατέρας στο παρόν;	Όχι	66	82,5	17	63,0	49	92,5	0,003++
	Ναι	14	17,5	10	37,0	4	7,5	
Αν ναι, τι	ΕΡΓΑΤΗΣ ΣΕ ΣΦΑΓΕΙΟ	4	5,0	0	0,0	4	7,5	-
	ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	10	12,5	10	37,0	0	0,0	
Εργάζεται η μητέρα στο παρόν;	Όχι	98	90,7	54	100,0	44	81,5	0,001+
	Ναι	10	9,3	0	0,0	10	18,5	
Αν ναι, τι	ΟΙΚΙΑΚΑ	8	7,1	0	0,0	8	13,6	-
	ΜΟΔΙΣΤΡΑ	2	1,8	0	0,0	2	3,4	
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ	5	4,4	0	0,0	5	8,5	
Μπορούν να πηγαίνουν σε μέρη/τζαμί να προσεύχονται στην Αθήνα;	Ναι	105	87,5	48	80,0	57	95,0	0,013+
	Όχι	15	12,5	12	20,0	3	5,0	
Που επιθυμούν να μείνουν	Ελλάδα	73	60,8	35	58,3	38	63,3	0,004++
	Γερμανία	32	26,7	20	33,3	12	20,0	

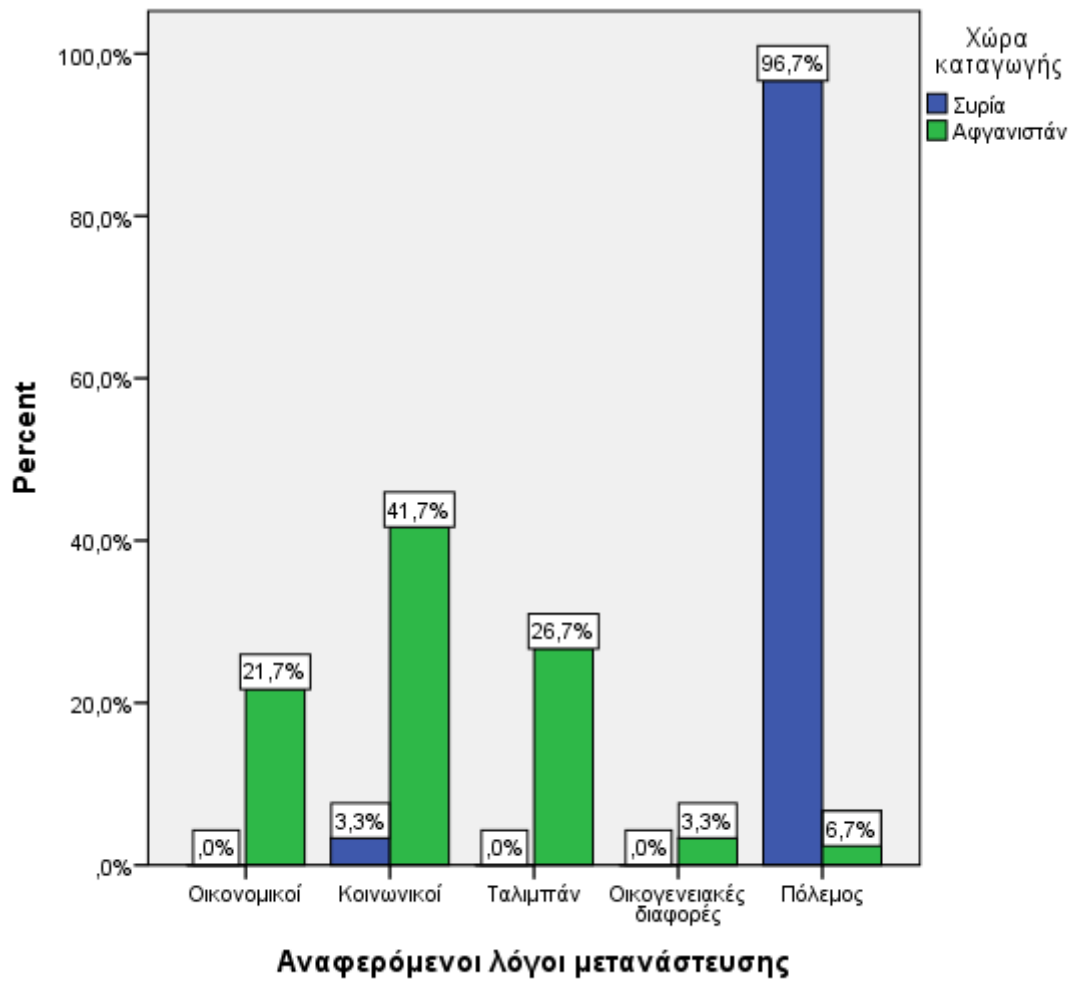
	Γαλλία	3	2,5	0	0,0	3	5,0
	Σουηδία	3	2,5	3	5,0	0	0,0
	Ολλανδία	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ελβετία	7	5,8	0	0,0	7	11,7
	Επαναπατρισμός	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Αυστρία	2	1,7	2	3,3	0	0,0

+Pearson's χ^2 test ++Fisher's exact test ‡Mann-Whitney test

Τα παιδιά από το Αφγανιστάν είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό και τους δύο γονείς στην Ελλάδα σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία. Ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στα παιδιά από το Αφγανιστάν. Οι δύο ομάδες παιδιών διέφεραν σημαντικά ως προς το λόγο μετανάστευσης. Τα παιδιά από το Αφγανιστάν μοιράζονταν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια και βρίσκονταν στην οργάνωση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Το στάδιο διαδικασίας ασύλου και η χώρα που επιθυμούσαν να μείνουν οι οικογένειες, διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των παιδιών που ήταν κάτοχοι άδειας διαμονής - πρόσφυγες ήταν υψηλότερο στα παιδιά από τη Συρία. Οι γονείς των παιδιών από το Αφγανιστάν παρακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα ένταξης σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία. Το ποσοστό των παιδιών με εργαζόμενο πατέρα στην Ελλάδα ήταν υψηλότερο στα παιδιά από τη Συρία ενώ το ποσοστό των παιδιών με εργαζόμενη μητέρα στην Ελλάδα ήταν υψηλότερο στα παιδιά από το Αφγανιστάν.

Οι λόγοι μετανάστευσης των παιδιών δίνονται στο γράφημα 1 που ακολουθεί ανάλογα με τη χώρα καταγωγής τους.

Γράφημα 1. Λόγοι μετανάστευσης



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην υγεία παιδιών και γονιών, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

Πίνακας 4. Στοιχεία που αφορούν στην υγεία παιδιών και γονιών, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

			Σύνολο ατόμων (N=120, 100%)		Χώρα καταγωγής				P
					Συρία (N=60, 50%)		Αφγανιστάν (N=60, 50%)		
			N	%	N	%	N	%	
Προβλήματα υγείας πατέρας	ΟΧΙ	74	82,2	21	63,6	53	93,0	<0,001+	
	ΝΑΙ	16	17,8	12	36,4	4	7,0		
αν ναι, τι	ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΟΝΟΙ	4	25,0	0	0,0	4	100,0	-	
	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΙΤΗΣ	6	37,5	6	50,0	0	0,0		
	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	3	18,8	3	25,0	0	0,0		
	ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	3	18,8	3	25,0	0	0,0		
Προβλήματα υγείας μητέρα	ΟΧΙ	73	63,5	35	62,5	38	64,4	0,832+	
	ΝΑΙ	42	36,5	21	37,5	21	35,6		
αν ναι, τι	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	9	21,4	3	14,3	6	28,6	-	
	ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΟΝΟΙ	3	7,1	0	0,0	3	14,3		
	ΑΣΘΜΑ	10	23,8	4	19,0	6	28,6		
	ΞΗΡΟΦΘΑΛΜΙΑ	2	4,8	0	0,0	2	9,5		
	ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΙΤΗΣ	4	9,5	0	0,0	4	19,0		
	ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	6	14,3	6	28,6	0	0,0		
	ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2	4,8	2	9,5	0	0,0		
	ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ	4	9,5	4	19,0	0	0,0		
	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ	2	4,8	2	9,5	0	0,0		
Προβλήματα υγείας παιδιού	ΟΧΙ	102	87,2	46	80,7	56	93,3	0,041+	
	ΝΑΙ	15	12,8	11	19,3	4	6,7		
αν ναι, τι	ΚΑΘΥΣΤΕΡΙΜΕΝΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	1	6,7	0	0,0	1	25,0	-	
	ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ	4	26,7	3	27,3	1	25,0		

	ΑΓΩΓΗ							
	ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	1	6,7	0	0,0	1	25,0	
	ΑΣΘΜΑ	4	26,7	3	27,3	1	25,0	
	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΛΟΓΟΥ	1	6,7	1	9,1	0	0,0	
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	6,7	1	9,1	0	0,0	
	ΕΠΙΛΗΨΙΑ	3	20,0	3	27,3	0	0,0	
Φαρμακευτική αγωγή	ΟΧΙ	107	93,9	49	90,7	58	96,7	0,253++
	ΝΑΙ	7	6,1	5	9,3	2	3,3	
Αναπηρία	ΟΧΙ	120	100,0	60	100,0	60	100,0	-
	ΝΑΙ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

+Pearson's χ^2 test ++Fisher's exact test

Το ποσοστό των παιδιών από τη Συρία που είχαν πατέρα με πρόβλημα ήταν 36,4%, το οποίο ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των παιδιών από το Αφγανιστάν που ήταν 7,0%. Ακόμα, το 19,3% των παιδιών από τη Συρία είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών από το Αφγανιστάν ήταν σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 6,7%. Τα ποσοστά λήψης φαρμακευτικής αγωγής ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες, ενώ τα ποσοστά αναπηρίας ήταν μηδενικά και στις δύο ομάδες.

Κλίμακα δυσκολιών (SDQ)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SDQ, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερες δυσκολίες με εξαίρεση τη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά» που υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη συμπεριφορά.

Πίνακας 5. Οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου SDQ, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους

	Σύνολο ατόμων (N=120, 100%)		Χώρα καταγωγής				P Mann-Whitney test
			Συρία (N=60, 50%)		Αφγανιστάν (N=60, 50%)		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Συναισθηματικά Συμπτώματα	3,9 (2,8)	4 (2 – 6)	3,5 (2,8)	3,5 (0 – 6)	4,4 (2,7)	4,5 (2 – 6,5)	0,085
Προβλήματα διαγωγής	2,2 (2)	2 (0 – 3)	1,9 (2,3)	1 (0 – 3)	2,4 (1,6)	2,5 (1 – 3)	0,019
Υπερκινητικότητα	3,8 (2,1)	4 (2 – 5,5)	4 (2,3)	4 (2 – 6)	3,6 (2)	4 (2 – 5)	0,366
Προβλήματα με συνομηλίκους	3,4 (1,6)	3 (2 – 4)	3,3 (1,5)	3 (2 – 4)	3,4 (1,7)	3 (2 – 4)	0,640
Προ-κοινωνική συμπεριφορά	8,5 (1,4)	9 (7 – 10)	8,2 (1,5)	8 (7 – 10)	8,8 (1,3)	9 (8 – 10)	0,021
Συνολική Βαθμολογία SDQ	13,2 (6,5)	13 (8 – 17,5)	12,7 (7)	12 (6 – 17)	13,8 (5,9)	14 (9 – 18)	0,174

Τα παιδιά από το Αφγανιστάν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προβλήματα διαγωγής», υποδηλώνοντας περισσότερες δυσκολίες στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία. Ακόμα, τα παιδιά από το Αφγανιστάν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά», υποδηλώνοντας καλύτερη συμπεριφορά, σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία.

Στους πίνακες που ακολουθούν δίνονται τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. **Για τις αναλύσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί.**

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «συναισθηματικά συμπτώματα»:

Πίνακας 6. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «συναισθηματικά συμπτώματα»:

		β +	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	0,008	0,064	0,905
Ηλικία παιδιού		0,010	0,013	0,457
Σύνολο αδελφών		- 0,039	0,026	0,140
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	0,044	0,095	0,642
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	0,160	0,092	0,085
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	- 0,134	0,072	0,064
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		- 0,003	0,004	0,473
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 0,111	0,072	0,126
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από	0,079	0,116	0,499

		1 έτος		
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,105	0,087	0,229
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	- 0,074	0,066	0,265
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,157	0,101	0,123

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Δεν βρέθηκε κάποιος από τους παράγοντες του παραπάνω πίνακα να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «συναισθηματικά συμπτώματα».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «προβλήματα διαγωγής»:

Πίνακας 6.1. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «προβλήματα διαγωγής»:

		β+	SE++	P
	Αγόρια (αναφορά)			
Φύλο παιδιού	Κορίτσια	- 0,028	0,055	0,618
Ηλικία παιδιού		0,020	0,011	0,074
Σύνολο αδελφών		- 0,001	0,023	0,959
	Συρία (αναφορά)			
Χώρα καταγωγής	Αφγανιστάν	- 0,056	0,083	0,501
	Κανένα (αναφορά)			
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Ένα/ Δύο	- 0,084	0,080	0,292
	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Ναι	- 0,075	0,062	0,232
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,002	0,004	0,501
	Όχι (αναφορά)			
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Ναι	- 0,172	0,062	0,007
	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Περισσότερο από 1έτος	- 0,123	0,101	0,226
	Όχι (αναφορά)			
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Ναι	0,257	0,076	0,001

	Όχι (αναφορά)			
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Ναι	-	0,058	0,800
		0,015		
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,033	0,088	0,705

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Το αν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια και το αν παρακολουθούσαν οι γονείς κάποιο πρόγραμμα ένταξης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «προβλήματα διαγωγής». Συγκεκριμένα:

- Τα παιδιά που μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, υποδηλώνοντας λιγότερες δυσκολίες, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια.
- Τα παιδιά των οποίων τουλάχιστον ένας από τους γονείς παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων κανένας από τους γονείς δεν παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «υπερκινητικότητα»:

Πίνακας 6.2. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «υπερκινητικότητα»:

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-0,005	0,042	0,899
Ηλικία παιδιού		0,019	0,009	0,060
Σύνολο αδελφών		-0,045	0,017	0,011
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-0,039	0,063	0,535
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	0,042	0,061	0,497

Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	0,078	0,048	0,106
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		-0,002	0,003	0,536
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,077	0,048	0,110
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	0,013	0,077	0,871
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,043	0,058	0,458
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,097	0,044	0,031
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,288	0,067	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Το σύνολο των αδερφών, η ύπαρξη προβλήματος υγείας σε γονιό ή στο ίδιο το παιδί βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «υπερκινητικότητα».

Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα αδέρφια είχαν τόσο λιγότερα προβλήματα υπερκινητικότητας είχαν.
 - Τα παιδιά που είχαν κάποιο γονιό με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά λιγότερα προβλήματα υπερκινητικότητας σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κάποιο γονιό με πρόβλημα υγείας.
 - Τα παιδιά με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα υπερκινητικότητας σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας.
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «προβλήματα με συνομήλικους»:

Πίνακας 6.3. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «προβλήματα με συνομήλικους»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-0,031	0,037	0,402
Ηλικία παιδιού		0,001	0,008	0,897
Σύνολο αδελφών		-0,009	0,015	0,547
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-0,013	0,055	0,817
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	0,000	0,053	1,000
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	-0,008	0,042	0,849
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		-0,003	0,002	0,207
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,044	0,042	0,297
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	0,131	0,067	0,054
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,013	0,050	0,792
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,025	0,039	0,513
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,089	0,058	0,131

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Δεν βρέθηκε κάποιος από τους παράγοντες του παραπάνω πίνακα να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «προβλήματα με συνομήλικους».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά»:

Πίνακας 6.4. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	0,013	0,013	0,299
Ηλικία παιδιού		-0,001	0,003	0,724
Σύνολο αδελφών		-0,005	0,005	0,326
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-0,007	0,019	0,723
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	-0,032	0,018	0,081
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	0,030	0,014	0,037
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,002	0,001	0,007
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,014	0,015	0,352
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	-0,031	0,023	0,180
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,028	0,017	0,110
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,003	0,013	0,825
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,080	0,020	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Η ύπαρξη και των δύο γονιών στην Ελλάδα, ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα και η ύπαρξη προβλήματος υγείας στο ίδιο το παιδί βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά». Συγκεκριμένα:

- Τα παιδιά που είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία είχαν στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά» σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα.
- Όσο περισσότερο χρόνο έμεναν στην Ελλάδα τόσο υψηλότερη βαθμολογία είχαν στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά».
- Τα παιδιά με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά» σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή το Total SDQ score:

Πίνακας 6.4. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας SDQ και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση συνολική βαθμολογία SDQ.

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-0,022	0,043	0,605
Ηλικία παιδιού		0,011	0,009	0,226
Σύνολο αδελφών		-0,099	0,049	0,045
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	0,004	0,065	0,956
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	0,050	0,062	0,422
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	-0,020	0,049	0,678
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		-0,005	0,003	0,097
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,033	0,018	0,066
Πόσο χρονικό διάστημα λιγότερο από 12μήνες				

βρίσκονται στην οργάνωση	(αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	0,088	0,079	0,270
Παρακολούθηση	Όχι (αναφορά)			
προγραμμάτων ένταξης στην				
Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Ναι	0,063	0,059	0,293
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,070	0,045	0,127
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,179	0,069	0,010

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Το σύνολο αδερφών και η ύπαρξη προβλήματος υγείας στο ίδιο το παιδί βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία SDQ

. Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερα αδέρφια είχαν τα παιδιά τόσο λιγότερες δυσκολίες είχαν συνολικά.
- Τα παιδιά με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες συνολικά σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας.

Οι συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για την κλίμακα SDQ δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 6.5.

	Cronbach's α
Emotional	0,74
Conduct Problems	0,71
Hyperactivity	0,70
Peer Problems	0,74
Prosocial	0,72

Total SDQ score	0,72
-----------------	------

Όλοι ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία στην κλίμακα αυτή.

Ποιότητα ζωής (KIDSCREEN-52)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους. Οι βαθμολογίες μπορούν να κυμανθούν από 0% έως 100% με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 7. Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις ποιότητας ζωής, στο σύνολο του δείγματος και ανάλογα με την καταγωγή τους.

	Σύνολο ατόμων (N=120, 100%)	Χώρα καταγωγής		P Student's t-test
		Συρία (N=60, 50%)	Αφγανιστάν (N=60, 50%)	
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	
Σωματική ευεξία	64,9 (21,6)	67,5 (21,2)	62,3 (22)	0,185
Ψυχολογική ευεξία	63,7 (22,4)	65,3 (21,6)	62,2 (23,1)	0,446
Διάθεση	61,5 (20,4)	63,9 (22,7)	59,1 (17,7)	0,197
Αντίληψη εαυτού	68 (19,9)	67,9 (18,3)	68,1 (21,6)	0,964
Αυτονομία	68,1 (22,8)	73,5 (23,8)	62,8 (20,5)	0,009
Σχέσεις με οικογένεια	79,2 (19,5)	86,5 (9,5)	72 (23,9)	<0,001
Οικονομικοί πόροι	39,2 (26,2)	46,8 (23,4)	31,5 (26,8)	0,001
Συνομήλικοι	52,7 (16)	54,1 (14,3)	51,3 (17,6)	0,333
Σχολικό περιβάλλον	68,3 (19,3)	67,6 (20)	69 (18,6)	0,680
Κοινωνική αποδοχή	79,2 (23,8)	77,1 (23,9)	81,3 (23,8)	0,341

Τα παιδιά από τη Συρία είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Αυτονομία», «Σχέσεις με οικογένεια» και «Οικονομικοί πόροι», υποδηλώνοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στους συγκεκριμένους τομείς, σε σύγκριση με τα παιδιά από το Αφγανιστάν.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και KIDSCREEN-52.

Πίνακας 8. Συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και KIDSCREEN-52.

		Συναισθηματικά συμπτώματα	Προβλήματα διαγωγής	υπερκινητικότητα	Προβλήματα με συνομήλικους	Προ- κοινωνική συμπεριφορά	Συνολική βαθμολογία SDQ
Σωματική ευεξία	r	-0,28	-0,11	-0,05	-0,12	0,10	-0,21
	P	0,002	0,241	0,552	0,183	0,299	0,020
Ψυχολογική ευεξία	r	-0,21	-0,06	-0,05	0,03	0,06	-0,11
	P	0,019	0,511	0,575	0,764	0,542	0,218
Διάθεση	r	-0,59	-0,34	-0,33	-0,22	0,05	-0,52
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,017	0,581	<0,001
Αντίληψη εαυτού	r	-0,18	-0,17	-0,07	0,00	0,00	-0,16
	P	0,047	0,070	0,426	0,972	0,988	0,074
Αυτονομία	r	-0,21	-0,03	0,00	-0,20	-0,13	-0,13
	P	0,023	0,745	0,984	0,029	0,151	0,142
Σχέσεις με οικογένεια	r	-0,36	-0,15	-0,11	-0,17	0,06	-0,30
	P	<0,001	0,095	0,245	0,064	0,497	0,001
Οικονομικοί πόροι	r	-0,07	-0,13	0,08	-0,22	0,20	0,03
	P	0,425	0,147	0,366	0,016	0,033	0,754
Συνομήλικοι	r	0,13	0,14	-0,23	-0,19	-0,08	-0,23
	P	0,143	0,121	0,012	0,040	0,379	0,011
Σχολικό περιβάλλον	r	-0,24	-0,14	-0,20	-0,08	0,15	-0,25
	P	0,009	0,134	0,025	0,374	0,103	0,006
Κοινωνική αποδοχή	r	-0,14	-0,07	-0,14	-0,23	-0,06	-0,19
	P	0,135	0,427	0,117	0,012	0,499	0,033

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των περισσότερων διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και KIDSCREEN-52. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες δυσκολίες αντιμετώπιζαν τόσο χειρότερη ποιότητα ζωής είχαν τα παιδιά.

Στους πίνακες που ακολουθούν δίνονται τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική ευεξία»:

Πίνακας 9. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σωματική ευεξία»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	1,35	4,38	0,758
Ηλικία παιδιού		-1,00	0,90	0,270
Σύνολο αδελφών		-4,52	1,84	0,016
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-1,49	6,60	0,822
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	5,62	6,35	0,378
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	4,99	4,97	0,317
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,25	0,28	0,384
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,78	5,10	0,461

Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	-5,85	8,03	0,468
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,81	6,07	0,894
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,90	4,64	0,846
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-1,97	7,27	0,787
Total SDQ score		-0,65	0,36	0,072

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Μόνο το σύνολο αδερφών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Σωματική ευεξία». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα αδέρφια είχαν τα παιδιά τόσο χειρότερη ήταν η σωματική τους ευεξία.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχολογική ευεξία»:

Πίνακας 9.1. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και το Total SDQ score. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ψυχολογική ευεξία»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-4,57	4,17	0,276
Ηλικία παιδιού		-2,94	0,86	0,001
Σύνολο αδελφών		-3,61	1,74	0,061
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	3,49	6,27	0,579
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	1,80	6,04	0,766
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			

	Ναι	11,23	4,72	0,019
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,88	0,27	0,001
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-4,21	4,85	0,388
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	-4,72	7,63	0,538
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,98	5,77	0,607
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	8,04	4,41	0,071
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,85	6,91	0,484
Total SDQ score		-0,21	0,34	0,540

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Η ηλικία των παιδιών, η ύπαρξη και των δύο γονιών στην Ελλάδα και ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική ευεξία». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερα σε ηλικία ήταν τα παιδιά τόσο μειωνόταν η ψυχολογική τους ευεξία.
- Τα παιδιά που είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα είχαν κατά 11,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη ψυχολογική ευεξία, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα.
- Όσο περισσότερο χρόνο έμεναν στην Ελλάδα τόσο καλύτερη ήταν η ψυχολογική τους ευεξία.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Διάθεση»:

Πίνακας 9.2. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα

δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Διάθεση»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	0,27	3,26	0,933
Ηλικία παιδιού		-1,25	0,67	0,066
Σύνολο αδελφών		1,70	1,36	0,217
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	6,00	4,90	0,224
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	-5,42	4,72	0,254
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα αγνοείται (αναφορά)	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή			
	Ναι	4,22	3,69	0,256
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,53	0,21	0,012
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,15	3,79	0,969
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1 έτος	-5,64	5,97	0,347
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-9,53	4,51	0,037
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,93	3,45	0,155
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,07	5,40	0,453
Total SDQ score		-1,27	0,27	<0,001

⁺ συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺ τυπικό σφάλμα

Ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα, το αν παρακολουθούσε τουλάχιστον ένας από τους γονείς κάποιο πρόγραμμα ένταξης και τη συνολική βαθμολογία SDQ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Διάθεση». Συγκεκριμένα:

- Όσο περισσότερο χρόνο έμεναν στην Ελλάδα τόσο καλύτερη ήταν η διάθεσή τους.
 - Τα παιδιά των οποίων τουλάχιστον ένας από τους γονείς παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης είχαν κατά 9,53 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα παιδιά που κανένας από τους γονείς τους δεν παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης.
 - Όσο περισσότερες δυσκολίες αντιμετώπιζαν συνολικά τόσο χειρότερη ήταν η διάθεση των παιδιών.
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αντίληψη εαυτού»:

Πίνακας 9.3. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αντίληψη εαυτού»

		β +	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	6,04	3,87	0,122
Ηλικία παιδιού		0,27	0,80	0,739
Σύνολο αδελφών		2,11	1,62	0,195
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	8,70	5,82	0,139
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	-3,92	5,61	0,486
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	-2,38	4,38	0,588
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		-0,01	0,25	0,973
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	16,06	4,50	0,001
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	-9,05	7,09	0,205
Παρακολούθηση προγραμμάτων	Όχι (αναφορά)			

ένταξης στην Αθήνα				
(τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Ναι	-5,36	5,36	0,320
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,16	4,09	0,969
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-5,13	6,41	0,426
Total SDQ score		-0,21	0,32	0,498

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Μόνο το αν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αντίληψη εαυτού». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια είχαν κατά 16,06 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη αντίληψη εαυτού, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αυτονομία»:

Πίνακας 9.4. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αυτονομία»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-2,76	4,39	0,531
Ηλικία παιδιού		-0,11	0,90	0,904
Σύνολο αδελφών		-1,66	1,84	0,368
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-10,25	6,60	0,124
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	2,42	6,36	0,704
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	-0,13	4,97	0,980
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,56	0,28	0,060
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	8,66	4,11	0,043
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1 έτος	-15,26	8,04	0,061
Παρακολούθηση προγραμμάτων στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,38	6,08	0,473
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-4,31	4,64	0,356
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	1,27	7,27	0,862
Total SDQ score		-0,50	0,36	0,163

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Μόνο το αν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αυτονομία». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια είχαν κατά 8,66 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερη αυτονομία, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σχέσεις με οικογένεια»:

Πίνακας 9.5. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σχέσεις με οικογένεια»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-2,52	3,74	0,502
Ηλικία παιδιού		-1,33	0,77	0,088
Σύνολο αδελφών		0,81	1,57	0,608
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-5,59	5,64	0,324
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	-14,36	5,42	0,009
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	-1,26	4,24	0,766
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,04	0,24	0,864
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,68	4,36	0,285
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	-2,04	6,86	0,767
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-6,46	5,19	0,216

ένας από τους γονείς)				
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,41	3,96	0,391
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-8,35	6,21	0,182
Total SDQ score		-0,38	0,31	0,219

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Μόνο το αν υπήρχαν αδέρφια που δεν βρίσκονταν με την οικογένεια βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σχέσεις με οικογένεια». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που είχαν ένα ή παραπάνω αδέρφια τα οποία δεν βρίσκονταν με την οικογένεια είχαν κατά 14,36 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερες σχέσεις με την οικογένεια, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν άλλα αδέρφια τα οποία να βρίσκονται στο εξωτερικό και όχι με την οικογένεια.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Οικονομικοί πόροι»:

Πίνακας 9.7. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Οικονομικοί πόροι»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-2,34	4,65	0,615
Ηλικία παιδιού		-1,08	0,96	0,260
Σύνολο αδελφών		2,01	1,94	0,303
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	2,84	6,99	0,685
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	5,63	6,73	0,405
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	3,60	5,26	0,496
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,43	0,30	0,153
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη	Όχι (αναφορά)			

οικογένεια	Ναι	4,03	5,41	0,458
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	-16,74	8,51	0,062
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-25,99	6,44	<0,001
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-4,02	4,92	0,415
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,16	7,70	0,683
Total SDQ score		0,60	0,38	0,118

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Μόνο το αν παρακολουθούσε τουλάχιστον ένας από τους γονείς κάποιο πρόγραμμα ένταξης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Οικονομικοί πόροι». Συγκεκριμένα, τα παιδιά των οποίων τουλάχιστον ένας από τους γονείς παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης είχαν κατά 25,99 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερους οικονομικούς πόρους, σε σύγκριση με τα παιδιά που κανένας από τους γονείς τους δεν παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συνομήλικου»:

Πίνακας 9.8. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Συνομήλικου»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	1,51	3,36	0,653
Ηλικία παιδιού		0,56	0,69	0,421
Σύνολο αδελφών		-0,49	1,40	0,730
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	-9,58	5,05	0,061
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με Κανένα (αναφορά)				

την οικογένεια	Ένα/ Δύο	3,92	4,86	0,422
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	4,44	3,80	0,245
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		-0,07	0,22	0,748
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,62	3,91	0,357
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	0,93	6,15	0,880
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	4,83	4,65	0,301
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,34	3,55	0,512
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,12	5,56	0,983
Total SDQ score		0,26	0,27	0,341

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Δεν βρέθηκε κάποιος από τους παράγοντες του παραπάνω πίνακα να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «Συνομήλικοι».

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σχολικό περιβάλλον»:

Πίνακας 9.9. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Σχολικό περιβάλλον»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	1,00	3,22	0,758
Ηλικία παιδιού		-4,35	0,66	<0,001
Σύνολο αδελφών		-0,84	1,35	0,537
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	7,00	4,85	0,152
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	-9,20	4,67	0,062
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	0,86	3,65	0,814
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,07	0,21	0,743
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-8,33	3,75	0,073
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση	Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)			
	Περισσότερο από 1έτος	6,50	5,90	0,274
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	3,82	4,46	0,395
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-5,15	3,41	0,134
Προβλήματα υγείας παιδιού	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	9,10	5,34	0,066
Total SDQ score		-0,86	0,26	0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Η ηλικία των παιδιών και η συνολική βαθμολογία SDQ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σχολικό περιβάλλον». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν τα παιδιά τόσο περισσότερα προβλήματα είχαν στο σχολικό τους περιβάλλον.
- Όσο περισσότερες δυσκολίες είχαν τα παιδιά τόσο περισσότερα προβλήματα είχαν στο σχολικό τους περιβάλλον.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική αποδοχή»:

Πίνακας 9.11. Αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων που έγιναν με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία παιδιών και γονιών και τη συνολική βαθμολογία SDQ. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινωνική Αποδοχή»

		β+	SE++	P
Φύλο παιδιού	Αγόρια (αναφορά)			
	Κορίτσια	-4,38	4,36	0,318
Ηλικία παιδιού		1,06	0,90	0,243
Σύνολο αδελφών		-2,66	1,82	0,147
Χώρα καταγωγής	Συρία (αναφορά)			
	Αφγανιστάν	8,81	6,56	0,202
Αδέρφια που δεν βρίσκονται με την οικογένεια	Κανένα (αναφορά)			
	Ένα/ Δύο	9,11	6,31	0,152
Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα	Όχι/ Πατέρας πέθανε ή αγνοείται (αναφορά)			
	Ναι	0,10	4,94	0,983
Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα		0,06	0,28	0,822
Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,49	5,07	0,625
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση		Λιγότερο από 12μήνες (αναφορά)		

	Περισσότερο από 1 έτος	-	7,98	0,034
Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης στην Αθήνα (τουλάχιστον ένας από τους γονείς)	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-9,22	6,04	0,062
Γονιός με πρόβλημα υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-3,47	4,61	0,454
Προβλήματα παιδιού υγείας	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	2,18	7,22	0,763
Total SDQ score		-1,36	0,36	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα

Ο χρόνος που βρίσκονταν στην οργάνωση και τη συνολική βαθμολογία SDQ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «Κοινωνική αποδοχή».

Συγκεκριμένα:

- Τα παιδιά που βρίσκονταν στην οργάνωση περισσότερο από 1 έτος είχαν κατά 17,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη κοινωνική αποδοχή, σε σύγκριση με τα παιδιά που βρίσκονταν στην οργάνωση λιγότερο από 1 έτος.
- Όσο περισσότερες δυσκολίες είχαν τα παιδιά τόσο λιγότερη κοινωνική αποδοχή είχαν.

Οι συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach για την κλίμακα KIDSCREEN δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 9.11.

	Cronbach's α
Σωματική ευεξία	0,80
Ψυχολογική ευεξία	0,88
Διάθεση	0,83
Αντίληψη εαυτού	0,70

Αυτονομία	0,81
Σχέσεις με οικογένεια	0,84
Οικονομικοί πόροι	0,82
Συνομήλικοι	0,71
Σχολικό περιβάλλον	0,78
Κοινωνική αποδοχή	0,81

Όλοι ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία στην κλίμακα αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Συζήτηση

Οι πρόσφυγες εκτίθενται σε πολλαπλά ψυχοτραυματικά γεγονότα και επιβαρύνσεις στην σωματική και ψυχική τους υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας, γεγονότα που επιδρούν στην κατάσταση της υγείας και της ευεξίας και μεταβάλλουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Βασικός σκοπός της έρευνας είναι η σύγκριση της ποιότητας ζωής των παιδιών και των εφήβων από Συρία και Αφγανιστάν που διαμένουν στην Αθήνα με τις οικογένειές τους.

Ο σκοπός της έρευνας επιβεβαιώθηκε καθώς βρέθηκαν διαφορές στην ΠΖΣΧΥ μεταξύ των παιδιών που προέρχονται από τη Συρία και των παιδιών που προέρχονται από το Αφγανιστάν. Τα παιδιά από τη Συρία εμφανίζουν γενικότερα υψηλότερες τιμές στις περισσότερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με τη σωματική και ψυχολογική ευεξία, με τη διάθεση, με τις σχέσεις με συνομηλίκους και ειδικότερα, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Αυτονομία», «Σχέσεις με οικογένεια» και «Οικονομικοί πόροι», υποδηλώνοντας καλύτερη ποιότητα ζωής στους συγκεκριμένους τομείς, σε σύγκριση με τα παιδιά από το Αφγανιστάν. Επίσης, βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των παιδιών των δύο εθνικοτήτων σε εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα προβλήματα. Ερευνητές συνέλεξαν στοιχεία από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον των

παιδιών σχετικά με τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι. Στα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι εγκυρότερος δείκτης πρόβλεψης της ΠΖ των παιδιών ήταν το πατρικό εισόδημα, ενώ ακολουθούσαν τα χαρακτηριστικά του σπιτιού και του σχολείου, η πρόσβαση στο σχολείο και το ποσοστό του ελεύθερου χρόνου που επενδύεται σε εξωσχολικές δραστηριότητες (Jirojanakul et al., 2003).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των Σύριων γονιών ήταν υψηλότερο σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών από το Αφγανιστάν. Οι Σύριοι πατεράδες ήταν πιο πιθανό να βρουν εργασία στην Ελλάδα συγκριτικά με τους Αφγανούς. Το εύρημα αυτό πιθανά συνδέεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας του Αφγανιστάν και την πρόσβαση στην εκπαίδευση. Οι Σύριοι γονείς του δείγματος έχουν περισσότερα χρόνια φοίτησης στο σχολείο συγκριτικά με τους Αφγανούς και είναι πιο πιθανή η εύρεση εργασίας στην Ελλάδα. Τα παιδιά από τη Συρία είχαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό μητέρα που εργαζόταν στη χώρα καταγωγής τους, σε σύγκριση με τα παιδιά από το Αφγανιστάν. Η εργασία και των δύο γονέων σε μια χώρα που βρίσκεται σε πόλεμο θα ήταν απαγορευτική και δεν θα μπορούσε σε καμία περίπτωση να διασφαλίσει την ασφάλεια και προστασία των παιδιών της οικογένειας. Το ποσοστό των παιδιών με εργαζόμενη μητέρα στην Ελλάδα ήταν υψηλότερο στα παιδιά από το Αφγανιστάν. Το εύρημα αυτό πιθανόν σχετίζεται και με την ηλικία των παιδιών του δείγματος που όπως προαναφέρθηκε τα παιδιά από Αφγανιστάν ήταν μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τα παιδιά από τη Συρία. Στα παιδιά μικρότερης ηλικίας είναι απαραίτητη η εποπτεία και η φροντίδα από τους γονείς και ειδικότερα από τη μητέρα όπου συνήθως αναλαμβάνει την αποκλειστική διαπαιδαγώγηση των παιδιών σε αυτούς τους πληθυσμούς.

Οι δύο ομάδες παιδιών διέφεραν σημαντικά ως προς το λόγο μετανάστευσης των οικογενειών, με τον κυριότερο για τα παιδιά από τη Συρία να είναι ο πόλεμος και για τα παιδιά από το Αφγανιστάν να είναι κοινωνικοί λόγοι. Διέφεραν επίσης και ως προς το χρόνο παραμονής στην Ελλάδα. Η διαδικασία αναγνώρισης των οικογενειών και η απόκτηση κάρτας άδειας διαμονής ως πρόσφυγες στην Ελλάδα στο δείγμα μας, φαίνεται περισσότερο εφικτή και πιο άμεση στις οικογένειες από Συρία σε σύγκριση με τις οικογένειες από Αφγανιστάν. Αυτό πιθανά συμβαίνει διότι τα αιτήματα ασύλου των Αφγανών καθυστερούν πολύ περισσότερο συγκριτικά με των Σύριων μιας και οι λόγοι μετανάστευσης που αναφέρουν σχετίζονται συνήθως με οικογενειακές βεντέτες, με φυλετικές διαφορές, με προβλήματα υγείας αλλά και με επιθετικές οργανώσεις όπως οι Ταλιμπάν ενώ των Σύριων είναι ο πόλεμος. Ακόμα, τα παιδιά από το Αφγανιστάν βρίσκονταν στην οργάνωση για σημαντικά μεγαλύτερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με των Σύριων. Η χώρα που επιθυμούσαν να μείνουν οι οικογένειες, διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. το

ποσοστό των οικογενειών που ήταν από Αφγανιστάν και ήθελαν να μείνουν μόνιμα στην Ελβετία ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο των Σύριων.

Το ποσοστό των παιδιών από τη Συρία που είχαν πατέρα με πρόβλημα υγείας ήταν σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των παιδιών από το Αφγανιστάν. Ακόμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών από τη Συρία αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών από το Αφγανιστάν ήταν σημαντικά χαμηλότερο. Σε μία χώρα με πόλεμο όπως η Συρία η πρόσβαση για περίθαλψη και η φροντίδα της υγείας είναι σημαντικά περιορισμένη ή και ανύπαρκτη ακόμα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ολοκλήρωσε μια ταχεία αξιολόγηση στα τέλη Ιουνίου 2011 για να αξιολογήσει τη διαθεσιμότητα και τη λειτουργικότητα των υπηρεσιών υγείας και των πόρων στις πληγείσες περιοχές. Η έρευνα περιελάμβανε 342 κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Κ.Π.Υ.Π.) και 38 νοσοκομεία σε διάφορες πληγείσες επαρχίες: Διαπιστώθηκε ότι περίπου το 43% των Κ.Π.Υ.Π λειτουργούν εν μέρει, και το 2% δεν λειτουργούν, 13% είναι απρόσιτα λόγω μεγάλης απόστασης αυτών από τους ασθενείς. Τα κύρια εμπόδια είναι η έλλειψη ασφάλειας που σχετίζεται με την τρέχουσα κατάσταση, οι μεγάλες αποστάσεις από τα νοσοκομεία και οι δυσκολίες στις διαθέσιμες δημόσιες συγκοινωνίες (12,5%). Αυτά τα ζητήματα υπάρχουν κυρίως στις επαρχίες της Αγροτικής Δαμασκού, Ντάρα, Χομς και Ντερ Ελ Ζορ.. Αυτή η αξιολόγηση είναι περιορισμένη λόγω ζητημάτων ασφάλειας, και της γενικότερης κατάστασης και της ταχείας κλιμάκωσης της κρίσης, αναμένεται ότι οι ανάγκες είναι σε μεγαλύτερη κλίμακα (World Health Organization, 2012). Τα ποσοστά λήψης φαρμακευτικής αγωγής ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες, ενώ τα ποσοστά αναπηρίας ήταν μηδενικά και στις δύο ομάδες.

Τα παιδιά που είχαν κάποιο γονιό με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά λιγότερα προβλήματα υπερκινητικότητας σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν γονείς χωρίς πρόβλημα υγείας. Επίσης, φάνηκε ότι τα παιδιά με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά περισσότερα προβλήματα υπερκινητικότητας σε σύγκριση με τα παιδιά που ήταν υγιή. Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες η ΠΖΣΧΥ των παιδιών και εφήβων επηρεάζεται καθοριστικά από την καθημερινή σωματική τους λειτουργικότητα και ευεξία, και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση αλλά και από βαθύτερες μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο και οι σχέσεις με τους συνομηλίκους (Felder-Puig et al, 2008). Παρότι οι παράγοντες αυτοί δεν είναι καθαρά αιτιολογικοί, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην προσπάθεια βελτίωσης των συνθηκών υγείας των παιδιών μιας κοινωνίας. Επιπρόσθετα μια σουηδική μελέτη σε παιδιά Ιρανών προσφύγων έδειξε ότι η καλή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας λειτουργούσε ως προστατευτικός παράγοντας και συνέβαλε στην ευεξία, στα παιδιά που εμφάνιζαν διαταραχή μετατραυματικού στρες από την έκθεση στον πόλεμο και τη βία. (Almqvist & Broberg., 1999).

Το σύνολο των αδερφών βρέθηκε να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «υπερκινητικότητα». Συγκεκριμένα, όσα περισσότερα αδέρφια είχαν τα παιδιά, τόσο λιγότερα προβλήματα υπερκινητικότητας αντιμετώπιζαν. Το συγκεκριμένο εύρημα θα μπορούσε να συσχετιστεί με τη βιβλιογραφία. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ των αδερφιών, που συνήθως αξιολογείται σε καλές σχέσεις (συναίσθημα αγάπης, οικειότητας, συντροφικότητας και εγγύτητας) αλλά και σύγκρουσης (αντιπαλότητες, εχθρότητα, επιθετικότητα), είναι μια μορφή κοινωνικής υποστήριξης που σχετίζεται με την ψυχολογική προσαρμογή ταυτόχρονα και με την πάροδο του χρόνου ([Buhrmester & Furman 1990](#); [Buist et al. 2013](#); [Kim et al., 2007](#)), επίσης, έχει τη δυνατότητα να προσφέρει στα παιδιά ανθεκτικότητα στο πλαίσιο του κινδύνου για αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα ([Buhrmester 1992](#); [Οι Dunn et al. 1994](#); [Stocker 1994](#)). Οι αρνητικές σχέσεις και η εχθρότητα στη σχέση των αδερφών έχουν συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα εσωτερικευμένων προβλημάτων, όπως συμπτώματα άγχους, καταθλιπτική διάθεση και χαμηλή αυτοεκτίμηση ([Campione-Barr et al. 2013](#); [Οι Dunn et al. 1994α,σι](#); [Padilla-Walker et al. 2010](#); [Stocker 1994](#)).

Το σύνολο αδερφών και η ύπαρξη προβλήματος υγείας στο ίδιο το παιδί βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με το Total SDQ score. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα αδέρφια είχαν τα παιδιά τόσο λιγότερες δυσκολίες είχαν συνολικά. Το γεγονός αυτό ίσως σχετίζεται με το κλίμα και το περιβάλλον της οικογένειας. Τα μεγαλύτερα παιδιά και στις δύο εθνικότητες αναλαμβάνουν την προστασία και φροντίδα των μικρότερων αδερφών με αποτέλεσμα τα δεύτερα να αισθάνονται ασφάλεια και υποστήριξη.

Τα παιδιά με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες συνολικά σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας. Παρότι η παγκόσμια βιβλιογραφία σχετικά με την έρευνα της ΠΖΣχΥ σε μεγάλους πληθυσμούς παιδιών είναι περιορισμένη, υπάρχουν μελέτες που επισημαίνουν την χαμηλότερη ΠΖ σε παιδιά με χρόνιες παθήσεις (Harding, L., 2001) προερχόμενα από χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις (Drukker et al., 2003) και στα κορίτσια (Reinfjell et al., 2006).

Σε πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι η οικονομική στέρηση, η κοινωνική στέρηση και ο αποκλεισμός, η έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία συνθήκες, η αδυναμία πρόσβασης στην εκπαίδευση, η ελλιπής φροντίδα υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση σε αντίστοιχες δομές ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελούν παράγοντες που συσχετίζονται αρνητικά με την ΠΖ των ατόμων και κατά συνέπεια με τους χαμηλούς δείκτες σωματικής και ψυχικής υγείας (Krieger, 2001).

Επίσης, έχει δειχθεί ότι η φτώχεια, η διαμονή σε ακατάλληλα σπίτια και καταυλισμούς και η περιορισμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και στην υγεία οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό και περιθωριοποίηση. Παράγοντας που συνδέεται άμεσα και καθορίζει σημαντικά την ΠΖΣχΥ (Galabuzi, 2006; Kazemipur & Halli, 2003). Ο Galabuzi

(2006) σημειώνει ότι στη μελέτη της ΠΖ των μειονοτικών ομάδων δεν θα πρέπει να παραληφθεί ο ρατσισμός που βιώνουν τα άτομα αυτά στην καθημερινή τους ζωή.

Το σύνολο αδερφών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Σωματική ευεξία». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερα αδέρφια είχαν τα παιδιά τόσο χειρότερη ήταν η σωματική τους ευεξία. Γεγονός που θα μπορούσε να εξηγηθεί με τις αυξημένες ανάγκες μίας πολυμελούς οικογένειας οι οποίες είναι δυσκολότερο να καλυφθούν άμεσα και να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στα προβλήματα και στις δυσκολίες όλων των παιδιών.

Τα παιδιά από το Αφγανιστάν είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό και τους δύο γονείς στην Ελλάδα σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία. Όσον αφορά τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία, πολλές μελέτες έχουν βρει διαφορές στην κατάσταση ευεξίας και υγείας των παιδιών και των εφήβων, ανάλογα με τη δομή της οικογένειας στην οποία ζούσαν, αν και η σχέση φαίνεται να είναι ισχυρότερη με την ψυχική υγεία παρά με τη σωματική υγεία (Tobias et all,2010). Στις περισσότερες μελέτες, η γενική κατάσταση υγείας των παιδιών και των εφήβων που ζουν και με τους δύο γονείς έχει βρεθεί ότι είναι καλύτερη (Scharte et all,2012). Συνήθως, η διαβίωση και με τους δύο γονείς σχετίζεται με καλύτερη απόδοση σε σχέση με μια ποικιλία κοινωνικών, ακαδημαϊκών, συναισθηματικών, συμπεριφορικών και υγειονομικών αποτελεσμάτων (Amato.,2011; Bernardi et all, 2013).

Τα παιδιά που είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα είχαν κατά 11,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη ψυχολογική ευεξία, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα. Οι μακροχρόνιοι χωρισμοί των μελών της οικογένειας συνεπάγονται βαρύ ψυχολογικό τίμημα. Ο παρατεταμένος χωρισμός της οικογένειας επηρεάζει ακόμα πιο πολύ τα παιδιά. Σύμφωνα με ποιοτική μελέτη που στόχευε στη διερεύνηση των αναγκών γονικής υποστήριξης των συριακών γονέων που εγκατέλειψαν πρόσφατα τις εμπόλεμες περιοχές και μεταφέρθηκαν σε στρατόπεδα προσφύγων και καταφύγια στη Συρία και στην Τουρκία, η ψυχική υγεία των παιδιών προσφύγων εν καιρώ πολέμου και συγκρούσεων επηρεάζεται σημαντικά από το οικογενειακό περιβάλλον και την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς αλλά και τους φροντιστές. Η γονική υποστήριξη και επίβλεψη του παιδιού αποτελεί θεμελιώδη προστατευτικό παράγοντα για τα αποτελέσματα του παιδιού. Η ύπαρξη και των δύο γονιών στην Ελλάδα, ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα και η ύπαρξη προβλήματος υγείας στο ίδιο το παιδί βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν και τους δύο γονείς στην Ελλάδα. Το συγκεκριμένο εύρημα ενδεχομένως μπορεί να συσχετιστεί με τη συνοχή της οικογένειας καθώς και περισσότερη φροντίδα από τους γονείς και αφοσίωση στους οικογενειακούς δεσμούς σε σχέση με οικογένειες που διασπάστηκαν για να μπορέσουν να επιβιώσουν

Επιπρόσθετα η διαβίωση και με τους δύο γονείς σχετίζεται με καλύτερη απόδοση σε σχέση με μια ποικιλία κοινωνικών, ακαδημαϊκών, συναισθηματικών, συμπεριφορικών και υγειονομικών αποτελεσμάτων (Amato PR., 2011; Bernardi F et al., 2013). Οι σχέσεις γονέα-παιδιού πιστεύεται ότι συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη των παιδιών και στην ανάπτυξη της προσωπικότητας καθώς επίσης και έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών και στην ψυχική ευεξία (Dwairy M et al., 2010), (Levin et al., 2012). Αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε δυτικές χώρες και στην Ασία έδειξαν ότι όχι μόνο η αντίληψη των γονιών, αλλά και οι τρόποι γονικής μέριμνας, ο υπερβολικός έλεγχος, οι συγκρούσεις και η ζεστασιά σχετίζονται με προβλήματα ψυχικής υγείας των εφήβων (Tammariello et al., 2012). Μελέτες στις ΗΠΑ που πραγματοποιήθηκαν σε εφήβους ηλικίας 11-18 ετών έδειξαν ότι τα παιδιά με θετικά συναισθήματα απέναντι στους γονείς τους είχαν την τάση να έχουν καλή ψυχική υγεία, ενώ εκείνα με αρνητικά συναισθήματα είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβληματική συμπεριφορά (Phares et al., 1998) των παιδιών και στην ψυχική ευεξία (Dwairy M et al., 2010; Levin et al., 2012).

Στις περιπτώσεις που υπήρχαν αδέρφια που δεν βρίσκονταν με την οικογένεια βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σχέσεις με οικογένεια». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που είχαν ένα/δύο αδέρφια που δεν βρίσκονταν με την οικογένεια είχαν κατά 14,36 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας χειρότερες σχέσεις με την οικογένεια, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν αδέρφια που δεν βρίσκονταν με την οικογένεια. Η σκληρή ανατροφή των παιδιών σχετίζεται με τη φτωχή σωματική υγεία του παιδιού ([Brody et al., 2013](#); [Miller, Chen, & Parker, 2011](#); [Repetti et al., 2002](#)). Η θεωρία δείχνει ότι οι θετικές στενές σχέσεις μεταξύ των εφήβων και των γονιών τους ([Pietromonaco et al., 2013](#)) προστατεύουν την υγεία των πρώτων ([Schafer et al., 2014](#)). Στην αναφερόμενη μελέτη εκτιμάται ο βαθμός στον οποίο η ζεστασιά από έναν γονέα ρυθμίζει τον υποτιθέμενο κίνδυνο υγείας για σκληρότητα από τον άλλο γονέα κατά την εφηβεία ([Rueger et al., 2011](#)).

Η ανάπτυξη σε ένα σκληρό οικογενειακό περιβάλλον σχετίζεται αρνητικά με τη σωματική υγεία ([Mechanic and Hansell, 1989](#); [Montgomery et al., 1997](#); [Russek και Schwartz, 1997](#); [Stein et al., 1994](#); [Weidner et al., 1992](#); [Williamson et al., 2002](#)), και σχετίζεται θετικά με την παχυσαρκία ([Siervo et al., 2009](#)). Αντίθετα, η ζεστασιά και οι στενές σχέσεις - όπως η σχέση γονέα-εφήβου - προωθεί τη σωματική υγεία ([Cohen, 2004](#)). Αυτός ο τύπος υποστήριξης πιστεύεται ότι μειώνει τις επιπτώσεις των αγχωτικών γεγονότων προωθώντας λιγότερο απειλητικές ερμηνείες αυτών των γεγονότων, καθώς και πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης ([Cohen, 2004](#)). Οι έφηβοι που λαμβάνουν ζεστασιά από τουλάχιστον ένα γονέα παρουσιάζουν μεγαλύτερη συναισθηματική ρύθμιση ([Choe et al., 2013](#); [Cummings et al., 2005](#); [Denham et al., 1997](#); [Eisenberg et al., 1998](#)) και χαμηλότερη απόκριση στο στρες ([Miller et al., 2009](#)). Συσχετίζοντας μία «σκληρή» συμπεριφορά γονέα

που στην προσπάθειά του να σώσει την οικογένειά του στέλνει το παιδί του μόνο και ασυνόδευτο σε μία άλλη χώρα ενδεχομένως εμφανίζεται σκληρός τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας γεγονός που μπορεί να επηρεάζει αρνητικά τις μεταξύ τους σχέσεις.

Η ανάγκη υποστήριξης των γονέων και καταγραφής των αναγκών τους σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ζωτικής σημασίας για το σχεδιασμό παρεμβάσεων για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τα παιδιά αλλά και τις οικογένειες των προσφύγων. Αναλυτικότερα, σε έρευνα με συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, που συμμετείχαν συνολικά 29 μητέρες και επαγγελματίες φροντιστές σε στρατόπεδα προσφύγων και ανθρωπιστικά πλαίσια στην Τουρκία και τη Συρία, αναλύθηκαν τα δεδομένα και δομήθηκαν σε τρία θέματα: την επιθυμία των γονέων για συμβουλές για γονείς, την αναζήτηση υποστήριξης, την αξία της συζήτησης των γονικών ζητημάτων και των εμποδίων στην πρόσβαση στην υποστήριξη. Οι γονείς ενδιαφέρθηκαν πολύ να λάβουν γονική υποστήριξη και είχαν ως κίνητρο το να κατανοήσουν πώς να είναι καλύτεροι γονείς σε αυτό το πλαίσιο. Είχαν κάνει ενεργές προσπάθειες να αποκτήσουν πληροφορίες, παρά τις εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες που είχαν βιώσει, και εξακολουθούσαν να ζουν. Είχαν σαφείς απόψεις σχετικά με το ότι ήθελαν υποστήριξη και πώς θα ήταν καλύτερα να τη λάβουν. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι η παροχή εξατομικευμένης υποστήριξης σε οικογένειες σε αυτό το στάδιο του προσφυγικού ταξιδιού τους θα μπορούσε να έχει σημαντικά οφέλη για την ευημερία τόσο των παιδιών όσο και των γονιών τους.

Η αναγνώριση του κρίσιμου ρόλου των γονέων στην πολιτική και την πρακτική μπορεί να συμβάλει στην προστασία της ψυχικής υγείας των παιδιών και των οικογενειών στο ταξίδι των προσφύγων. Αυτές οι πληροφορίες πρέπει να συντάσσουν πολιτικές για οικογένειες προσφύγων σε περιβάλλοντα πριν από την επανεγκατάσταση ([Aala El-Khani, Fiona et al, 2016](#)).

Το αν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια βρέθηκε να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «προβλήματα διαγωγής». Ειδικότερα, τα παιδιά που μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, υποδηλώνοντας λιγότερες δυσκολίες, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στις θετικές σχέσεις που μπορούν να αναπτυχθούν μεταξύ ομοεθνών οι οποίοι βρίσκονται σε μία ξένη χώρα προκειμένου να διαφυλάξουν την οικογένειά τους και μοιράζονται τα ίδια προβλήματα, έχουν την ίδια θρησκεία, μιλάνε την ίδια γλώσσα και μπορούν να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλο. Η συγκατοίκηση ομοεθνών οικογενειών στο ίδιο διαμέρισμα φαίνεται να έχει θετικές επιδράσεις στα παιδιά μιας και βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αντίληψη εαυτού» αλλά και τη διάσταση στη διάσταση «Αυτονομία». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που μοιράζονταν το διαμέρισμα με άλλη

οικογένεια ομοεθνών είχαν υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας καλύτερη αντίληψη εαυτού, σε σύγκριση με τα παιδιά που έμεναν μόνο με τις οικογένειές τους. Θα μπορούσαμε να συνδέσουμε το εύρημα αυτό με τις καλές σχέσεις μεταξύ ομοεθνών που βρίσκονται σε μια διαφορετική χώρα με διαφορετική κουλτούρα και γλώσσα. Η συγκατοίκηση σε αυτή την περίπτωση ενδεχομένως λειτουργεί υποστηρικτικά και συμπληρωματικά μιας και πρόκειται για οικογένειες με κοινούς στόχους, κοινές εμπειρίες, φόβους και ανασφάλειες που καλούνται να αντιμετωπίσουν τον ίδιο αγώνα καθημερινά. Έτσι όντας μαζί πιθανόν αισθάνονται οικειότητα και ασφάλεια.

Τα παιδιά από το Αφγανιστάν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προβλήματα διαγωγής», υποδηλώνοντας περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής, σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να συσχετίζεται με το ότι η πλειοψηφία των παιδιών από το Αφγανιστάν έχουν μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τις ηλικίες των παιδιών από Συρία με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται περισσότερο στην προσαρμογή και να εμφανίζουν συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά.

Παράγοντες που φαίνονται σημαντικοί για την αυτοεκτίμησή και τον καθορισμό ΠΖ των παιδιών από μειονοτικές ομάδες, είναι ο βαθμός ένταξης και αποδοχής, ή μη, της μειονοτικής ομάδας στην κοινωνία (Umaña-Taylor, et al., 2002). Στις μειονοτικές ομάδες καταγράφονται υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Beiser, 2006; Beiser, Hou, Hyman, & Tousignant, 2002). Οι μειονοτικές ομάδες με χαμηλό εισόδημα όντας περιθωριοποιημένες από τον κοινωνικό ιστό αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο επιβάρυνσης της υγείας τους (Wilkins, Gendron, & Berthelot, 2005).

Ωστόσο, τα παιδιά από το Αφγανιστάν είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά», υποδηλώνοντας καλύτερη συμπεριφορά, σε σύγκριση με τα παιδιά από τη Συρία. Το παραπάνω εύρημα ίσως θα μπορούσε να εξηγηθεί με το γεγονός ότι οι οικογένειες από το Αφγανιστάν έφυγαν από τη Χώρα τους κυρίως για κοινωνικούς λόγους αναζητώντας καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και περισσότερο συνειδητοποιημένα συγκριτικά με τις οικογένειες των Σύριων των οποίων η ανάγκη για μετεγκατάσταση ήταν επιτακτική λόγω πολέμου.

Τα προγράμματα ένταξης φάνηκε να ενδιαφέρουν περισσότερο τις οικογένειες από το Αφγανιστάν αφού στο δείγμα μας το ποσοστό παρακολούθησης των Αφγανών ήταν υψηλότερο. Οι οικογένειες από το Αφγανιστάν δεδομένης της δυσκολίας να πάρουν Άσυλο στην Ελλάδα προσπαθούν περισσότερο να ενταχθούν κοινωνικά ώστε να ενισχύσουν με αυτόν τον τρόπο το αίτημά τους αλλά και να μπορέσουν να μάθουν την ελληνική γλώσσα ή την Αγγλική ώστε να αυξήσουν της πιθανότητες εύρεσης εργασίας. Ωστόσο η παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης τουλάχιστον από τον ένα γονέα, βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερες βαθμολογίες στα «προβλήματα διαγωγής», με χαμηλότερες βαθμολογίες στην «διάθεσή» τους αλλά και με χειρότερους «οικονομικούς πόρους».

Τα παιδιά των οποίων τουλάχιστον ένας από τους γονείς παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προβλήματα διαγωγής» συγκριτικά με τα παιδιά των οποίων κανένας από τους γονείς δεν παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει το άγχος αποχωρισμού των παιδιών και το αίσθημα δυσφορίας και παραμέλησης στην απουσία του γονέα όταν αυτός απουσιάζει πολλές ώρες από την οικογενειακή στέγη. Αλλά και αμφίδρομα το άγχος των γονέων στην απόδοση και ένταξη στην κοινότητα. Πολλές φορές οι γονείς αναγκάζονται να αφήσουν τα ανήλικα τέκνα τους στο σπίτι χωρίς την επίβλεψη κάποιου ενήλικα. Επίσης όπως θα δούμε παρακάτω οι οικογένειες που τουλάχιστον ο ένας γονέας παρακολουθεί μαθήματα ένταξης είναι εκείνες με χαμηλότερους οικονομικούς πόρους.

Συγκεκριμένα, τα παιδιά των οποίων τουλάχιστον ένας από τους γονείς παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης είχαν κατά 25,99 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή χειρότερους οικονομικούς πόρους, σε σύγκριση με τα παιδιά που κανένας από τους γονείς τους δεν παρακολουθούσε κάποιο πρόγραμμα ένταξης. Όσον αφορά το εισόδημα, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα φτωχότερα παιδιά είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας ([Currie, 2009](#)) αφού η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση δημιουργεί άγχος στο νοικοκυριό, και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των παιδιών, όπως η ποιότητα στέγασης ή η οικογενειακή σταθερότητα ([Berger, Paxson & Waldfogel, 2009](#)) και τα χρονικά πρότυπα εισοδήματος ([Strohschein, 2005](#)).

Τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα συχνά έχουν χειρότερη πρόσβαση στην εκπαίδευση και την κοινωνική συμμετοχή από ό,τι οι συνομήλικοί τους με υψηλό (Engels D et all, 2011). Ακόμα τα προγράμματα ένταξης πιθανόν δημιουργούν μεγάλο στρες αποδοτικότητας σε πληθυσμούς με χαμηλό ή ελλιπή εκπαιδευτικό επίπεδο με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνονται επαρκώς στο γονικό τους ρόλο. Επίσης όπως θα δούμε παρακάτω οι οικογένειες που τουλάχιστον ο ένας γονέας παρακολουθεί μαθήματα ένταξης είναι εκείνες με χαμηλότερους οικονομικούς πόρους. Τα παιδιά και οι έφηβοι με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν προβλήματα ψυχικής υγείας από τους συνομηλίκους τους με υψηλό εισόδημα (Reiss et all, 2013).

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των περισσότερων διαστάσεων των κλιμάκων SDQ και KIDSCREEN-52. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες δυσκολίες αντιμετώπιζαν τόσο χειρότερη ποιότητα ζωής είχαν τα παιδιά.

Η ηλικία των παιδιών, η ύπαρξη και των δύο γονιών στην Ελλάδα και ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ψυχολογική ευεξία». Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερα σε ηλικία ήταν τα παιδιά τόσο χειρότερη ήταν η ψυχολογική τους ευεξία. Τα μεγαλύτερα παιδιά καλούνται να αντιμετωπίσουν περισσότερες προκλήσεις συγκριτικά με τα μικρότερα. Οι προκλήσεις αυτές δεν αφορούν μόνο τη δυσκολία προσαρμογής στο νέο εκπαιδευτικό σύστημα καθώς και τη διαφορετικότητα της γλώσσας αλλά έχουν να διαχειριστούν τα προβλήματα και τις ανησυχίες της εφηβείας, τον γονικό ρόλο που αναλαμβάνουν πολλές φορές λόγω της ανεπάρκειας των γονέων τους και της δυσκολίας αυτών να προσαρμοστούν στην κοινότητα.

Όσο περισσότερο χρόνο έμεναν στην Ελλάδα τόσο υψηλότερη βαθμολογία είχαν στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά», εύρημα που πιθανά σχετίζεται με την προσαρμογή των παιδιών στην Ελλάδα, στην εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας και άρα σε ευκολότερη και καλύτερη πρόσβαση στην επικοινωνία μεταξύ των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον. Αντίθετα τα παιδιά με πρόβλημα υγείας είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «προ-κοινωνική συμπεριφορά» σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας. Η επιβαρυνόμενη υγεία των παιδιών ενδεχομένως λειτουργεί αποτρεπτικά στη θετική κοινωνική συμπεριφορά μιας και το παιδί έχει να διαχειριστεί το πρόβλημα υγείας και τις αρνητικές επιπτώσεις αυτού τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Ακόμα, όσο περισσότερο χρόνο έμεναν στην Ελλάδα τόσο καλύτερη ήταν η ψυχολογική τους ευεξία αλλά και η διάθεσή τους όπως και στη συνολική βαθμολογία SDQ. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να σχετίζεται με την προσαρμογή στις νέες συνθήκες ζωής, στην αίσθηση ότι βρίσκονται σε μία ασφαλή χώρα και στη γενικότερη ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα. Η ηλικία των παιδιών και η συνολική βαθμολογία SDQ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Σχολικό περιβάλλον». Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερα σε ηλικία ήταν τα παιδιά τόσο περισσότερα προβλήματα είχαν στο σχολικό τους περιβάλλον, αλλά και όσο περισσότερες δυσκολίες είχαν τα παιδιά τόσο περισσότερα προβλήματα είχαν στο σχολικό περιβάλλον.

Ο χρόνος που βρίσκονταν στην οργάνωση και η συνολική βαθμολογία SDQ, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των παιδιών στη διάσταση «Κοινωνική αποδοχή». Συγκεκριμένα, τα παιδιά που βρίσκονταν στην οργάνωση περισσότερο από 1 έτος είχαν κατά 17,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή λιγότερη κοινωνική αποδοχή, σε σύγκριση με τα παιδιά που βρίσκονταν στην οργάνωση λιγότερο από 1 έτος. Τέλος, όσο περισσότερες δυσκολίες είχαν τα παιδιά τόσο λιγότερη κοινωνική αποδοχή είχαν.

Οι συμπεριφορές εκφοβισμού είναι ένα διαδεδομένο φαινόμενο στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία. Τα βασικά ζητήματα βίας μεταξύ των εφήβων στο σχολείο ενισχύουν τις ανησυχίες σχετικά με τον σχολικό εκφοβισμό, που δεν είναι μόνο σημαντικό ζήτημα

δημόσιας υγείας, αλλά είναι επίσης πιθανός καθοριστικός παράγοντας της κακής ψυχικής ευεξίας μεταξύ των εφήβων(Cosma et all,2017). Επιπλέον, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες έδειξαν ότι ο εκφοβισμός στο σχολείο σχετίζεται με ψυχολογική δυσφορία και αυτοκτονική συμπεριφορά σε εφήβους(Schneider et all, 2012, ;Sampasa-Kanyinga et all, 2014). Στο δείγμα της έρευνάς μας δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα ωστόσο σε άλλες έρευνες έχει βρεθεί ότι το οικογενειακό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με προβλήματα ψυχικής υγείας και εκφοβισμό στο σχολείο.

5.2 Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί της έρευνας.

Η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από κάποια πλεονεκτήματα. Αρχικά και απ' όσο γνωρίζουμε ή σύγκριση της ΠΖΣχΥ μεταξύ παιδιών και εφήβων από Αφγανιστάν και Συρία που διαμένουν στην Ελλάδα με τις οικογένειές τους γίνεται για πρώτη φορά στη χώρα μας. Οι περισσότερες έρευνες αφορούν μετρήσεις ΠΖ σε ενήλικες με αποτέλεσμα να παραγκωνίζονται οι μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να αποτελεί μελέτη σύγκρισης ομάδων προσφύγων με ομάδες οικονομικών μεταναστών.

Η ερευνητική διαδικασία ακολουθήθηκε με βάση τα ερευνητικά πρωτόκολλα και τηρήθηκαν όλες οι προϋποθέσεις διεξαγωγής μίας έρευνας. Η επαγγελματική εμπειρία της ερευνήτριας ως κοινωνική λειτουργός σε οικογένειες προσφύγων επίσης διευκόλυνε την ερευνητική διαδικασία στην προσέγγιση του δείγματος.

Ωστόσο δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης οι οποίοι αρχικά σχετίζονται με τον μικρό αριθμό του δείγματος όσο αφορά τα παιδιά και τους εφήβους από Συρία και Αφγανιστάν αλλά και το γεγονός πως η έρευνα πραγματοποιήθηκε από δείγμα συγκεκριμένης οργάνωσης και δεν υπήρχε ποικιλία διαφορετικών οργανώσεων αλλά και περιοχών ανά την Ελλάδα γεγονός που πιθανών δεν μας οδηγεί σε ασφαλή συμπεράσματα. Σημαντικότερος περιορισμός της έρευνας ήταν η γλώσσα, αφού ελάχιστοι από τους συμμετέχοντες μιλούσαν αγγλικά ή ελληνικά και η παρουσία διερμηνέα ήταν επιτακτική, άλλοτε για διερμηνεία σε φαρσί και άλλοτε στα αραβικά. Επίσης, πολλοί συμμετέχοντες κατανοούν αρκετά καλά φαρσί, αλλά η μητρική τους γλώσσα είναι Παστού, Ουρντού ή Νταρί. Ομοίως και με τους αραβόφωνους που μιλούσαν διαφορετικές διαλέκτους. Χρειάστηκαν πολλές και επίπονες προσπάθειες για την προσαρμογή των εντύπων συγκατάθεσης που υπογράφουν οι γονείς αλλά και του συνοδευτικού εντύπου που

παρουσίαζε συνοπτικά το σκοπό της έρευνας ,σε δύο διαφορετικές Γλώσσες Φαρσί και Αραβικά.

Μία αδυναμία της έρευνας ήταν επίσης το γεγονός πως το ερωτηματολόγιο Kidscreen 52 απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους από 8 έως 18 ετών ενώ το ερωτηματολόγιο SDQ απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους ηλικίας από 3 έως 16 ετών. Το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο SDQ συμπληρώθηκε και από μεγαλύτερα παιδιά δηλαδή 16-18 ενδεχομένως να επηρεάζει κάποια από τα αποτελέσματά της έρευνας.

Οι μελετητές ακόμα διαπραγματεύονται θέματα που αφορούν στις διαστάσεις που είναι απαραίτητες για να περιγράψουν την έννοια της ΠΖΣΧΥ παιδιών και εφήβων. Ειδικότερα τους απασχολεί το αν τα παιδιά δίνουν προτεραιότητα στις ίδιες διαστάσεις της ΠΖΣΧΥ που δίνουν οι ενήλικες. Ακόμα ένα ζήτημα που προκύπτει από αξιολογήσεις ερωτηματολογίων ΠΖΣΧΥ για παιδιά και εφήβους, είναι ότι τα θέματα αυτών των ερωτηματολογίων έχουν προκύψει από μελέτες σε μία χώρα και στη συνέχεια μεταφράζονται και προσαρμόζονται σε γλώσσες άλλων χωρών. Η απλή προσαρμογή των ερωτηματολογίων παρουσιάζει αρκετά ελλείμματα όταν τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται σε διαπολιτισμικές μετρήσεις (Skevington, 2002). Η ομάδα του ΠΟΥ για την ΠΖ έχει προτείνει ότι μια τέτοια ταυτόχρονη προσέγγιση θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξερεύνηση των σχετικών διαστάσεων της ΠΖΣΧΥ ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στις διαφορετικές χώρες και ότι το αρχικό περιεχόμενο μιας κλίμακας για την ΠΖ θα πρέπει να αναπτύσσεται μέσα από ομάδες εστιασμένης συζήτησης στις διαφορετικές χώρες (Skevington et al., 2004)

Η κάθε οργάνωση που αναλαμβάνει να επιτελέσει ένα προσφυγικό πρόγραμμα της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ ακολουθεί συγκεκριμένες οδηγίες αλλά δεν παύει να διατηρεί και την δική της φιλοσοφία καθώς και τα δικά της πρωτόκολλα διαχείρισης περιπτώσεων και κρίσεων. Το γεγονός αυτό πιθανά επηρεάζει τους δείκτες ΠΖ των φιλοξενούμενων προσφυγικών οικογενειών.

Μια άλλη αδυναμία της έρευνας είναι το γεγονός ότι δεν πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις ΠΖ των γονιών των παιδιών ώστε να έχουμε περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα της ΠΖ της οικογένειας. Για την εγκυρότερη και πιο αξιόπιστη εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των παιδιών και των εφήβων, συχνά ζητείται και γνώμη των γονέων των δασκάλων, ανάλογα με το ερευνητικό ενδιαφέρον μιας μελέτης (Gibson, Henry, Vimprani, & Halliday, 1995); Guyatt, Juniper, Feeny, & Griffith, 1997). Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι πολλές φορές δε συμπίπτουν οι αντιλήψεις παιδιών και γονέων σχετικά με το επίπεδο υγείας, την ποιότητα ζωής και τις ανάγκες των παιδιών (Eiser, 1997); (Guyatt et al., 1997) (Jenney & Campbell, 1997). Παρόλα αυτά, συνιστάται ως μέθοδος, καθώς έτσι

εξασφαλίζεται μια πλήρης εικόνα για την πραγματικότητα που βιώνει ένα παιδί. Επίσης δεν έγιναν καθόλου μετρήσεις σχετικές με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.

Άλλες αδυναμίες της έρευνας αποτέλεσαν το ότι υπήρχαν παιδιά στο δείγμα τα οποία δεν γνώριζαν ανάγνωση και γραφή της μητρικής τους γλώσσας με αποτέλεσμα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να γίνεται με την υποστήριξη διερμηνέα και με τον κίνδυνο η παρουσία του να επηρέαζε την ειλικρίνεια των απαντήσεων των παιδιών.

Ακόμη έναν περιορισμό αποτελεί ο αριθμός των αρνήσεων συμμετοχής των παιδιών/εφήβων και των γονέων τους στην έρευνα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τα ανάλογα στοιχεία όσων αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Επομένως, δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε εάν τα παιδιά και οι έφηβοι που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα διέφεραν ως προς τους δείκτες ΠΖΣΧΥ.

5.3 Συμπεράσματα

Τα παιδιά και οι έφηβοι από τη Συρία εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά στις διαστάσεις της ΠΖΣΧΥ όπως αυτονομία, σχέσεις με οικογένεια αλλά και οικονομικού πόρους σε σύγκριση με τα παιδιά και τους εφήβους από το Αφγανιστάν Το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών από τη Συρία ήταν υψηλότερο σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών από το Αφγανιστάν. Οι Σύριοι πατεράδες ήταν πιο πιθανό να βρίσκουν εργασία στην Ελλάδα συγκριτικά με τους Αφγανούς πατεράδες. Οι λόγοι μετανάστευσης για τα παιδιά από τη Συρία είναι ο πόλεμος ενώ για τα παιδιά από το Αφγανιστάν να είναι κυρίως κοινωνικοί λόγοι.

Το ποσοστό των παιδιών από Συρία στη διαδικασία αναγνώρισης των προσφυγικών οικογενειών και την απόκτηση κάρτας άδειας διαμονής ως πρόσφυγες ήταν υψηλότερο σε σύγκριση με το ποσοστό των παιδιών από οικογένειες Αφγανών. Τα προγράμματα ένταξης φάνηκε να ενδιαφέρουν περισσότερο τις οικογένειες από το Αφγανιστάν. Ωστόσο η παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης τουλάχιστον από τον ένα γονέα, βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερες βαθμολογίες στα προβλήματα διαγωγής (Conduct Problems), με χαμηλότερες βαθμολογίες στην «διάθεσή» τους αλλά και με χειρότερους «οικονομικούς πόρους».

Ο χρόνος παραμονής στην Ελλάδα βρέθηκε να σχετίζεται με καλύτερη θετική συμπεριφορά των παιδιών αλλά και καλύτερη διάθεση ενώ τα παιδιά του δείγματος που βρίσκονταν περισσότερο από ένα έτος στην οργάνωση εμφάνιζαν χαμηλότερη βαθμολογία

στην «κοινωνική αποδοχή». Επίσης η «κοινωνική αποδοχή» και η «διάθεση» των παιδιών, μειωνόταν όσο αυξάνονταν οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν καθώς και όσο περισσότερες δυσκολίες είχαν τόσο αυξάνονταν τα προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον.

Τα προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον και η χειρότερη ψυχολογική ευεξία επίσης αυξάνονταν όσο μεγάλωνε και η ηλικία των παιδιών.

Τα ευρήματα θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην εφαρμογή προγραμμάτων για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών από Συρία και Αφγανιστάν την ευκολότερη πρόσβασή τους στην εκπαίδευση καθώς και προγραμμάτων υγείας που να στοχεύουν στην προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών και επομένως της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

5.4 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμο να πραγματοποιηθούν μελλοντικές μελέτες που θα διερευνήσουν την ΠΖΣΧΥ σε μεγαλύτερο δείγμα παιδιών από Συρία και Αφγανιστάν αλλά και σε παιδιά προερχόμενα από άλλες Χώρες και να μην παραληφθεί η μέτρηση ΠΖ των γονέων ώστε να υπάρχει περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τους δείκτες ΠΖ.

Επίσης θα ήταν ωφέλιμο να γίνουν μελέτες και δειγματοληψίες μέτρησης ΠΖ πριν και μετά την παρέμβαση από ειδικούς ψυχικής υγείας (πχ σχολές γονέων) αλλά και με σύγκρισή των παιδιών από Ελλάδα σε παιδιά που φοιτούν στα ίδια σχολεία με τα παιδιά και τους εφήβους της μελέτης μας ώστε να αναδυθούν ανάγκες και ελλείψεις στο κοινωνικό και σχολικό περιβάλλον των παιδιών με απώτερο στόχο της βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των προσφύγων αλλά και του εκπαιδευτικού συστήματος.

Η χρήση ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας και ΠΖ των προσφύγων θα πρέπει να γίνεται με ειδικά σταθμισμένα για πρόσφυγες ερευνητικά εργαλεία, ώστε να συμπεριλαμβάνονται όλες οι παράμετροι που επηρεάζουν τις συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμών.

Τέλος η πραγματοποίηση μελέτης με συνδυασμό ποιοτικής αλλά και ποσοτικής έρευνας. Η ποιοτική έρευνα επικεντρώνεται στην περιγραφή και κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας σε ατομικό και προσωπικό επίπεδο αλλά και βιώματος της πραγματικότητας των συμμετεχόντων στην έρευνα με μέσο το δικό του λόγο και την επικοινωνία. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να δοθούν απαντήσεις σε ένα ευρύ φάσμα ερευνητικών ερωτημάτων, να

συμπληρωθούν τα αδύνατα σημεία της μιας μεθόδου από την άλλη, να διασταυρωθούν τα ευρήματα και να επιτευχθεί μια πληρέστερη και ολιστική προσέγγιση της ΠΖ.

5.5 Επίλογος

Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή συμπεραίνουμε ότι η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ΠΖΣΧΥ είναι έννοια πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική. Αυτό είναι κάτι που οι ερευνητές δεν πρέπει να αψηφούν. Είναι δύσκολο σε κάθε έρευνα ή πρόγραμμα παρέμβασης να καλύπτονται όλες οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής, είναι ωστόσο αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη όσο το δυνατόν περισσότεροι παράγοντες, ώστε οι έρευνες να είναι σφαιρικές και αντιπροσωπευτικές. Η προσαρμογή σε νέο πολιτισμικό πλαίσιο αφορά αλλοδαπούς και Έλληνες εξίσου. Όλοι είμαστε παρόντες σε μία πρόκληση μίας πολυπολιτισμικής κοινωνίας και για να αποφευχθεί η επιπλέον υποβάθμιση της Π.Ζ των παιδιών αυτών θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω έρευνες με πιο κατάλληλα προσαρμοσμένα ερευνητικά εργαλεία καθώς και δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινότητας αλλά και των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφικές αναφορές:

1. [Aala El-Khani](#), [Fiona Ulph](#), [Sarah Peters](#) & [Rachel Calam](#) Pages 19-29 | Received 29 Sep 2016, Accepted 19 Apr 2017, Published online: 03 Jan 2018 use JS, Mero RP, Williams DR. Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: Results from the Americans' changing lives study. *J Health Soc Behav.* 2005;46(3): 274–88. 10.1177/002214650504600305 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Abdulrahim S, El Asmar K, 2012. Είναι η αυτοεκτίμηση της υγείας ένα έγκυρο μέτρο για χρήση στην έρευνα κοινωνικών ανισοτήτων; Στοιχεία από τα δεδομένα των γυναικών του PAFAM σε έξι αραβικές χώρες. *Ent J. Equity Health* 11, 53. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
3. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Parent–child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventative Medicine.* 2006;30(1):59–66. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Adams RE, Santo JB, Bukowski WM, 2011. Η παρουσία ενός καλύτερου φίλου ρυθμίζει τα αποτελέσματα των αρνητικών εμπειριών. *Dev. Psychol* 47, 1786–1791. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
5. Al-Akour, N. A., Khader, Y. S., Khassawneh, M. Y., & Bawadi, H. (2012). Health-related quality of life of adolescents with overweight or obesity in the north of Jordan. *Child: care, health and development*, 38(2), 237-243.
6. Amoné-P'Olak K, Burger H, Ormel J, Huisman M, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents: the TRAILS study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology.* 2009;44(3): 231–8. 10.1007/s00127-008-0424-z [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Anagnostopoulos D, Heberbrand J, Eliez S, Doyle M, Klasen H, Crommen S et al. Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρικής και Εφηβικής Ψυχιατρικής: δήλωση θέσης

- σχετικά με την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων προσφύγων. Eur Παιδική Ψυχιατρική Εφήβων 2016,25: 673–676, doi: 10.1007 / s00787-016-0882-x
8. Anagnostopoulos, Vlassopoulou, Rotsika, Pehlivanidou, Legaki, Rogakou, Lazaratou : Psychopathology and Mental Health Service Utilization by Immigrants' Children and their Families. Int. Migration 32(1):29-47, 1994. <http://mighealth.net/el/index.php/>
 9. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA, 1999. Ανεπιθύμητες παιδικές εμπειρίες και κάπνισμα κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση. JAMA 282, 1652–1658. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
 10. Anonymous. Details omitted for double-blind reviewing. 2010. [[Google Scholar](#)]
 11. Austin, J. K., Smith, M. S., Risinger, M. W., & McNelis, A. M. (1994). Childhood epilepsy and asthma: comparison of quality of life. *Epilepsia*, 35(3), 608-615.
 12. Bailey HN, DeOliveira CA, Wolfe VV, Evans EM, Hartwick C, 2012. The impact of childhood maltreatment history on parenting: a comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse Negl.* 36, 236–246. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 13. Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5(1), 69-79.
 14. Barker DJP, Osmond C, Forsén TJ, Kajantie E, Eriksson JG, 2005. Οδοί ανάπτυξης μεταξύ των παιδιών που έχουν στεφανιαία γεγονότα ως ενήλικες. Ν. Έγκλ. J. Med 353, 1802-1809. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
 15. Beiser, M. N., & Hou, F. (2006). Ethnic identity, resettlement stress and depressive affect among Southeast Asian refugees in Canada. *Social Science & Medicine*, 63(1), 137-150.
 16. Beiser, M., Hou, F., Hyman, I., & Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *American Journal of Public Health*, 92(2), 220-227.
 17. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3): 226–36. 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 18. Berger LM, Paxson C, Waldfogel J. Income and child Development. *Child and Youth Services Review*. 2009;31(9):978–989. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

19. Berger RP, Zolotor AJ, 2013. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σωματικής τιμωρίας στην παιδική ηλικία και της σωματικής υγείας στην ενηλικίωση; Παιδιατρική 132, e500 – e501. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
20. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE, 2000. Από την κοινωνική ένταξη στην υγεία: Durkheim στη νέα χιλιετία. Soc. Επιστήμη Med 51, 843-885. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
21. Berry J. : Επισπολιτισμός και ψυχολογική προσαρμογή μεταναστών. Μαθαίνοντας να ζεις σε ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον. Ενημερωτικό Δελτίο ΑΩ ,τ.19, 2002 www.onassis.gr/greek/assoc/enim_deltio/19_00/p20_1.html
22. Bhugra: Review Article – Migration and mental health. Advances in Psychiatric Treatment (2001) 7: 216-222 , <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/7/3/216>
23. Bhugra: Review Article – Migration and mental health. Advances in Psychiatric Treatment (2001) 7: 216-222 , <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/7/3/216>
24. Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. Sozial-und Präventivmedizin, 50(5), 281-291.
25. Black PH, 2006. Οι φλεγμονώδεις συνέπειες του ψυχολογικού στρες: σχέση με την αντίσταση στην ινσουλίνη, την παχυσαρκία, την αθηροσκλήρωση και τον σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II. Med. Υποθέσεις 67, 879–891. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
26. Boan, J. (1995). Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations.
27. Bowling A: Measuring health: a review of quality of life measurements scales.
28. Boyce WT, Ellis BJ, 2005. Βιολογική ευαισθησία στο πλαίσιο: I. Μια εξελικτική αναπτυξιακή θεωρία για την προέλευση και τις λειτουργίες της αντιδραστικότητας του στρες. Dev. Ψυχοπαθολη 17, 271–301. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
29. Brody Gene H., Tianyi Yu, Beach Steven RH, Kogan Steven M., Michael Windle, Philibert RA, 2013. Σκληρή υγεία γονέων και εφήβων: μια διαχρονική ανάλυση με γενετική εποπτεία. Υγεία Ψυχο. 32. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
30. Browne MW, Cudeck R, 1993. Alternative ways of assessing model fit In: Bollen KA, Long JS (Eds.), Testing Structural Equation Models. Sage, Beverly Hills, CA, pp. 136–162. [[Google Scholar](#)]

31. Bullinger, M., & Hasford, J. (1991). Evaluating quality-of-life measures for clinical trials in Germany. *Contemporary Clinical Trials*, 12(4), S91-S105.
32. Bush NR, Boyce WT, 2014. The contributions of early experience to biological development and sensitivity to context In: Lewis M, Rudolph KD (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (3rd ed.). Springer Science + Business Media, New York, NY, US, pp. 287–309. [[Google Scholar](#)]
33. Bush NR, Boyce WT, 2014. Οι συνεισφορές της πρώιμης εμπειρίας στη βιολογική ανάπτυξη και ευαισθησία στο περιβάλλον Σε: Lewis M, Rudolph KD (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (3rd ed.). Springer Science + Business Media, Νέα Υόρκη, Νέα Υόρκη, ΗΠΑ, σελ. 287–309. [[Μελετητής Google](#)]
34. Carlson, C., Uppal, S., & Prosser, E. C. (2000). Ethnic differences in processes contributing to the self-esteem of early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 20(1), 44-67.
35. Cavounidis, J. Migration in Southern Europe and the case of Greece, *International Migration*, Vol 40 (1), 2002, <http://www3.interscience.wiley.com>
36. Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Eckberg, K. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11(3), 570-579
37. Challen, A. H., Davies, A. G., Williams, R. J. W., Haslum, M. N., & Baum, J. D. (1988). Measuring psychosocial adaptation to diabetes in adolescence. *Diabetic medicine*, 5(8), 739-746.
38. Charalabaki, Bawens, Stefos, Madianos, Mendlewicz, Immigration and psychopathology: a clinical study, *Eur Psychiatry* (1995) 10, 237-244
39. Choe DE, Olson SL, Sameroff AJ, 2013. Επιδράσεις της πρώιμης μητρικής δυσφορίας και της γονικής μέριμνας στην ανάπτυξη της αυτορρύθμισης των παιδιών και της εξωτερικής συμπεριφοράς. *Dev. Psychopathol* 25, 437-453. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
40. Cicchetti D, Toth SL, 2005. Κακοποίηση παιδιών. *Ανου. Αναθ. Clin. Psychol* 1, 409–438. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
41. Cieza, A., & Stucki, G. (2005). Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Quality of Life Research*, 14(5), 1225-1237.
42. Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American psychologist*, 54(10), 805.

43. Cohen S, 2004. Κοινωνικές σχέσεις και υγεία. *Είμαι*. Psychol 59, 676–684. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
44. Cohen S, Wills TA, 1985. Άγχος, κοινωνική υποστήριξη και υποθετική υπόθεση. *Ψυχολ. Δελτίο* 98, 310–357. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
45. Coltrane S, Shih KY, 2010. Gender and the division of labor In: Chrisler JC, McCreary DR (Eds.), *Handbook of Gender Research in Psychology, Gender Research in Social and Applied Psychology*, vol. 2 Springer, New York, NY, pp. 401–422. [[Google Scholar](#)]
46. Colver, A. (2006). Study protocol: SPARCLE—a multi-centre European study of the relationship of environment to participation and quality of life in children with cerebral palsy. *BMC Public Health*, 6(1), 105.
47. Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, 127(1), 87.
48. Conger RD, 1989. Behavioral Affect Rating Scale (BARS): Young Adult Perception of Parents' Hostility and Warmth: Iowa Youth and Families Project. Iowa State University, Ames, IA. [[Google Scholar](#)]
49. Conger RD, Elder GH Jr., Lorenz FO, Simons RL, Whitbeck LB, 1994. *Families in Troubled Times: Adapting to Change in Rural America*. Aldine de Gruyter, Hawthorne, NY, US. [[Google Scholar](#)]
50. Connelly R, Platt L. Cohort Profile: UK Millennium Cohort Study (MCS) *International Journal of Epidemiology*. 2014;43(6):1719–1725. doi: 10.1093/ije/dyu001. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
51. Cummings EM, Davies PT. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994;35(1):73–122. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
52. Cummings EM, Keller PS, Davies PT, 2005. Προς ένα μοντέλο οικογενειακής διαδικασίας μητρικών και πατρικών συμπτωμάτων κατάθλιψης: διερεύνηση πολλαπλών σχέσεων με τη λειτουργία του παιδιού και της οικογένειας. *J. Child Psychol. Ψυχιατρική* 46, 479–489. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
53. Currie J, Stabile M. Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD. *Journal of Health Economics*. 2006;25(6):1094–1118. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
54. Currie J. Healthy, wealthy, and wise? Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. *Journal of Economic Literature*. 2009;47(1):87–122. [[Google Scholar](#)]

55. Das-Munshi J., Leavey G., Stansfeld S., Prince M. Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethnicity & Health* 2011, 17(1-2):17-53.
56. Davidson, Skull, Burgner, Kelly, Silove, Steel, Vora, Smith, An issue of access: Delivering equitable health care for newly arrived refugee children in Australia *J. Paediatr. Child Health* (2004) 40, 569-579, <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118797087/abstract>
57. Davis, E., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Graham, H. K., Mehmet-Radji, O., & Boyd, R. (2006). Paediatric quality of life instruments: a review of the impact of the conceptual framework on outcomes. *Developmental medicine and child neurology*, 48(4), 311-318.
58. Denham SA, Mitchell-Copeland J, Strandberg K, Auerbach S, Blair K, 1997. Γονικές συνεισφορές στη συναισθηματική ικανότητα των παιδιών προσχολικής ηλικίας: άμεσες και έμμεσες επιδράσεις. *Κίνητρο. Συναίσθημα* 21, 65–86. [[Μελετητής Google](#)]
59. Dickinson, H. O., Parkinson, K. N., Ravens-Sieberer, U., Schirripa, G., Thyen, U., Arnaud, C. & Parkes, J. (2007). Self-reported quality of life of 8–12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *The Lancet*, 369(9580), 2171-2178.
60. Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F., & Van Os, J. (2003). Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social science & medicine*, 57(5), 825-841.
61. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB, 2009. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom. Med* 71, 243–250. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
62. Dwairy M, Achoui M. Adolescents-family connectedness: a first cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *J Child Fam Stud.* 2010;19(1):8–15. [[Google Scholar](#)]
63. Dwairy M, Achoui M. Adolescents-family connectedness: a first cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *J Child Fam Stud.* 2010;19(1):8–15. [[Google Scholar](#)]
64. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL, 1998. Γονική κοινωνικοποίηση συναισθημάτων. *Ψυχολ. Έρευνα* 9, 241–273. [[Άωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
65. Eiser, C. (1997). Children's quality of life measures. *Archives of disease in childhood*, 77(4), 350-354.

66. Eiser, C., & Jenney, M. E. (1996). Measuring symptomatic benefit and quality of life in paediatric oncology. *British journal of cancer*, 73(11), 1313.
67. Eiser, C., & Morse, R. (2001). Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review. *Quality of life research*, 10(4), 347-357.
68. Elgar FJ, Pfortner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*. 2015;385(9982): 2088–95. 10.1016/S0140-6736(14)61460-4 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
69. Engels D, Thielebein C. Zusammenhang von sozialer Schicht und Teilnahme an Kultur-, Bildungs- und Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche. [Association between social class and participation in cultural, education and leisure programs for children and adolescents.]. Köln; 2011.
70. Farmer EMZ. Externalizing behavior in the life course: The transition from school to work. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 1993;1(1):79–188. [[Google Scholar](#)]
71. Fayers PM, Machin D: Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2nd ed. edition. Chichester: John Wiley; 2007.
72. Fayers, P. M., & Machin, D. (2000). Multi-Item Scales. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*, 72-90.
73. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Ψυχική υγεία εκτοπισμένων και προσφύγων παιδιών που επανεγκαθίστανται σε χώρες υψηλού εισοδήματος: παράγοντες κινδύνου και προστασίας. *Νυστέρι* 2012, 379: 266–282, doi:10.1016 / S0140-6736 (11) 60051-2
74. Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *Bmj*, 327(7407), 134.
75. Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
76. Felder-Puig, R., Baumgartner, M., Topf, R., Gadner, H., & Formann, A. K. (2008). Health-related quality of life in Austrian elementary school children. *Medical care*, 46(4), 432-439.
77. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ, 2008. Έκθεση σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης παιδικής ηλικίας και προσαρμογή στην αρχή της ενηλικίωσης. *Παιδική κακοποίηση Negl* 32, 607-619. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]

78. Fernando, C., & Ferrari, M. (2013). Resilience in children of war. *Handbook of resilience in children of war*, 287-301.
79. Ferrer E, McArdle JJ, 2010. Διαχρονική μοντελοποίηση αναπτυξιακών αλλαγών στην ψυχολογική έρευνα. *Curr. Διρ. Ψυχολ. Sci* 19, 149–154. [[Μελετητής Google](#)]
80. Finney-Lamb C, Smith M. Προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες κατά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. *NNO. Δημοσίευση Health Bull* 2002, 13: 161–163, doi: 10.1071 / NB02065
81. Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 63(2), 56-59.
82. Forman DR, O'Hara MW, Larsen K, Coy KC, Gorman LL, et al., 2003. Βρεφική συναισθηματικότητα: μέθοδοι παρατήρησης και εγκυρότητα των μητρικών αναφορών. *Βρέφη* 4, 541–565. [[Μελετητής Google](#)]
83. Francis DD, Meaney MJ, 1999. Μητρική φροντίδα και ανάπτυξη αντιδράσεων στο άγχος. *Curr. Γνώμη. Neurobiol* 9, 128–134. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
84. Fry, P. S. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it?. *The International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 361-383.
85. Galabuzi, G. E. (2006). *Canada's economic apartheid: The social exclusion of racialized groups in the new century*. Canadian Scholars' Press.
86. Gandek, B., & Ware, J. E. (1998). Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA project approach. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 953-959.
87. Gibson, P. G., Henry, R. L., Vimpani, G. V., & Halliday, J. (1995). Asthma knowledge, attitudes, and quality of life in adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 73(4), 321-326.
88. Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.
89. Ginetet, De Acutis, Skepeneit, A cross cultural model in Mental Health: Why is there a statistical prevalence of mental illness among immigrants? *European Writings on Psychology* Vol. 1 Sep.2004, <http://www.arcosdigital.com/ebooks/ewpsychology.pdf>
90. Glasscock DJ, Andersen JH, Labriola M, Rasmussen K, Hansen CD. Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BMC Public Health*. 2013;13: 532 10.1186/1471-2458-13-532 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

91. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Melzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177:534–539. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
92. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997;38(5):581–586. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
93. Gray-Little, B., & Hafdahl, A. R. (2000). Factors influencing racial comparisons of self-esteem: A quantitative review. *Psychological bulletin*, 126(1), 26.
94. Gregg P, Machin S. Centre for Economic Performance Discussion Paper 397. 1998. Childhood disadvantage and success or failure in the youth labour market. [[Google Scholar](#)]
95. Guruge S, Butt H. Μια εκτεταμένη ανασκόπηση θεμάτων και ανησυχιών ψυχικής υγείας μεταξύ των νέων μεταναστών και προσφύγων στον Καναδά: κοιτάζοντας πίσω, προχωρώντας μπροστά. *Can J Publ Health* 2015, 106: 72–78, doi: 10.17269 / cjph.106.4588
96. Guyatt, G. H., Juniper, E. F., Griffith, L. E., Feeny, D. H., & Ferrie, P. J. (1997). Children and adult perceptions of childhood asthma. *Pediatrics*, 99(2), 165-168.
97. Halli, S. S., & Kazemipur, A. (2003). Poverty experiences of immigrants: some reflections. *Canadian Issues*.
98. Harding, L. (2001). Children's quality of life assessments: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(2), 79-96.
99. Hardt J, Rutter M, 2004. Ισχύς αναδρομικών αναφορών ενηλίκων για ανεπιθύμητες εμπειρίες στην παιδική ηλικία: ανασκόπηση των στοιχείων. *J. Child Psychol. Ψυχιατρική* 45, 260-273. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
100. Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlsen, S., & Nazroo, J. (2006). Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on Māori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. *The Lancet*, 367(9527), 2005-2009.
101. Haywood, K. L., Garratt, A. M., & Fitzpatrick, R. (2006). Quality of life in older people: a structured review of self-assessed health instruments. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 6(2), 181-194.
102. Hebebrand J, Anagnostopoulos D, Eliez S, Linse H, PejovicMilovancevic M, Klasen H. Μια

103. Herjanic, B., Herjanic, M., Brown, F., & Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3(1), 41-48.
104. Hertzman C, 2012. Θέτοντας την έννοια της βιολογικής ενσωμάτωσης σε ιστορική προοπτική. *PNAS Proc. Natl. Acad. Επιστήμη ΗΠΑ A* 109, 17160-17167. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
105. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Marchbanks PA, 2001. Ανεπιθύμητες εμπειρίες παιδικής ηλικίας και συμπεριφορές σεξουαλικού κινδύνου στις γυναίκες: μια αναδρομική μελέτη κούρτης. *Φαμ. Σχέδιο. Προοπτική* 33, 206–211. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
106. Hoffman L, Stawski RS, 2009. Άτομα ως πλαίσια: αξιολόγηση επιδράσεων μεταξύ προσώπων και προσώπων σε διαχρονική ανάλυση. *Res. Βουητό. Dev* 6, 97–120. [[Μελετητής Google](#)]
107. Hoover-Dempsey, K. V., Walker, J. M., Sandler, H. M., Whetsel, D., Green, C. L., Wilkins, A. S., & Closson, K. (2005). Why do parents become involved? Research findings and implications. *The elementary school journal*, 106(2), 105-130.
108. Houlihan, C. M., O'Donnell, M., Conaway, M., & Stevenson, R. D. (2004). Bodily pain and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 46(5), 305-310.
109. Hu L, Bentler PM, 1999. Κριτήρια αποκοπής για ευρετήρια προσαρμογής στην ανάλυση δομής συνδιακύμανσης: συμβατικά κριτήρια έναντι νέων εναλλακτικών λύσεων. *Δομή. Ισο Μοντέλο* 6, 1–55. [[Μελετητής Google](#)]
110. Hughes, M., & Thomas, M. E. (1998). The continuing significance of race revisited: A study of race, class, and quality of life in America, 1972 to 1996. *American Sociological Review*, 785-795.
111. Jenney, M. E., & Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives of disease in childhood*, 77(4), 347-350.
112. Jirojanakul, P., & Skevington, S. (2000). Developing a quality of life measure for children aged 5-8 years. *British Journal of Health Psychology*, 5(3), 299-321.
113. Jirojanakul, P., Skevington, S. M., & Hudson, J. (2003). Predicting young children's quality of life. *Social science & medicine*, 57(7), 1277-1288.
114. Johnson MH, 2005. Ευαίσθητες περίοδοι στη λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου: προβλήματα και προοπτικές. *Dev. Psychobiol* 46, 287-292. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]

115. Johnston-Brooks CH, Lewis MA, Evans GW, Whalen CK, 1998. Χρόνιο στρες και ασθένεια στα παιδιά: ο ρόλος του αλλοστατικού φορτίου. *Ψυχοσώμα. Med* 60, 597-603. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
116. Joshi H, Fitzsimons E. The Millennium Cohort Study: the making of a multi-purpose resource for social science and policy. *Longitudinal and Life-Course Studies*. 2016;7(4):409–430. [[Google Scholar](#)]
117. Juniper, E. F. (1997). How important is quality of life in pediatric asthma?. *Pediatric Pulmonology*, 24(S15), 17-21.
118. Kendler KS, Baker JH, 2007. Γενετικές επιδράσεις στα μέτρα του περιβάλλοντος: μια συστηματική ανασκόπηση. *Ψυχολ. Med* 37, 615–626. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
119. Kessler R, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002;32(6):959–976. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
120. Kessler R, Foster C, Saunders W, Stang P. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(7):1026–1032. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
121. Ketende S. Technical report on response. London: Centre for Longitudinal Studies; 2010. [[Google Scholar](#)]
122. Khamis, V. (2005). Post-traumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 81-95.
123. Kilroe, J., & Keenaghan, C. (2008). A study on the quality of life tool KIDSCREEN for children and adolescents in Ireland: Results of the KIDSCREEN National Survey Kolaitis G et al 2004.
124. Kosti, R. I., Panagiotakos, D. B., Mariolis, A., Zampelas, A., Athanasopoulos, P., & Tountas, Y. (2009). The diet–lifestyle index evaluating the quality of eating and lifestyle behaviours in relation to the prevalence of overweight/obesity in adolescents. *International journal of food sciences and nutrition*, 60(sup3), 34-47.
125. Kourlaba, G., Panagiotakos, D. B., Mihas, K., Alevizos, A., Marayiannis, K., Mariolis, A., & Tountas, Y. (2009). Dietary patterns in relation to socio-economic and lifestyle characteristics among Greek adolescents: a multivariate analysis. *Public health nutrition*, 12(9), 1366-1372.
126. Kousoulis, A. A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K. P. (2016). Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. *International journal for equity in health*, 15(1), 122.

127. Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International journal of epidemiology*, 30(4), 668-677.
128. Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*, 18(1), 341-378.
129. Laane, K. M., Meberg, A., Otterstad, J. E., Frøland, G., Sørland, S., Lindstrom, B., & Eriksson, B. (1997). Quality of life in children with congenital heart defects. *Acta Paediatrica*, 86(9), 975-980.
130. Landgraf, J. M., & Abetz, L. N. (1997). Functional status and well-being of children representing three cultural groups: initial self-reports using the CHQ-CF87. *Psychology and Health*, 12(6), 839-854.
131. Landgraf, J. M., Maunsell, E., Speechley, K. N., Bullinger, M., Campbell, S., Abetz, L., & Ware, J. E. (1998). Canadian-French, German and UK versions of the Child Health Questionnaire: methodology and preliminary item scaling results. *Quality of Life Research*, 7(5), 433-445.
132. Lane SP, Bluestone C, Burke CT, 2013. Διαδρομές του ΔΜΣ από την πρώιμη παιδική ηλικία έως την πρώιμη εφηβεία: SES και ψυχοκοινωνικοί προγνωστικοί παράγοντες. *Μπρ. J. Health Psychol* 18, 66-82. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
133. Lantz PM, Ηο Βιβλιογραφία: Κοτζαμάνης Β, Καρκούλη. Η μετανάστευση ρέει στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, 2016. Επίδειξη ειδήσεων 26. Διαθέσιμο από <http://www.tovima.gr/files/1/2016/04/metanaroes.pdf>
134. Lantz PM, House JS, Mero RP, Williams DR. Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: Results from the Americans' changing lives study. *J Health Soc Behav.* 2005;46(3): 274–88. 10.1177/002214650504600305 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
135. Larsen, M. P., Eisenberg, M. S., Cummins, R. O., & Hallstrom, A. P. (1993). Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Annals of emergency medicine*, 22(11), 1652-1658.
136. Lassale C, Peneau S, Touvier M, Julia C, Galan P, Hercberg S, 2013. Ισχύς βάρους και ύψους αυτοαναφερόμενων μέσω διαδικτύου: αποτελέσματα της μελέτης Nutrinet-Sante. *J. Med. Διαδίκτυο Res* 15 (8), e152. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
137. Lau, Takeuchi : Cultural factors in help seeking for child behavior problems: Value orientation, affective responding , and severity appraisals among Chinese American parents. *Journal of Community Psychology*, Vol 29, Issue 6, pgs675-692 (2001)

138. Leidy MS, Schofield TJ, Miller MA, Parke RD, Coltrane S, et al., 2011. Πατρότητα και προσαρμογή των εφήβων: παραλλαγές ανά οικογενειακή δομή και εθνικό υπόβαθρο. Πατέρας 9, 44–68. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
139. Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent–child communication. Soc Indic Res. 2012;106(2):287–305. [[Google Scholar](#)]
140. Lindstrom B: Measuring and improving quality of life for children. In Social
141. Lindstrom, B. (1996). Dissertation abstracts-The essence of existence-On the quality of life of children in the Nordic countries. SCANDINAVIAN JOURNAL OF SOCIAL WELFARE, 5(2), 117-117.
142. Marra, C. A., Levine, M., McKerrow, R., & Carleton, B. C. (1996). Overview of Health-Related Quality-of-Life Measures for Pediatric Patients: Application in the Assessment of Pharmacotherapeutic and Pharmacoeconomic Outcomes. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 16(5), 879-888.
143. Martinez, R. O., & Dukes, R. L. (1997). The effects of ethnic identity, ethnicity, and gender on adolescent well-being. Journal of youth and adolescence, 26(5), 503-516.
144. Matza, L. S., Swensen, A. R., Flood, E. M., Secnik, K., & Leidy, N. K. (2004). Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. Value in health, 7(1), 79-92.
145. McCall S: Quality of life. Volume 2; 1975.
146. McCarthy, M. L., Silberstein, C. E., Atkins, E. A., Harryman, S. E., Sponseller, P. D., & Hadley-Miller, N. A. (2002). Comparing reliability and validity of pediatric instruments for measuring health and well-being of children with spastic cerebral palsy. Developmental Medicine and Child Neurology, 44(7), 468-476.
147. McEwen BS, 1998. Προστατευτικά και βλαβερά αποτελέσματα των διαμεσολαβητών του στρες. Ν. Έγκλ. J. Med 338, 171–179. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
148. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ, 2009. Η επιγενετική ρύθμιση του υποδοχέα γλυκοκορτικοειδών στον ανθρώπινο εγκέφαλο σχετίζεται με κακοποίηση παιδικής ηλικίας. Nat. Neurosci 12, 342–348. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
149. McKee L, Roland E, Coffelt N, Olson AL, Forehand R, et al., 2007. Σκληρή συμπεριφορά και συμπεριφορές παιδικών προβλημάτων: οι ρόλοι της θετικής γονικής μέριμνας και του φύλου. J. Φαμ. Βία 22, 187–196. [[Μελετητής Google](#)]

150. McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, Lakoma MD, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. *Soc Sci Med*. 2011;73(7): 1088–96. 10.1016/j.socscimed.2011.06.011 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
151. Meaney MJ, Szyf M, 2005. Η μητρική φροντίδα ως πρότυπο για την πλαστικότητα χρωματίνης που εξαρτάται από την εμπειρία; *Trends Neurosci*. 28, 456–463. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
152. Mechanic D, Hansell S, 1989. Διαζύγιο, οικογενειακές συγκρούσεις και ευημερία των εφήβων. *J. Health Soc. Behav* 30, 105–116. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
153. Meeberg GA: Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs* 1993, 18(1):32-38.
154. Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32-38.
155. Megherbi, S. E., Milan, C., Minier, D., Couvreur, G., Osseby, G. V., Tilling, K., ... & Giroud, M. (2003). Association between diabetes and stroke subtype on survival and functional outcome 3 months after stroke: data from the European BIOMED Stroke Project. *Stroke*, 34(3), 688-694.
156. Melby JN, Conger RD, 2001. Οι κλίμακες αξιολόγησης της αλληλεπίδρασης της οικογένειας Iowa: σύνοψη οργάνων Σε: Kerig P, Lindahl K (Eds.), *Συστήματα κωδικοποίησης οικογένειας παρατήρησης: Πόροι για συστηματική έρευνα*. Erlbaum, Mahwah, NJ. [[Μελετητής Google](#)]
157. Merrick MT, Leeb RT, Lee RD, 2013. Εξέταση του ρόλου των ασφαλών, σταθερών και καλλιεργητικών σχέσεων στη διαγενεακή συνέχεια της κακομεταχείρισης και εισαγωγή στο ειδικό θέμα. *J. Adolesc. Υγεία* 53 (5), S1 – S3. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
158. Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., & Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research*, 18(9), 1147.
159. Miller G, Chen E, Cole SW, 2009. Ψυχολογία υγείας: ανάπτυξη βιολογικά εύλογων μοντέλων που συνδέουν τον κοινωνικό κόσμο και τη σωματική υγεία. *Ανου. Rev. Psychol* 60, 501–524. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
160. Miller GE, Chen E, Parker KJ, 2011. Ψυχολογικό άγχος στην παιδική ηλικία και ευαισθησία στις χρόνιες ασθένειες της γήρανσης: μετάβαση σε ένα μοντέλο συμπεριφορικών και βιολογικών μηχανισμών. *Ψυχολ. Δελτίο* 137, 959–997. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]

161. Mollica R, Poole C, Son L, et al. Επιπτώσεις του τραυματικού πολέμου στον πρόσφυγα της Καμπότζης έφηβοι " λειτουργική υγεία και ψυχική υγεία. *J Am Acad Παιδική Ψυχιατρική* 1997, 36: 1098 - 106.
162. Montgomery SM, Bartley MJ, Wilkinson RG, 1997. Οικογενειακές συγκρούσεις και αργή ανάπτυξη. *Αψίδα. Δρ. Παιδί* 77, 326–330. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
163. Mulvaney-Day NE, Alegria M, Sribney W, 2007. Κοινωνική συνοχή, κοινωνική υποστήριξη και υγεία μεταξύ των Λατίνων στις Ηνωμένες Πολιτείες. *Soc. Επιστήμη Med* 64, 477–495. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
164. Muthén LK, Muthén BO, 2006. Οδηγός χρήστη Mplus, τέταρτη έκδοση. Muthén & Muthén, Λος Άντζελες, Καλιφόρνια. [[Μελετητής Google](#)]
165. Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *Am J Public Health*. 2010;100(9): 1719–23. 10.2105/AJPH.2009.180943 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
166. Nazroo, J. Y. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American journal of public health*, 93(2), 277-284.
167. Ng, E., Wilkins, R., Gendron, F., & Berthelot, J. (2005). Healthy today, healthy tomorrow? Findings from the national population health survey.
168. O'Brien M, Nader PR, Houts RM, Bradley R, Friedman SL, et al., 2007. Η οικολογία του παιδικού υπέρβαρου: μια διαχρονική ανάλυση 12 ετών. *Ent J. Obes* 31, 1469–1478. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
169. Pacione L, Measham T, Rousseau C. Παιδιά πρόσφυγες: ψυχική υγεία και αποτελεσματική παρεμβαση. *Εκπρόσωπος Ψυχιατρικής Curr* 2013, 15: 341
170. Padilla-Moledo C, Ruiz JR, Castro-Pinero J. Parental educational level and psychological positive health and health complaints in Spanish children and adolescents. *Child Care Health Dev*. 2016;42(4): 534–43. 10.1111/cch.12342 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
171. Paediatrics. Edited by Lindstrom B, Spencer N. Oxford: Oxford University Press; 1995:570-585.
172. Pantell, R. H., & Lewis, C. C. (1987). Measuring the impact of medical care on children. *Journal of chronic diseases*, 40, 99S-108S.
173. Pantzer, K., Rajmil, L., Tebé, C., Codina, F., Serra-Sutton, V., Ferrer, M., ... & Alonso, J. (2006). Health related quality of life in immigrants and native school

- aged adolescents in Spain. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(8), 694-698.
174. Parker JG, Asher SR, 1993. Αποδοχή από ομοτίμους και μεταγενέστερη προσωπική προσαρμογή: διατρέχουν τον κίνδυνο τα χαμηλά παιδιά *Ψυχολ. Δελτίο* 102, 357-389. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
175. Paxton GA, Smith N, Win AK, Mulholland N, Hood S. Πρόσφυγας αναφορά κατάσταση. Μια έκθεση για το πώς τα παιδιά πρόσφυγες και οι νέοι στη Βικτώρια έχουν καλή κατάσταση. Μελβούρνη, Αυστραλία: Κυβέρνηση της Βικτώριας, Τμήμα Παιδείας και Ανάπτυξη της Πρόωρης Παιδικής ηλικίας 201. Διατίθεται από το [http://www.myan.org.au/file/ file / berguna% 20resources /πρόσφυγας-κατάσταση-έκθεση.pdf](http://www.myan.org.au/file/file/berguna%20resources/πρόσφυγας-κατάσταση-έκθεση.pdf)
176. Peters E, Riksen-Walraven M, Cillessen ANH, de Weerth C, 2011. Απόρριψη από ομοτίμους και δραστηριότητα HPA στη μέση παιδική ηλικία: η φιλία κάνει τη διαφορά. *Παιδί. Dev* 82, 1906-1920. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
177. Pettit GS, Bates JE, Dodge KA, 1997. Υποστηρικτική γονική μέριμνα, οικολογικό πλαίσιο και προσαρμογή των παιδιών: μια επταετής διαχρονική μελέτη. *Παιδί. Dev* 68, 908-923. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
178. Phares V, Renk K. Perceptions of parents: a measure of Adolescents' feelings about their parents. *J Marriage Fam.* 1998;60(3):646-659. [[Google Scholar](#)]
179. Phinney, J. S. (1991). Ethnic identity and self-esteem: A review and integration. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 13(2), 193-208.
180. Phinney, J. S., Cantu, C. L., & Kurtz, D. A. (1997). Ethnic and American identity as predictors of self-esteem among African American, Latino, and White adolescents. *Journal of Youth and adolescence*, 26(2), 165-185.
181. Phinney, J. S., Chavira, V., & Tate, J. D. (1993). The effect of ethnic threat on ethnic self-concept and own-group ratings. *The Journal of Social Psychology*, 133(4), 469-478.
182. Pietromonaco PR, Uchino B, Dunkel-Schetter C, 2013. Διαδικασίες στενής σχέσης και υγεία: επιπτώσεις της θεωρίας προσκόλλησης στην υγεία και τις ασθένειες. *Υγεία Ψυχο.* 32, 499-513. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
183. Plomin R, 1994. Γενετική και Εμπειρία. Sage, Newbury Park, Καλιφόρνια. [[Μελετητής Google](#)]
184. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(3): 345-65. 10.1111/jcpp.12381 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

185. Porter M., Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A Meta-Analysis. *JAMA* 2005, 294(5):602-612
186. Porter, J. R., & Washington, R. E. (1979). Black identity and self-esteem: A review of studies of Black self-concept, 1968-1978. *Annual Review of Sociology*, 5(1), 53-74.
187. Prochaska JJ, Sung HY, Max W, Shi Y, Ong M. Validity study of the K6 scale as a measure of moderate mental distress based on mental health treatment need and utilization. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2012;21(2):88–97. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
188. Pursey K, Burrows TL, Stanwell P, Collins CE, 2014. Πόσο ακριβής είναι ο αυτοαναφερόμενος δείκτης ύψους, βάρους και μάζας σώματος βάσει διαδικτύου σε νεαρούς ενήλικες; *J. Med. Διαδίκτυο Res* 16 (1), e4 10.2196 / jmir.2909. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Μελετητής Google](#)]
189. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Gosch A, Wille N. Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clin Psychol Psychother*. 2008;15(3): 154–63. 10.1002/cpp.574 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
190. Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of life research*, 7(5), 399-407.
191. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Bruil, J., ... & European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(5), 294-302.
192. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M. & Mazur, J. the KIDSCREEN Group: The KIDSCREEN quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*.
193. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., & Mazur, J. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5(3), 353-364.
194. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Power, M., ... & Mazur, J. (2008). The KIDSCREEN-52 quality of life measure for

- children and adolescents: Psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value in health*, 11(4), 645-658.
195. Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(5), 298-304.
 196. Reilly, T., & Williams, A. M. (Eds.). (2003). *Science and soccer*. Routledge.
 197. Reinjfjell, T., Diseth, T. H., Veenstra, M., & Vikan, A. (2006). Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 61.
 198. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2013;90: 24–31. 10.1016/j.socscimed.2013.04.026 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
 199. Renwick, R. E., Brown, I. E., & Nagler, M. E. (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. Sage Publications, Inc.
 200. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE, 2002. Επικίνδυνες οικογένειες: οικογενειακά κοινωνικά περιβάλλοντα και η ψυχική και σωματική υγεία των απογόνων. *Ψυχολ. Δελτίο* 128, 330–366. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
 201. Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American journal of preventive medicine*, 26(5), 419-425.
 202. Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of advanced nursing*, 34(6), 787-794.
 203. Rohrer JE, Arif A, Denison A, Young R, Adamson S, 2007. Συνολική αυτοαξιολογημένη υγεία ως δείκτης αποτελέσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα. *J. Eval. Κλιν. Πρακτική* 13, 882–888. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
 204. Rosenbaum, P. (1996). Measuring health-related quality of life in pediatric populations. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 785-791.
 205. Roza SJ, Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J*

- Psychiatry. 2003;160(12): 2116–21. 10.1176/appi.ajp.160.12.2116 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
206. Russek LG, Schwartz GE, 1997. Οι αντιλήψεις για τη φροντίδα των γονέων προβλέπουν την κατάσταση της υγείας στη μέση ζωή: μια 35χρονη παρακολούθηση της Harvard Mastery of Stress Study. *Ψυχοσώμα*. Med 59, 144–149. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
207. Ryff, C. D., Keyes, C. L., & Hughes, D. L. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth?. *Journal of health and Social Behavior*, 275-291.
208. Sampasa-Kanyinga H, Roumeliotis P, Xu H. Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian schoolchildren. *PLoS One*. 2014;9(7):e102145. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
209. Schafer MH, Morton PM, Ferraro KF, 2014. Κακοποίηση παιδιών και υγεία ενηλίκων σε εθνικό δείγμα: ετερογενή σχεσιακά πλαίσια, αποκλίνουσες επιπτώσεις; Κακοποίηση παιδιών *Negl*. 38, 395–406. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
210. Schneider SK, O'Donnell L, Stueve A, Coulter RWS. Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: a regional census of high school students. *Am J Public Health*. 2012;102(1):171–177. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
211. Schofield TJ, Lee RD, Merrick MT, 2013. Ασφαλείς, σταθερές, καλλιεργητικές σχέσεις ως συντονιστής της διαγενεακής συνέχειας της παιδικής κακοποίησης: μια μετα-ανάλυση. *J. Adolesc. Υγεία* 53 (5), S32 – S38. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
212. Schofield TJ, Weaver JM, 2015. Δημοκρατικές πεποιθήσεις γονέων και παρατηρούμενη γονική ευαισθησία: αμοιβαίες επιρροές μεταξύ των συνισταμένων. *J. Φαμ. Psychol* (εκ των προτέρων ηλεκτρονική έκδοση). [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
213. Schuessler, K. F., & Fisher, G. A. (1985). Quality of life research and sociology. *Annual review of sociology*, 11(1), 129-149.
214. Senn TE, Walsh JL, Carey MP. The Mediating Roles of Perceived Stress and Health Behaviors in the Relation Between Objective, Subjective, and Neighborhood Socioeconomic Status and Perceived Health. *Ann Behav Med*. 2014;48(2): 215–24. 10.1007/s12160-014-9591-1 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

215. Senn TE, Walsh JL, Carey MP. The Mediating Roles of Perceived Stress and Health Behaviors in the Relation Between Objective, Subjective, and Neighborhood Socioeconomic Status and Perceived Health. *Ann Behav Med.* 2014;48(2): 215–24. 10.1007/s12160-014-9591-1 [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
216. Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2002). Accepting threatening information: Self-Affirmation and the reduction of defensive biases. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 119-123.
217. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS, 2009. Νευροεπιστήμη, μοριακή βιολογία και οι ρίζες της παιδικής ηλικίας των ανισοτήτων στην υγεία, δημιουργώντας ένα νέο πλαίσιο για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. *JAMA* 301, 2252-2259. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
218. Siervo M, Wells JC, Cizza G, 2009. Η συμβολή του ψυχοκοινωνικού στρες στην επιδημία της παχυσαρκίας: μια εξελικτική προσέγγιση. *Ορμή. Metab. Res* 41, 261-270. [[Δωρεάν άρθρο PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
219. Silove D., Ekblad S. How well do refugees adapt after resettlement in Western countries? *Acta Psychiatr Scand* 2002, 106 (6): 401–402.
220. Silove, D., & Ekblad, S. (2002). How well do refugees adapt after resettlement in Western countries?
221. Simeoni, M. C., Auquier, P., Antoniotti, S., Sapin, C., & San Marco, J. L. (2000). Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: the VSP-A. *Quality of Life Research*, 9(4), 393-403.
222. Singer JD, Willett JB, 2003. Εφαρμοσμένη ανάλυση διαχρονικών δεδομένων: Αλλαγή μοντελοποίησης και εμφάνιση συμβάντων. Oxford University Press, Νέα Υόρκη, Νέα Υόρκη. [[Μελετητής Google](#)]
223. Sitaropoulos, N. (2000). Modern Greek asylum policy and practice in the context of the relevant European developments. *Journal of Refugee Studies*, 13(1), 105-117.
224. Sitaropoulos, N. (2002). Refugee welfare in Greece: towards a remodelling of the responsibility-shifting paradigm?. *Critical Social Policy*, 22(3), 436-455.
225. Skevington, S. M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life research*, 11(2), 135-144.
226. Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(1), 1-8.

227. Spunberg, J. J., Chang, C. H., Goldman, M., Auricchio, E., & Bell, J. (1981). Quality of long-term survival following irradiation for intracranial tumors in children under the age of two. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 7(6), 727-736.
228. Spurrier, N. J., Sawyer, M. G., Clark, J. J., & Baghurst, P. (2003). Socio-economic differentials in the health-related quality of life of Australian children: results of a national study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27(1), 27-33.
229. Stansfeld, S. A., Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). Social support and social cohesion. *Social determinants of health*, 2, 148-71
230. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG, 1994. Μια μελέτη παρατήρησης για μητέρες με διατροφικές διαταραχές και τα βρέφη τους. *J. Child Psychol. Ψυχιατρική* 35, 733-748. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
231. Strohschein L. Parental divorce and child mental health trajectories. *Journal of Marriage and Family*. 2005;67:1286–1300. [[Google Scholar](#)]
232. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993, 2(2):153-159.
233. Sv Stumm, Deary IJ, Kivimäki M, Jokela M, Clark H, Batty GD. Childhood behavior problems and health at midlife: 35-year follow-up of a Scottish birth cohort. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(9): 992–1001. 10.1111/j.1469-7610.2011.02373.x [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
234. Svavarsdottir, E. K., & Orlygsdottir, B. (2006). Health-related quality of life in Icelandic school children. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(2), 209-215.
235. Tammariello AE, Gallahue NK, Ellard KA, Woldesemait N, Jacobsen KH. Parental involvement and mental health among Thai adolescents. *Adv School Ment Health Promot*. 2012;5(4):236–245. [[Google Scholar](#)]
236. Tinghög P., Al-Saffar S., Carstensen J., Nordenfelt L. The association of immigrant - and non-immigrant - specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. *IntJ Soc Psychiatry* 2009, 56 (1):74-9310
237. Tsai, J. L., Ying, Y. W., & Lee, P. A. (2001). Cultural predictors of self-esteem: A study of Chinese American female and male young adults. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(3), 284.
238. Tucker LR, Lewis C, 1973. Ένας συντελεστής αξιοπιστίας για ανάλυση παράγοντα μέγιστης πιθανότητας. *Ψυχομετρία* 38, 1–10. [[Μελετητής Google](#)]

239. Tyler, C., Johnston, C. A., Fullerton, G., & Foreyt, J. P. (2007). Reduced quality of life in very overweight Mexican American adolescents. *Journal of Adolescent Health, 40*(4), 366-368.
240. Umaña-Taylor, A. J., Diversi, M., & Fine, M. A. (2002). Ethnic identity and self-esteem of Latino adolescents: Distinctions among the Latino populations. *Journal of Adolescent Research, 17*(3), 303-327.
241. Umaña-Taylor, A. J., Yazedjian, A., & Bámaca-Gómez, M. (2004). Developing the ethnic identity scale using Eriksonian and social identity perspectives. *Identity: An International Journal of Theory and Research, 4*(1), 9-38.
242. UNHCR (Υπατη Αρμοστέία Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες), 2001, <http://www.unhcr.gr/>
243. Upton, P., Eiser, C., Cheung, I., Hutchings, H. A., Jenney, M., Maddocks, A., ... & Williams, J. G. (2005). Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scales. *Health and quality of life outcomes, 3*(1), 22.
244. Utsey, S. O., Chae, M. H., Brown, C. F., & Kelly, D. (2002). Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*(4), 366.
245. Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Seid, M., & Skarr, D. (2003). The PedsQL™* 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity. *Academic Pediatrics, 3*(6), 329-341.
246. Vogels, T., Verrips, G. H. W., Verloove-Vanhorick, S. P., Fekkes, M., Kamphuis, R. P., Koopman, H. M., ... & Wit, J. M. (1998). Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form. *Quality of life research, 7*(5), 457-465.
247. Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C., & Ravens-Sieberer, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(2), 130-135.
248. Vukojevic M, Zovko A, Talic I, Tanovic M, Resic B, Vrdoljak I, et al. Parental Socioeconomic Status as a Predictor of Physical and Mental Health Outcomes in Children—Literature Review. *Acta Clin Croat.* 2017;56(4): 742–8. 10.20471/acc.2017.56.04.23 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
249. Wallander, J. L., Schmitt, M., & Koot, H. M. (2001). Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications. *Journal of clinical psychology, 57*(4), 571-585.

250. Wegman HL, Steltler C, 2009. Μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση των επιπτώσεων της παιδικής κακοποίησης στα ιατρικά αποτελέσματα κατά την ενηλικίωση. *Ψυχοσώμα. Med* 71, 805-812. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
251. Weidner G, Hutt J, Connor SL, Mendell NR, 1992. Οικογενειακό στρες και στεφανιαίο κίνδυνο στα παιδιά. *Ψυχοσώμα. Med* 54, 471–479. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
252. Wethington E, Kessler RC, 1986. Αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, έλαβε υποστήριξη και προσαρμογή σε αγχωτικά γεγονότα ζωής. *J. Health Soc. Behav* 27, 78–89. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
253. Weyers S, Dragano N, Mobus S, Beck EM, Stang A, Mohlenkamp S, et al. Poor social relations and adverse health behaviour: stronger associations in low socioeconomic groups? *Int J Public Health*. 2010;55(1): 17–23. 10.1007/s00038-009-0070-6 [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
254. White HR, Widom CS, 2003. Η παιδική θυματοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου; Μια μελέτη προοπτικών 25 ετών. *Κακοποίηση παιδιών Negl.* 27, 841-885. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
255. WHO, J., & World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WH.
256. WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2(2), 153-159.
257. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V, 2002. Σωματικό βάρος και παχυσαρκία σε ενήλικες και αυτοαναφερόμενη κακοποίηση στην παιδική ηλικία. *Ent J. Obes* 26, 1075–1082. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
258. Wills TA, Cleary SD, 1996. Πώς διαμεσολαβούνται τα αποτελέσματα κοινωνικής υποστήριξης; Ένα τεστ με γονική υποστήριξη και χρήση εφήβων ουσιών. *J. Προσωπικά. Soc. Psychol* 71, 937–952. [[PubMed](#)] [[Μελετητής Google](#)]
259. Wong-Kim, E., Sun, A., & DeMattos, M. C. (2003). Assessing cancer beliefs in a Chinese immigrant community. *Cancer Control*, 10(5_suppl), 22-28.
260. Wooldridge JM. Inverse probability weighted estimation for general missing data problems. *Journal of Econometrics*. 2007;141(2):1281–1301. [[Google Scholar](#)]
261. World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization.
262. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion glossary. WHO (WHO/HPR/HEP/98.1), Geneva, 1998

263. Young, R. J. (2005). Colonial desire: Hybridity in theory, culture and race. Routledge.
264. Yu Rueger, S., Katz RL, Risser HJ, Lovejoy MC, 2011. Σχέσεις μεταξύ γονικής επιρροής και γονικής συμπεριφοράς: μια μετα-αναλυτική ανασκόπηση. Μητρική εταιρεία. Επιστήμη Πρακτική 11, 1–33. [[Μελετητής Google](#)]
265. Zautra A, D G: Quality of life indicators: A Review of the literature. Community Mental Health Rev 1979, 4:1-10.
266. Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. Community Mental Health Reveiw, 4(1), 1-14.
267. Αναγνωστόπουλος DC, Βλασοπούλου Μ, Ροτσικά V, Πεχλιβανίδου Η, Legaki L, Rogakou E et al. Χρήση των υπηρεσιών ψυχοπαθολογίας και ψυχικής υγείας από τα παιδιά των μεταναστών και τις οικογένειές τους. Transcult Ψυχιατρική 2004,41: 465–486, doi: 10.1177 / 1363461504047930
268. Αναγνωστόπουλος DC, Σουμάκι Ε. Η κατάσταση της ψυχιατρικής παιδιών και εφήβων στην Ελλάδα κατά τη διεθνή οικονομική κρίση: μια σύντομη έκθεση. Eur Παιδική Ψυχιατρική Εφήβων 2013, 22: 131–34, doi: 10.1007 / s00787-013-0377-ε
269. Αναγνωστόπουλος DC, Τριανταφύλλου Κ, Ξυλούρης Γ, Μπακατσέλος Γ, Γιαννακόπουλος Γ. Θέματα ψυχικής υγείας μετανάστευσης στην Ευρώπη: η περίπτωση της Ελλάδας. Eur.Παιδική Ψυχιατρική Εφήβων 2016, 25: 119–122, doi: 10.1007 / s00787-015-0806-1
270. Αριστοτέλης: Ηθικά Νικομάχεια. Αθήνα: Α. Κάκτος; 1993.
271. Αυστραλιανό Γραφείο Στατιστικής. Ψυχική υγεία των νέων, 2007. (Cited 19 July 2010)
Διαθέσιμο από: [http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/4840.0.55.001Main%20 Features82007? Opendocument &tabname%2FSummary & prodno %2F4840.0.55.001 & issue%2F2007 & num%2F & view%2F](http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/4840.0.55.001Main%20Features82007?Opendocument&tabname%2FSummary&prodno%2F4840.0.55.001&issue%2F2007&num%2F&view%2F)
272. Γρηγορίου Α. Η Κατάθλιψη κτυπά τους μετανάστες, ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 29/07/2007
http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=29.07.2007,id=1155496
273. Δημητρίου – Παπαβασιλείου Δ. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ. ΔΕ ΠΑ.ΜΑΚ, Θεσσαλονίκη 2005
274. Ελληνική Αστυνομία (2016) Στατιστικά στοιχεία παράνομης μετανάστευσης. (Αναφέρεται στις 12 Φεβρουαρίου 2017) Διαθέσιμο από [http://www.astynomia.gr / index.php? option = ozo_content & lang =% 27 ..% 27 & perform = view & id = 55858 & Itemid= 1240 & lang =](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&lang=%27..%27&perform=view&id=55858&Itemid=1240&lang=)

275. ΕΣΥΕ : Απογραφή πληθυσμού του 2001 της ΕΣΥΕ, www.statistics.gr
276. Καλού, Α. (2017). Διερεύνηση δεικτών της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα σε περίοδο οικονομικής αστάθειας και ύφεσης (Doctoral dissertation)
277. Καψάλης Α. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ – ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ, Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε, Μελέτες, τ. 22, 2005, <http://www.inegsee.gr/ereunes-meletes-biblia.htm>) 12
278. ΚΛΙΜΑΚΑ (ΜΚΟ). Διαπολιτισμική προσέγγιση της Ψυχικής Υγείας. Περιοδική έκδοση
ΚΛΙΜΑΚΑ, τχ2, 2007, http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/diapolitismi_kiproseggisi_psykikis_igeias.pdf
279. Κολαΐτης Γ, Γιαννακόπουλος Γ. Ελληνική οικονομική κρίση και ψυχική υγεία των παιδιών. Νυστέρι 2015, 386: 335. Διαθέσιμο από [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)61402-7.Pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)61402-7.Pdf)
280. Κοτζαμάνης Β, Καρκούλη. Η μετανάστευση ρέει στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, 2016. Επίδειξη ειδήσεων 26. Διαθέσιμο από <http://www.tovima.gr/files/1/2016/04/metanaroes.pdf>
281. Μαδιανός Μ. Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2000
282. Μαράτου-Αλιπράντη Λ., Γκαζόν Ερ. (ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ), ΕΚΘΕΣΗ : Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης - Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης . ΑΘΗΝΑ, 2005, <http://www.ekke.gr/>
283. Μπουφίδης Σ.: «Ματαίωση ονείρων, ψυχοσθένειες και μετανάστες». Ιατρικά θέματα. Medecins sans frontiers (Γιατροί Χωρίς Σύνορα). www.msf.gr
284. Νάκου, Σ. (2001). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 254-266.
285. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), 239-253.
286. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. ICD-10 ταξινόμηση των διανοητικών και διαταραχές συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες διάγνωσης. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη, 1992
287. Παπλωματά, Μ. Α. (2013). Η ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα, προβλήματα όρασης, προβλήματα ακοής, νοητική υστέρηση: μία διανατηρική έρευνα. Υγείας, Π. Ο. (1992). ICD-10. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
288. Παρσάνογλου Δ., Μιχελιουδάκη Κ., Πετράκου Η., Πανταζή Α. (Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής): «Το ψυχοκοινωνικό προφίλ του

- μετανάστη και η ένταξή του», Αθήνα 2007.
<http://www.imepo.gr/documents/psixokoinonikoeuropeanprofiles.pdf> 20.
Ελευθεροτυπία, 16-1-2008. Ανοίξτε τα νοσοκομεία για τους λαθρομετανάστες
http://www.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=16.01.2008,id=30334768
πρώτη αξιολόγηση των αναγκών των νέων προσφύγων που φθάνουν στην
Ευρώπη: τι πρέπει να γνωρίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Eur Παιδική
Ψυχιατρική Εφήβων 2016,25:1–6, doi: 10.1007/s00787-015-0807-0
289. Σκαλκίδου Α., Καζιάνη Α., Κούκιος Δ., Σπυριδόπουλος Θ., Τουπαδάκη Ν.,
Φλυτζάνη Β., Παπαδόπουλος Ι. Στ., Πετρίδου Ε.: Θέματα υγείας και
ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς σε παιδιά και εφήβους μειονοτικών ομάδων.
Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, τ.43, 1996
290. ΣΥΝΤΑΓΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΦΕΚ 85/18-4-2001
291. Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό
υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24, 6-18.

Παράρτημα:

1.ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

Διπλωματική εργασία με θέμα:

**«ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΑΠΟ ΣΥΡΙΑ ΚΑΙ
ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ»**

Αγαπητέ γονέα, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας στο μεταπτυχιακό «Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, θα ήθελα να διερευνήσω την Ποιότητα Ζωής στα παιδιά και στους εφήβους πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο από Αφγανιστάν και Συρία.

Υπάρχουν περιορισμένες έρευνες σχετικά με την ποιότητα ζωής των προσφύγων στην Ελλάδα, ειδικότερα σε παιδιά και εφήβους. Στην προσπάθεια προσαρμογής τους στα νέα δεδομένα και στην Ελληνική κοινωνία θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί και η πλευρά των παιδιών και των εφήβων των προσφυγικών οικογενειών. Η συμμετοχή στη μελέτη αυτή προϋποθέτει τη συμπλήρωση δύο ερωτηματολογίων από το παιδί σας, καθώς και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων που θα συμπληρωθεί από την Κοινωνική σας Λειτουργό.

Οι πληροφορίες που θα δοθούν θα διατηρηθούν ανώνυμες και απόρρητες. Η παρούσα έρευνα δεν εκθέτει τους συμμετέχοντες σε κίνδυνο της προσωπικής και σωματικής τους ακεραιότητας και υγείας αντιθέτως στόχο έχει την διερεύνηση δυσκολιών και ελλειμμάτων στην ποιότητα ζωής τους με στόχο το βέλτιστο συμφέρον αυτών.



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Ο κάτωθι γονέας/κηδεμόνας _____, δίνω
εθελουσίως τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή των ανήλικων παιδιών μου

_____ (ονοματεπώνυμο
παιδιών) του _____ (όνομα πατρός) στην έρευνα με τίτλο «Ποιότητα Ζωής
παιδιών από Αφγανιστών και Συρία» και στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τα ίδια,
καθώς και των δημογραφικών στοιχείων της οικογένειάς μου σε συνοδευτικό ερωτηματολόγιο
που θα συμπληρωθεί από τον Κοινωνικό Λειτουργό. Διάβασα το παραπάνω κείμενο και
συμφωνώ για τη συμμετοχή του παιδιού μου σ' αυτή τη δραστηριότητα.

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα

Ημερομηνία _____

2.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ:



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1.Χώρα καταγωγής : Συρία Αφγανιστάν

2.Χώρα γέννησης : Συρία Αφγανιστάν

3.Ανήλικα/Ενήλικα τέκνα οικογένειας : (ξεκινάμε από το μεγαλύτερο στο μικρότερο)

α Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

β Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

γ Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

δ Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

ε Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

στ Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

ζ Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

η Φύλο:.....Ηλικία:.....Τάξη:.....Χρόνια φοίτησης (χώρα καταγωγής):.....

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1.Χρόνια φοίτησης στο σχολείο στη Χώρα καταγωγής: Πατέρας Μητέρα

2. Εργασία στη Χώρα καταγωγής: Πατέρας.....Μητέρα.....

3. Και οι δύο γονείς βρίσκονται στην Ελλάδα; Ναι Όχι *

* Σε περίπτωση που απαντήσατε «Όχι» παρακαλώ αναφέρετε πού βρίσκεται ο άλλος γονέας.

.....

3. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1. Χρόνος παραμονής της οικογένειας στην Ελλάδα; (παρακαλώ αναφέρετε σε μήνες):

.....

2. Αναφερόμενοι λόγοι μετανάστευσης

Οικονομικοί Κοινωνικοί Άλλο

3. Πόσο διήρκησε το ταξίδι μέχρι να φτάσουν Ελλάδα; (παρακαλώ αναφέρετε σε μήνες):

.....

4. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ

1. Διαμένουν σε αυτόνομο διαμέρισμα; Ναι Όχι

2. Διαμένουν σε κτήριο με ομοσθενείς; Ναι Όχι

3. Μοιράζονται το διαμέρισμα με άλλη οικογένεια; Ναι Όχι

4. Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκονται στην οργάνωση;

Λιγότερο από 6 μήνες

Περισσότερο από 6 μήνες

Περισσότερο από 1 έτος

5. Στάδιο διαδικασίας Ασύλου:

α. Αίτημα Ασύλου στην Ελλάδα – Αναμονή απάντησης:

β. Αίτημα Ασύλου στην Ελλάδα – Αναμονή για 1^η συνέντευξη:

γ. Αίτημα οικογενειακής επανένωσης με συγγενή σε άλλη χώρα, παρακαλώ αναφέρετε συγγένεια και χώρα

δ. Κάτοχοι άδειας διαμονής: Παρακαλώ διευκρινίστε:

Πρόσφυγες επικουρική προστασία

ε. Έχουν πάρει πρώτη απορροστική απάντηση στο αίτημα ασύλου

στ. Άλλο(παρακαλώ περιγράψτε):

.....

6. Παρακολούθηση προγραμμάτων ένταξης (μαθήματα ελληνικών, σεμινάρια, συμβουλευτικής αναζήτησης εργασίας) στην Αθήνα.

Πατέρας: Ναι Όχι

Μητέρα: Ναι Όχι

7. Εργάζονται οι γονείς στο παρόν; (παρακαλώ αναφέρετε αντικείμενο εργασίας)

Πατέρας: Ναι Όχι

Μητέρα: Ναι Όχι

5. ΘΡΗΣΚΕΙΑ

1. Σε ποια θρησκεία ανήκουν;

α. Μουσουλμάνοι Σουνίτες

β. Μουσουλμάνοι Σίιτες

γ. Άλλο (Παρακαλώ αναφέρετε:

2. Σε ποια φυλή ανήκουν

α. Χαϊζαρά

β. Πλαταύ

γ. Τατζίκ

δ. Ουζμπέκ

ε. Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε).....

3. Μπορούν να πηγαίνουν σε μέρη/τζαμί να προσεύχονται στην Αθήνα; Ναι Όχι

6. ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

1. Που επιθυμούν να μείνουν;

Στην Ελλάδα:

Σε άλλη χώρα: αναφέρετε

Επαναπατριsmός:

7. ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

1. Προβλήματα υγείας αναφερόμενα για όλα τα μέλη της οικογένειας (βεβαιωμένα με ιατρική διάγνωση- παρακαλώ αναφέρετε συνοπτικά)

Πατέρας:

Διάγνωση:

φαρμακευτική Αγωγή: Ναι Όχι

Αναπηρία: Ναι περιγραφή:

Μητέρα:

Διάγνωση:

φαρμακευτική Αγωγή: Ναι Όχι

Αναπηρία: Ναι περιγραφή:

Τέκνα: (παρακαλώ αναφέρετε στο κουτάκι δίπλα από το γράμμα τη σειρά γέννησης του παιδιού/των παιδιών που αντιμετωπίζουν ιατρικό πρόβλημα πχ 1^ο τέκνο)

α. Διάγνωση:

φαρμακευτική Αγωγή: Ναι Όχι

Αναπηρία: Ναι περιγραφή:

β. Διάγνωση:

φαρμακευτική Αγωγή: Ναι Όχι

Αναπηρία: Ναι περιγραφή:

γ. Διάγνωση:

φαρμακευτική Αγωγή: Ναι Όχι

Αναπηρία: Ναι περιγραφή:

δ. Διάγνωση:

φαρμακευτική Αγωγή: Ναι Όχι

Αναπηρία: Ναι περιγραφή:

Σας ευχαριστώ ιδιαίτερα για τη συνεργασία!