



Τεχνολογικό
Πανεπιστήμιο
Κύπρου

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Διδακτορική διατριβή

**Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού
εκφοβισμού σε ελληνόφωνους τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής
εκπαίδευσης στην Κύπρο**

Γιώργος Αλεξάνδρου

Λεμεσός, Σεπτέμβρης 2025

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διδακτορική διατριβή

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού
εκφοβισμού σε ελληνόφωνους τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής
εκπαίδευσης στην Κύπρο

Γιώργου Αλεξάνδρου

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ. Σωκράτης Σωκράτους

Λεμεσός, Σεπτέμβρης 2025

Έντυπο έγκρισης Επιτροπής Επίβλεψης

Διδακτορική διατριβή

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε ελληνόφωνους τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Παρουσιάστηκε από

Γιώργο Αλεξάνδρου

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ Σωκράτης Σωκράτους, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολής
Επιστημών Υγείας, Τ.Ε.Π.Α.Κ

Υπογραφή _____

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια, , Σχολής Επιστημών Υγείας, Τ.Ε.Π.Α.Κ

Υπογραφή _____

Μέλος συμβουλευτικής επιτροπής Δρ. Ανδρέας Χατζηττοφής, Επίκουρος καθηγητής
Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υπογραφή _____

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Σεπτέμβρης 2025

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Γιώργος Αλεξάνδρου, 2025.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟ

Αφιερωμένο με απέραντη αγάπη και ευγνωμοσύνη στους γονείς μου, για τις αξίες που μου ενστάλαξαν και τη στήριξη που μου προσέφεραν σε κάθε μου βήμα, στη σύζυγό μου, για την αστείρευτη υπομονή, την αγάπη και την πίστη της σε εμένα, και στα τρία μας παιδιά, που με το χαμόγελό τους μου χάρισαν το κίνητρο και τη δύναμη να συνεχίσω μέχρι το τέλος

Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτελεί το επιστέγασμα μιας μακρόχρονης και απαιτητικής πορείας, την οποία δε θα μπορούσα να διανύσω χωρίς τη στήριξη, την καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη πολλών ανθρώπων, στους οποίους οφείλω ειλικρινείς ευχαριστίες.

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τη βαθύτατη ευγνωμοσύνη μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου, Δρ. Σωκράτη Σωκράτους για την καθοδήγηση, την επιστημονική κατάρτιση, τη διαρκή υποστήριξη και την πίστη του στις δυνατότητές μου καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής. Η συμβολή του υπήρξε καθοριστική τόσο σε επιστημονικό όσο και σε ανθρώπινο επίπεδο.

Ιδιαίτερες, θερμές ευχαριστίες απευθύνω και στα υπόλοιπα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, Δρ Μαρία Καρανικόλα και Δρ. Ανδρέα Χατζηττοφή για τις εύστοχες παρατηρήσεις, την εποικοδομητική τους κριτική και τη συνεχή στήριξη στην εξέλιξη της παρούσας έρευνας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους μαθητές και τους γονείς που συμμετείχαν στη μελέτη, καθώς και τους εκπαιδευτικούς που συνέβαλαν στην υλοποίησή της. Χωρίς την πολύτιμη συμβολή τους, η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί.

Τέλος, οφείλω τις πιο εγκάρδιες ευχαριστίες στην οικογένειά μου, και ιδιαίτερα στη σύζυγό μου και στα τρία υπέροχα παιδιά μας, για την απεριόριστη αγάπη, την κατανόηση και τη στήριξή τους σε κάθε στάδιο αυτής της απαιτητικής διαδρομής. Η υπομονή τους, η παρουσία τους και η πίστη τους σε εμένα αποτέλεσαν για εμένα αστείρευτη πηγή δύναμης και έμπνευσης. Χωρίς αυτούς, το ταξίδι αυτό δεν θα είχε την ίδια αξία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παιδική και εφηβική ηλικία αποτελεί κρίσιμη περίοδο για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου, καθώς θέτει το θεμέλιο λίθο για την ψυχική υγεία στην ενήλικη ζωή. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ανηλίκους παραμένουν σε υψηλά επίπεδα. Μεταξύ άλλων, ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι και σχολικός εκφοβισμός. Παρά την τεκμηριωμένη συσχέτιση του σχολικού εκφοβισμού με την ψυχική υγεία, στην Κύπρο απουσιάζουν ερευνητικά δεδομένα που να εστιάζουν στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την προεφηβική ηλικία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εμπειρικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους ελληνόφωνους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης, στην Κυπριακή Δημοκρατία. Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν: (α) η εκτίμηση του επιπολασμού των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η διερεύνηση της σχέσης τους με ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοτραυματισμό, (β) η καταγραφή της συχνότητας, της μορφής και του τύπου του σχολικού εκφοβισμού καθώς και η διερεύνηση της σχέσης τους με τα ίδια χαρακτηριστικά, (γ) η αξιολόγηση του βαθμού αυτοεκτίμησης και της σχέσης του με ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, καθώς και η διερεύνηση του ρόλου της αυτοεκτίμησης στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και (δ) η καταγραφή της συχνότητας σκέψεων ή πρόθεσης για αυτοτραυματισμό, σε σχέση με τις διαφορές φύλου και τις ψυχοκοινωνικές δυσκολίες των συμμετεχόντων.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις. Η συλλογή του δείγματος έγινε μέσω τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Το δείγμα αποτέλεσαν μαθητές της 6ης τάξης δημοτικών σχολείων (ηλικίας 10-13 ετών) από όλες τις περιφέρειες της Κυπριακής Δημοκρατίας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία: α) Children Depression Inventory (CDI 2) για την αξιολόγηση της έντασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, β) Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ-

R) για την αξιολόγηση της συχνότητας, της μορφής και τον τύπο του σχολικού εκφοβισμού, γ) το ερωτηματολόγιο Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) για την εκτίμηση του βαθμού ή των διαστάσεων της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (διαστάσεις/ υποκλίμακες), δ) η κλίμακα αυτό-εκτίμησης Rosenberg (RSES) για την αξιολόγηση του βαθμού αυτοεκτίμησης, ε) το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο καταγραφής των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και ζ) για την αποτύπωση της σκέψης ή πρόθεσης αυτοτραυματισμού χρησιμοποιήθηκαν σύντομες, μη δομημένες ερωτήσεις. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε περιγραφική στατιστική (μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ποσοστά) για την καταγραφή της συχνότητας των βασικών μεταβλητών, όπως τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ο σχολικός εκφοβισμός, η αυτοεκτίμηση και ο αυτοτραυματισμός. Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών, όπως ο σχολικός εκφοβισμός και ατομικά/οικογενειακά χαρακτηριστικά ή η πρόθεση αυτοτραυματισμού, εφαρμόστηκε η δοκιμασία Chi-Square (χ^2). Σε περιπτώσεις που δεν πληρούνταν οι απαραίτητες στατιστικές προϋποθέσεις, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Monte Carlo για ακριβέστερη εκτίμηση των τιμών p. Για τις μη παραμετρικές συγκρίσεις μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων (π.χ. φύλο και επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή αυτοεκτίμησης), εφαρμόστηκε το κριτήριο Mann–Whitney U. Για τη συσχέτιση μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή (π.χ. αυτοεκτίμηση, καταθλιπτικά συμπτώματα, ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα), χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman's rho. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση για την εκτίμηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τον σχολικό εκφοβισμό, και πιο συγκεκριμένα με την ιδιότητα του Εκφοβιστή, του Δέκτη ή του Εκφοβιστή-Δέκτη, της δυνατότητας/δυσκολίας, την συνολική βαθμολογία και τις πέντε διαστάσεις της κλίμακας και τον βαθμό αυτοεκτίμησης. Η διαμεσολάβηση (mediator) και ο μετριασμός (moderator) της αυτοεκτίμησης αναλύθηκαν μέσω του Process v.4. Macro. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των εργαλείων αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη Cronbach's Alpha, ενώ η εγκυρότητα της κλίμακας CDI-2 διερευνήθηκε με διερευνητική παραγοντική ανάλυση (EFA). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS 19.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

Αποτελέσματα: Το 14,3%(n=552) του δείγματος παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα (CDI-2 \geq 20). Κατά την δοκιμασία της λογιστικής παλινδρόμησης, τα κορίτσια είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τα αγόρια (OR=1,93, 95% CI: 1,10–3,38, p = 0,02), ενώ παιδιά που είχαν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακές διαταραχές (κυρίως ΔΕΠΥ) εμφάνισαν πενταπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα συγκριτικά με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που δεν είχαν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή (OR=5,56,95% CI: 2,09–14,78, p = ,001). Το 39,3% των συμμετεχόντων ανέφεραν εμπλοκή σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού. Από αυτά, το 29,3% είχαν εκφοβιστεί (Δέκτες), το 4,2% είχαν εκφοβίσει συστηματικά άλλους (Εκφοβιστές), ενώ το 11,2% είχαν εκφοβίσει και εκφοβιστεί το ίδιο χρονικό διάστημα (Εκφοβιστες-Δέκτες). Τα υπέρβαρα/παχύσαρκα αγόρια παρουσίασαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν Δέκτες (OR:2,51, 95% CI:1,03-6,14, p=0,043), συγκριτικά με τα αγόρια όπου ο δείκτης μάζα σώματος(ΔΜΖ) ήταν στα φυσιολογικά όρια. Επίσης, τα παιδιά με νευροαναπτυξιακές διαταραχές είχαν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να γίνουν Δέκτες-Εκφοβιστες το ίδιο χρονικό διάστημα (OR:3,98, (95% CI:1,03-8,29, p=0,044) συγκριτικά με τα παιδιά που δεν είχαν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Οι μαθητές που εμπλέκονταν σε σχολικό εκφοβισμό με την ιδιότητα του Δέκτη ή του Δέκτη-Εκφοβιστή είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων (35,5%) συγκριτικά με τα άτομα που παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά δεν ήταν Δέκτες-Εκφοβιστές (11,6%) ($\chi^2=25.531$, rho=0,215, p<0,001). Όσο αφορά την αυτοεκτίμηση το 10,5% των συμμετεχόντων αναφέραν χαμηλή αυτοεκτίμηση (RSES score<15). Τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων (55,2%) και στοχοποίησης (44,7%), σε σύγκριση με τα παιδιά με υψηλή αυτοεκτίμηση (3% και 11% αντίστοιχα) ($\chi^2=94,737$ και $\chi^2=25,510$, p<0,001). Επίσης, ο βαθμός αυτοεκτίμησης παρουσίασε αρνητική, μέτρια συσχέτιση με την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (rho= -0,336, p<0,01) και τις συναισθηματικές δυσκολίες (rho =-0,346, p<0,01). Επιπλέον, στη σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σχολικού εκφοβισμού, η χαμηλή αυτοεκτίμηση φάνηκε να διαμεσολαβεί, με τη μεγαλύτερη έμμεση επίδραση να παρατηρείται στην ομάδα των παιδιών που ήταν Δέκτες-Εκφοβιστές (effect size = 3,7156, p < 0,001). Ως ρυθμιστικός παράγοντας (moderator), η αυτοεκτίμηση επηρέασε σημαντικά την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μόνο

στη σχέση μεταξύ των Δεκτών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τέλος, το 14,8% των συμμετεχόντων ανέφεραν σκέψεις αυτοτραυματισμού, ενώ το 3,6% είχαν πρόθεση για αυτοτραυματισμό. Τα ποσοστά αυτά ήταν υψηλότερα μεταξύ των παιδιών που ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους (73%) και είχαν των καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σχέση με τα παιδιά που δεν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους και είχαν των καταθλιπτικά συμπτώματα(6,2%).($\chi^2=147,390$, $p<0,001$). Παρομοίως, ψηλότερα ποσοστά σκέψεις για αυτοτραυματισμό φάνηκε να σημειώνουν τα παιδιά που ήταν Δέκτες (28,6%) συγκριτικά με τα παιδιά-συμμετέχοντες που είχαν σκέψεις για αυτοτραυματισμό αλλά δεν ήταν Δέκτες (3,4%)($\chi^2=25,303$, $p<0,001$). Ακόμη, υψηλά, σχεδόν δύο στους πέντε συμμετέχοντες (39,7%) που είχαν σκέψεις για αυτοτραυματισμό είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είχαν ικανοποιητική(2%) ή υψηλή αυτοεκτίμηση (4,7%) και είχαν σκέψεις αυτοτραυματισμού ($\chi^2=52,060$, $\rho = -0,236$, $p<0,001$).

Συνολικά το 92% των παιδιών-συμμετεχόντων που αυτό-αξιολόγησαν τον εαυτό τους στο φάσμα του οριακά κλινικό/κλινικό της συνολική βαθμολογία των δυνατοτήτων και δυσκολιών φάνηκε να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τα παιδιά που ήταν στα φυσιολογικά όρια, όπου, το ποσοστό ήταν μόλις στο 6,6% ($\chi^2=270,587$, $p<0,001$). Παρομοίως, όλοι οι συμμετέχοντες που εμπλάκηκαν στον σχολικό εκφοβισμό με οποιαδήποτε ιδιότητα, φάνηκε να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες συγκριτικά με τα παιδιά που δεν συμμετείχαν ποτέ ή εμπλάκηκαν 1-2 φορές τους τελευταίους δύο μήνες. Επίσης, οι ίδιοι συμμετέχοντες σημείωσαν πιο χαμηλή αυτό-εκτίμηση και σκέψη ή πρόθεση για αυτοτραυματισμό($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Τα κορίτσια και τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η εμπλοκή στο σχολικό εκφοβισμό, είτε ως Δέκτες είτε ως Δέκτες-Εκφοβιστές, συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση φάνηκε να διαδραματίζει διαμεσολαβητικό ρόλο, ιδιαίτερα στην ομάδα των Δεκτών-Εκφοβιστών, ενώ λειτούργησε ως εν μέρη ρυθμιστικός παράγοντας μόνο στη σχέση μεταξύ Δεκτών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε περιστατικά εκφοβισμού, είτε ως Δέκτες είτε ως Δέκτες-Εκφοβιστές. Η πρόθεση αυτοτραυματισμού συσχετίστηκε επίσης ισχυρά με τη

σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, την εμπλοκή σε σχολικό εκφοβισμό και τις συναισθηματικές δυσκολίες

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για παρεμβάσεις σε πολλαπλά επίπεδα. Σε ερευνητικό επίπεδο, θα ήταν ωφέλιμη η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών για να διευκρινιστεί περαιτέρω η σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με ιδιαίτερη έμφαση στον διαμεσολαβητικό και ρυθμιστικό ρόλο της αυτοεκτίμησης με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, ποιοτικές μελέτες που εξετάζουν το ζήτημα του αυτοτραυματισμού σε σχέση με τη συμμετοχή σε περιστατικά εκφοβισμού, ιδιαίτερα από την οπτική των δραστών, ενδέχεται να αποκαλύψουν κρίσιμες βιωματικές διαστάσεις που συχνά παραβλέπονται.

Σε εκπαιδευτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία ανάπτυξης προγραμμάτων που στοχεύουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής ανθεκτικότητας των παιδιών, καθώς και στην εκπαίδευση γονέων και εκπαιδευτικών για την αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη του σχολικού εκφοβισμού.

Τέλος, σε επίπεδο πολιτικής, προτείνεται η ενσωμάτωση προγραμμάτων πρόληψης του σχολικού εκφοβισμού στο εκπαιδευτικό σύστημα, με ταυτόχρονη διάθεση επαρκών πόρων για τη στήριξη της ψυχικής υγείας των παιδιών. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να στοχεύουν στο ευρύτερο σχολικό περιβάλλον και όχι αποκλειστικά στην ενδυνάμωση των παιδιών-θυμάτων, προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος μετατόπισης της ευθύνης αποκλειστικά στο ίδιο το παιδί (victim-blaming).

Λέξεις Κλειδιά: Μαθητές, καταθλιπτικά συμπτώματα, σχολικός εκφοβισμός, αυτοεκτίμηση, αυτό-τραυματισμός.

ABSTRACT

Introduction: Childhood and adolescence represent a critical period for an individual's psychosocial development, laying the foundation for mental health in adulthood. According to international literature, the prevalence of depressive symptoms among minors remains high. Among other factors, school bullying has been identified as a significant contributor to the development of depressive symptoms. Despite the well-documented association between school bullying and mental health, research data focusing on the relationship between school bullying and depressive symptoms during preadolescence is lacking in Cyprus.

Aim: The present empirical study aimed to investigate the relationship between depressive symptoms and school bullying among Greek-speaking final-year primary school students in the Republic of Cyprus. The specific objectives of the study were: (a) to assess the prevalence of depressive symptoms and explore their relationship with individual and family characteristics, psychosocial functioning, self-esteem, and self-harm; (b) to record the frequency, form, and type of school bullying and examine their association with the same characteristics; (c) to evaluate the level of self-esteem and its relationship with individual and family characteristics and psychosocial difficulties, as well as to investigate the role of self-esteem in the relationship between school bullying and depressive symptoms; and (d) to record the frequency of thoughts or intentions of self-harm in relation to gender differences and the psychosocial difficulties of the participants.

Materials and Methods: A descriptive correlational study with cross-sectional comparisons was conducted. The sample was collected through stratified random sampling. Participants were 6th grade primary school students (aged 10–13 years) from all districts of the Republic of Cyprus. The following instruments were used for data collection: (a) the Children's Depression Inventory 2 (CDI 2) for assessing the severity of depressive symptoms, (b) the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ-R) for evaluating the frequency, form, and type of school bullying, (c) the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for assessing the level and dimensions of psychosocial functioning (subscales), (d) the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) for evaluating self-esteem, (e) a self-constructed questionnaire for recording the socio-demographic

characteristics of the sample and (f) Brief, non-structured questions were employed to assess the presence of self-harm thoughts or intentions.

The statistical analysis included descriptive statistics (mean, standard deviation, percentages) to record the prevalence of the main variables such as depressive symptoms, school bullying, self-esteem, and self-harm. To examine relationships between categorical variables, such as school bullying and individual/family characteristics or self-harm intention, the Chi-square test (χ^2) was applied. In cases where the test's assumptions were not met, the Monte Carlo method was applied to obtain more accurate p-values. For non-parametric comparisons between two independent groups (e.g., gender and levels of depressive symptoms or self-esteem), the Mann–Whitney U test was used. To explore associations between non-normally distributed continuous variables (e.g., self-esteem, depressive symptoms, psychosocial functioning), the Spearman's rho non-parametric correlation coefficient was applied.

In addition, multivariable logistic regression was used to estimate the odds of developing depressive symptoms, considering socio-demographic characteristics, school bullying (specifically the roles of Bully, Victim, or Bully-Victim), the SDQ total score and its five subscales, and self-esteem level. Mediation and moderation analyses involving self-esteem were conducted using the PROCESS v4.0 macro. The internal consistency reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha, while the construct validity of the CDI-2 was examined through Exploratory Factor Analysis (EFA). Statistical analysis was conducted using SPSS version 19.0, with the level of statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: A total of 14.3% of the sample ($n = 552$) exhibited depressive symptoms ($\text{CDI-2} \geq 20$). In the logistic regression analysis, girls were found to be almost twice as likely to develop depressive symptoms compared to boys ($\text{OR} = 1.93$, 95% CI: 1.10–3.38, $p = 0.02$). Children with a diagnosed mental health condition or neurodevelopmental disorder (mainly ADHD) were over five times more likely to develop depressive symptoms than those without such diagnoses ($\text{OR} = 5.56$, 95% CI: 2.09–14.78, $p = 0.001$).

A total of 39.3% of participants reported involvement in school bullying incidents. Among them, 29.3% were victims, 4.2% were perpetrators, and 11.2% reported being both perpetrators and victims (bully-victims). Overweight/obese boys had a significantly higher likelihood of being victims compared to boys with a normal body mass index ($\text{OR} = 2.51$, 95% CI: 1.03–6.14, $p = 0.043$). Children with neurodevelopmental disorders were

also nearly four times more likely to be classified as bully-victims compared to children without such diagnoses (OR = 3.98, 95% CI: 1.03–8.29, $p = 0.044$).

Students involved in bullying, either as victims or bully-victims, showed significantly higher rates of depressive symptoms (35.5%) compared to those who had depressive symptoms but were not involved as victims or bully-victims (11.6%) ($\chi^2 = 25.531$, $\rho = 0.215$, $p < 0.001$).

Regarding self-esteem, 10.5% of participants reported low self-esteem (RSES score < 15). Children with low self-esteem had considerably higher rates of depressive symptoms (55.2%) and victimization (44.7%) compared to those with high self-esteem (3% and 11%, respectively) ($\chi^2 = 94.737$ and $\chi^2 = 25.510$, respectively, $p < 0.001$).

Self-esteem was moderately and negatively correlated with both the severity of depressive symptoms ($\rho = -0.336$, $p < 0.01$) and emotional difficulties ($\rho = -0.346$, $p < 0.01$). Moreover, self-esteem was found to mediate the relationship between depressive symptoms and school bullying, with the strongest indirect effect observed in the bully-victim group (effect size = 3.7156, $p < 0.001$). As a moderator, self-esteem significantly affected the intensity of depressive symptoms only in the victim group.

Furthermore, 14.8% of the participants reported thoughts of self-harm, while 3.6% expressed an intention to self-harm. These rates were markedly higher among children who wanted to harm themselves and exhibited depressive symptoms (73%), compared to those with depressive symptoms who had not experienced such thoughts (6.2%) ($\chi^2 = 147.390$, $p < 0.001$).

Similarly, children who were victims of bullying showed significantly higher rates of self-harm ideation (28.6%) than those with such thoughts but who were not victims (3.4%) ($\chi^2 = 25.303$, $p < 0.001$). Additionally, nearly two out of five children (39.7%) who reported self-harm ideation had low self-esteem, compared to only 2% of those with satisfactory and 4.7% of those with high self-esteem who reported such thoughts ($\chi^2 = 52.060$, $\rho = -0.236$, $p < 0.001$).

Overall, 92% of children who self-rated within the borderline/clinical range on the total SDQ score showed depressive symptoms, compared to just 6.6% of those within the normal range ($\chi^2 = 270.587$, $p < 0.001$). Similarly, all participants involved in bullying in any role experienced greater psychosocial difficulties than those who were never involved or involved only 1–2 times in the past two months. These participants also reported

significantly lower self-esteem and more frequent thoughts or intentions of self-harm ($p < 0.001$).

Conclusions

Girls, children with ADHD, and those with a foreign-born father showed higher rates of depressive symptoms. Being involved in school bullying, either by being bullied or both bullying and being bullied, was associated with a greater risk of depressive symptoms. Low self-esteem played both a mediating and moderating role, as children with low self-esteem were more likely to be bullied or to both bully and be bullied. Furthermore, self-harm intent was strongly associated with depressive symptom severity, school bullying, and emotional difficulties.

The findings emphasize the need for multi-level interventions. On the research level, longitudinal studies can clarify the relationship between school bullying and depression, and qualitative studies on children's self-harm may reveal important aspects of their lived experiences. On the educational level, programs should be developed to strengthen self-esteem and psychological resilience in children, along with training for parents and teachers to recognize depressive symptoms. On a policy level, prevention programs should be integrated into the educational system, and adequate resources should be allocated to support children's mental health.

Keywords: Students, depressive symptoms, school bullying, self-esteem, self-harm

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vi
ABSTRACT.....	xi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	xv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	xxvi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	xxvii
I.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	1
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Σπουδαιότητα μελέτης.....	5
1.3 Χρησιμότητα μελέτης.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	9
2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	9
2.1 Κατάθλιψη και Παιδική Κατάθλιψη.....	9
2.1.1 Λειτουργικός προσδιορισμός των συμπτωμάτων κατάθλιψη στην παρούσα μελέτη	10
2.2 Σχολικός εκφοβισμός.....	11
2.2.1 Λειτουργικός προσδιορισμός του σχολικού εκφοβισμού στην παρούσα μελέτη.....	12
2.3 Ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.....	13
2.3.1 Λειτουργικός προσδιορισμός της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας....	15
2.4 Αυτοεκτίμηση	17
2.4.1 Λειτουργικός προσδιορισμός της αυτοεκτίμησης στην παρούσα μελέτη	18
2.5 Αυτό-τραυματισμός	19
2.5.1 Λειτουργικός προσδιορισμός του αυτοτραυματισμού.....	21

2.6	Θεωρητικό υπόβαθρο	22
2.6.1	Βασικά χαρακτηριστικά του βιο-οικολογικού μοντέλου.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3		25
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ		25
3.1	Εισαγωγή	25
3.2	Σκοπός	27
3.3	Υλικό και Μέθοδος.....	28
3.4	Τα κριτήρια εισόδου στο δείγμα της παρούσας ανασκόπησης ήταν τα παρακάτω:.....	28
3.5	Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά των μελετών που ανασκοπήθηκαν	29
3.6	Ανάλυση κύριων αποτελεσμάτων των μελετών	29
3.7	Συζήτηση	37
3.8	Συμπεράσματα	39
II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4		40
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....		40
4.1	Σκοπός της έρευνας	40
4.2	Επιμέρους στόχοι.....	40
4.3	Κύρια ερευνητικά ερωτήματα	41
4.4	Υλικό και μέθοδος	43
4.4.1	Ερευνητικός Σχεδιασμός	43
4.4.2	Περιβάλλον μελέτης	43
4.4.1	Υπολογισμός δείγματος.....	43
4.4.2	Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	44
4.4.3	Πληθυσμός στόχος.....	45
4.4.4	Κριτήρια εισδοχής του δείγματος.....	47

4.4.5	Κριτήρια Αποκλεισμού.....	47
4.4.6	Διαδικασία συλλογής δεδομένων	47
4.4.6.1	Πρώτο στάδιο: Επίσημη έγκριση διεξαγωγής της έρευνας.....	47
4.4.6.2	Δεύτερο στάδιο: Επικοινωνία με τα σχολεία, ενημέρωση των διευθυντών και των εκπαιδευτικών	47
4.4.6.3	Τρίτο στάδιο: Συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους μαθητές ...	48
4.4.7	Εργαλεία συλλογής των δεδομένων	49
4.4.8	Στάθμιση εργαλείων	50
4.4.9	Διασφάλιση εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εργαλείων	50
4.4.10	Στατιστικές δοκιμασίες – Ανάλυση δεδομένων.....	51
4.5	Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	52
4.5.1	Προστασία προσωπικών δεδομένων	52
4.5.2	Ηθικά Διλήμματα.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5		55
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		55
5.1	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	55
5.1.1	Ατομικά χαρακτηριστικά παιδιού.....	55
5.1.1.1	Φύλο	55
5.1.1.2	Ηλικία.....	56
5.1.1.3	Χρόνιο νόσημα ή αναπηρία.....	56
5.1.1.4	Υπάρχουσα ψυχική διαταραχή ή/και νευροαναπτυξιακή διαταραχή..	56
5.1.2	Οικογενειακά χαρακτηριστικά.....	57
5.1.2.1	Επαρχία διαμονής.....	57
5.1.2.2	Περιοχή διαμονής.....	57
5.1.2.3	Ηλικία Γονέων.....	58
5.1.2.4	Χώρα καταγωγής γονέων	59

5.1.2.5	Ελληνική γλώσσα.....	61
5.1.2.6	Επίπεδο εκπαίδευσης γονέων.....	61
5.1.2.7	Οικογενειακή κατάσταση.....	62
5.1.2.8	Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.....	63
5.1.2.9	Αριθμός παιδιών στην οικογένεια.....	63
5.1.2.10	Ιστορικό ψυχικών διαταραχών.....	63
5.2	Εργαλεία αξιολόγησης.....	64
5.2.1	Εγκυρότητα της κλίμακας CDI-2-SR.....	64
5.2.2	Αξιοπιστία των εργαλείων αξιολόγησης.....	64
5.3	Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη τιμή, Μέση τιμή, Τυπική απόκλιση, διάμεσος και δείκτης εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας της κλίμακας CDI-2-SR (συνολική βαθμολογία).....	65
5.4	Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη τιμή, Μέση τιμή, Τυπική απόκλιση, διάμεσος και δείκτης εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας των κλιμάκων και υποκλιμάκων της κλίμακας CDI-2-SR.....	65
5.4.1	Προβλήματα συναισθήματος (Emotional problems scale).....	65
5.4.1.1	Αρνητική διάθεση (Negative mood subscale).....	66
5.4.1.2	Αρνητική αυτοεκτίμηση (Negative self-esteem).....	66
5.4.2	Προβλήματα λειτουργικότητας (Functional problems scale).....	66
5.4.2.1	Διαπροσωπικά προβλήματα (Interpersonal problem).....	66
5.4.2.2	Αναποτελεσματικότητα (Ineffectiveness).....	66
5.5	Συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	67
5.5.1	Επιπολασμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....	67
5.5.2	Συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	67

5.5.3	Συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.....	68
5.5.4	Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την χρήση του στατιστικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης	71
5.6	Σχολικός εκφοβισμός.....	75
5.6.1	Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού.....	75
5.6.2	Τύποι σχολικού εκφοβισμού και η συχνότητα τους.....	75
5.6.3	Συσχέτιση συχνότητας σχολικού εκφοβισμού με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	80
5.6.4	Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και του σχολικού εκφοβισμού με την χρήση του στατιστικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης	90
5.7	Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σχολικού εκφοβισμού	94
5.8	Δυνατότητες και δυσκολίες	95
5.8.1	Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών από αυτό-αναφορές.....	95
5.8.2	Περιγραφικά Στατιστικά για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες (Αυτό-αναφορές).....	96
5.8.3	Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών από τις αναφορές των γονέων..	97
5.8.4	Περιγραφικά Στατιστικά για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες (αναφορές γονέων)	98
5.8.5	Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αυτό-αναφορές).....	99
5.8.6	Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αναφορές γονέων)	101
5.8.7	Συσχέτιση σχολικού εκφοβισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες	102
5.9	Αυτοεκτίμηση	111
5.9.1	Συχνότητα αυτοεκτίμησης.....	111

5.9.2	Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	111
5.9.3	Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....	115
5.9.4	Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σχολικού εκφοβισμού.....	118
5.9.5	Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αυτό-αναφορές).....	120
5.9.6	Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αναφορές γονέων)	122
5.10	Επίδραση της αυτοεκτίμησης στα καταθλιπτικά συμπτώματα και στον σχολικό εκφοβισμό.....	124
5.10.1	Η αυτοεκτίμηση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας (Mediator)	124
5.10.2	Η αυτοεκτίμηση ως μετριαστικός παράγοντας (Moderator)	126
5.11	Αυτοτραυματισμός	129
5.11.1	Πρόθεση για αυτοτραυματισμό και συσχέτιση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.....	129
5.11.2	Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με το σχολικό εκφοβισμό.....	130
5.11.3	Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες(αυτό-αναφορές).....	132
5.11.4	Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με τη αυτοεκτίμηση	136
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7		137
Ερμηνεία / Σχολιασμός Αποτελεσμάτων.....		137
6.1	Συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	138
6.2	Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	141
6.3	Καταθλιπτικά συμπτώματα και σχολικός εκφοβισμός.....	145
6.4	Αυτοεκτίμηση και ο ρόλος της ως διαμεσολαβητής μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων	147

6.5	Οι δυνατότητες και δυσκολίες σε σχέση με την αυτοεκτίμηση, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον σχολικό εκφοβισμό	153
6.6	Αυτοτραυματισμός σε σχέση με καταθλιπτικά συμπτώματα, το σχολικό εκφοβισμό και την αυτοεκτίμηση.....	155
7	Συμπεράσματα.....	162
8	Εισηγήσεις.....	163
8.1	Έρευνα	163
8.2	Εκπαίδευση	165
8.3	Πολιτική/Διοίκηση.....	167
9	Περιορισμοί της μελέτης.....	168
10	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	171
1	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Πίνακες Βιβλιογραφικής ανασκόπησης	200
2	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Πίνακας Διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης για την κλίμακα CDI-2	213
3	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Επιστολές/εγκρίσεις	215
3.1	Παράρτημα Ι- Επιστολή έγκρισης από την Εθνική Βιοηθικής Κύπρου (ΕΒΚ) 215	
3.2	Παράρτημα ΙΙ – Επιστολή έγκρισης από το Υπουργείο Παιδείας Αθλητισμού και Νεολαίας.....	217
3.3	Παράρτημα ΙΙΙ- Επιστολή προς τους Διευθυντές των σχολείων	218
3.4	Παράρτημα ΙV-Έντυπο συγκατάθεσης.....	220
4	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ- Εργαλεία αξιολόγησης	231
4.1	Παράρτημα Ι - Δημογραφικά χαρακτηριστικά οικογένειας και παιδιού.....	231
4.2	Παράρτημα ΙΙ -Ερωτηματολόγιο δυνατοτήτων και δυσκολιών για γονείς	234
4.3	Παράρτημα ΙΙΙ- Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών για παιδιά ..	236
4.4	Παράρτημα ΙV- Κλίμακα καταγραφή του σχολικού εκφοβισμού-Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire.....	239

4.5	Παράρτημα V- Κλίμακα αυτοεκτίμησης ROSENBERG	243
4.6	Παράρτημα VI-Κλίμακα παιδικής κατάθλιψης CDI-2.....	245

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Εσωτερική συνέπια των εργαλείων αξιολόγησης	65
Πίνακας 2:Εσωτερική συνέπια της κλίμακα CDI-2	67
Πίνακας 3: Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20) ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=552).....	69
Πίνακας 4:Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20) ως προς τα οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=552).....	70
Πίνακας 5: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (N=552)	73
Πίνακας 6: Συχνότητα εκφοβιστικής συμπεριφοράς (Εκφοβιστές)	76
Πίνακας 7: Συχνότητα Δέκτη	78
Πίνακας 8:Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	81
Πίνακας 9:Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές-Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	87
Πίνακας 10: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (Enter) (n=552).....	90
Πίνακας 11:Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (Δέκτες) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=552).....	92
Πίνακας 12:Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές-Δέκτες) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=552)	93
Πίνακας 13: Συσχέτιση σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20)	95
Πίνακας 14: Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών (αυτό-αναφορές)	96

Πίνακας 15: Ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος και εύρος τιμών δυνατοτήτων και δυσκολιών (αυτό-αναφορές).....	97
Πίνακας 16: Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών (αναφορές γονέων).....	98
Πίνακας 17: Ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος και εύρος τιμών δυνατοτήτων και δυσκολιών (αναφορές γονέων)	99
Πίνακας 18: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (CDI-2 \geq 20)(αυτό-αναφορές).....	100
Πίνακας 19: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (CDI-2 \geq 20).....	102
Πίνακας 20: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (Εφοβιστές και Δέκτες από αυτό-αναφορές)	105
Πίνακας 21: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (Εκφοβιστές-Δέκτες από αυτό-αναφορές)	108
Πίνακας 22: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (από αναφορές των γονέων).....	109
Πίνακας 23: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (Εκφοβιστές-Δέκτες από αναφορές των γονέων).....	110
Πίνακας 24: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	113
Πίνακας 25 : Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI2 \geq 20)	116
Πίνακας 26: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σχολικού εκφοβισμού(Εκφοβιστές-Δέκτες)	119
Πίνακας 27: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σχολικού εκφοβισμού	119
Πίνακας 28: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και δυσκολίες(αυτό-αναφορές).....	121
Πίνακας 29: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και δυσκολίες (αναφορές γονέων)	123

Πίνακας 30: Συνθήκες αλληλεπίδρασης της αυτοεκτίμησης και των Δεκτών σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.....	127
Πίνακας 31: Αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοεκτίμησης και θύματα σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μοντέλο 2)	127
Πίνακας 32: Αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοεκτίμησης και Εκφοβιστών σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μοντέλο 1)	128
Πίνακας 33: Αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοεκτίμησης και Εκφοβιστών-Δέκτων σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μοντέλο 1).....	128
Πίνακας 34: Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με τα καταθλιπτικά συμπτώματα(n=534)	129
Πίνακας 35: Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με το σχολικό εκφοβισμό(n=534)	131
Πίνακας 36: Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και δυσκολίες (n=534).....	133
Πίνακας 37 : Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με την αυτοεκτίμηση(n=534)	136

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Η αντιπροσώπευση των μαθητών/τριών με βάση την φύλο.....	56
Γράφημα 2: Κατανομή συμμετεχόντων ανά Επαρχία	57
Γράφημα 3: Κατανομή συμμετεχόντων ανά περιοχή μόνιμης διαμονής	58
Γράφημα 4: Ηλικιακή ομάδα γονέων	59
Γράφημα 5: Καταγωγή ξενόγλωσσων γονέων	60
Γράφημα 6 : Μορφωτικό επίπεδο γονέων	62
Γράφημα 7: Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.....	63
Γράφημα 8: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων	117
Γράφημα 9: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και συνολικής βαθμολογία της κλίμακας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Kruskal-Wallis test)	117

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

APVS	Aggression and Peer Victimization Scale
BEBQ	Brief adaptation of the Electronic Bullying Questionnaire
BRC	Brief Resilience Scale
CBC	Child Behavior Checklist
CDI-2	Children Depression Inventory-2
CDI-S	Children Depression Inventory-Short form
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CPVSCA	Chinese Peer Victimization Scale for Children and Adolescents
DISC-IV	Diagnostic Interview Schedule for Children
DSM-5-TR	Diagnostic and statistical manual of mental disorders Text Revision
DSSRS	Depressive Symptoms Self-Rating Scale
ECQAD	Educational-Clinical Questionnaire: Anxiety and Depression
KMCS	Kids in My Class at School
MHSIA	Mental Health and Social Inadaptation Assessment
MPVC	Multidimensional Peer Victimization Scale
PHQ-A	Paykel Hierarchical Suicidal Ladder
PVC	Peer Victimization Scale
ROBVQ	Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale,
SBVS	School Bullying/Victimization Scale
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SMFQ	Short Mood and Feelings Questionnaire,
SPSS	Statistical Package for Social Sciences 19.0

SRVS	Self-Report Victimization Scale
YSR	Youth Self Report Form
WHO	World Health Organization
Δ	Διάμεσος
ΔΕΠΥ	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα
ΕΕΒΚ	Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου
ΕΤ	Εύρος Τιμών
ΟΚΥπΥ	Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας
ΜΤ	Μέση Τιμή
ΤΑ	Τυπική Απόκλιση
ΤΕΠΑΚ	Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
ΠΟΥ	Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Ι.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1 Εισαγωγή

Η παιδική και εφηβική ηλικία είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη δεξιοτήτων, απόκτηση κοινωνικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων που θέτουν τον θεμέλιο λίθο για μελλοντική ποιότητα ζωής και ευημερία (WHO,2024). Επομένως, όλα τα υποστηρικτικά δίκτυα που περιβάλλουν τα παιδιά όπως το σχολείο, η οικογένειά, τα κοινωνικά δίκτυα και γενικότερα οι κοινωνικοί θεσμοί συνδέονται άρρηκτα με την ανάπτυξη της υγείας των παιδιών, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής υγείας (Acoba ,2024)

Η αυξανόμενη τάση του επιπολασμού των συμπτωμάτων κατάθλιψης τα τελευταία χρόνια έχει εφιστίσει την προσοχή πολλών ερευνητών, αφού σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), περίπου 280 εκατομμύρια άνθρωποι όλων των ηλικιών υποφέρουν από κατάθλιψη, ενώ είναι η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως(WHO,2023).

Όσο αφορά τα παιδιά, η συχνότητα των προβλημάτων ψυχικής υγείας είναι ανησυχητικά, αφού ένα στους επτά ηλικίας 10-19 ετών πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας, αντιπροσωπεύοντας το 13% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών σε αυτές τις ηλικίες (WHO,2021). Συγκεκριμένα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας στα παιδιά ηλικίας 3-17 ετών συνυπάρχουν σε μεγάλο ποσοστό πέραν του ενός, αφού τρία στα τέσσερα παιδιά (73,8%) ηλικίας 3-17 ετών έχουν κατάθλιψη και άγχος, ενώ ένα στα δύο παιδιά έχουν προβλήματα συμπεριφοράς (42,7%). Επίσης, στα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς ένα στα πέντε παιδιά (20,3%) συνυπάρχει και κατάθλιψη (Ghandour et.al.,2019). Ωστόσο, αν και τα προηγούμενα χρόνια υπήρξε σταθερότητα των ποσοστών της παιδικής κατάθλιψης, παραμένει ακόμα σε υψηλά επίπεδα αφού 2,7 εκατομμύρια περίπου (4,4%) παιδιά ηλικίας 3-17 ετών έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη από το 2016-2019(Bitsko et al., 2022, Ghandour et.al.,2019), ενώ σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρεται και αύξηση κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19(Xiang A.et al.,2024).

Βάσει δεδομένων, υποδεικνύονται αρκετοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα παιδιά. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται και τα τραυματικά γεγονότα όπως η ηθική παρενόχληση, ο σχολικός εκφοβισμός, τα οικογενειακά προβλήματα και το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχικής διαταραχής (Ye et al.,2023, Streit et al.,2023, Karanikola et al., 2018).

Όσο αφορά το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού, τα τελευταία χρόνια αποκτά ανησυχητικές διαστάσεις με πολύπλευρες επιπτώσεις. Οι επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες ή/και μακροπρόθεσμες από ένα τραύμα στο ψυχισμό ενός παιδιού και μπορεί να επηρεάσει σοβαρά τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα του, οδηγώντας σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Man X.et al.,2022). Αρχικά οι συνέπειες μπορεί να αφορούν το ίδιο το παιδί, όπως είναι οι διαταραχές διάθεσης (Tong et al.,2024), τα σωματικά συμπτώματα, όπως είναι μεταξύ άλλων ο πονοκέφαλος, η ναυτία και ο έμετος (Snodgrass et al., 2024), στη συνέχεια ακολουθούν χαμηλές επιδόσεις στο μαθήματα (Murphy et al.,2022), προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς(Sindhu et al.,2024), περισσότερες πιθανότητες για χρήση ουσιών (Lehmann et al.,2024), παραβατική συμπεριφορά (Walters et al.,2023) και μεταγενέστερα σαν νεαροί ενήλικες περισσότερα προβλήματα υγείας και λιγότερο ικανοποιημένοι από την ζωή τους (Momose et al.,2024, Blanchflower D., & Bryson A.,2024). Τέλος, μπορεί να προβούν σε αυτοτραυματισμό, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή και αυτοκτονία (Chen et.al., 2023, Kennedy., et.al.,2021, Karanikola M. et al. 2018).

Όλες λοιπόν οι αρνητικά συναισθηματικές αντιδράσεις που εκδηλώνονται στη συμπεριφορά του παιδιού, δυσχεραίνουν όχι μόνο το ίδιο το παιδί αλλά και τις διαπροσωπικές του σχέσεις με τα υπόλοιπα παιδιά, εμποδίζοντας έτσι, ακόμη πιο πολύ την προσαρμογή του στο κοινωνικό σύνολο, τη φυσιολογική του συμπεριφορά, καθώς επίσης και τη μετέπειτα εξέλιξη και πορεία του ως ενήλικας(Momose et al.,2024). Η σημαντική αυτή συμπτωματολογία που εκδηλώνεται, παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, δυσχεραίνοντας την εξέλιξη του παιδιού προς την ωριμότητα, εμποδίζει τις σχέσεις του με τους συνομήλικους του και με τους ενήλικες η οποία χρήζει διάγνωσης και θεραπείας (APA,2022).

Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να έχει αμφίδρομη σχέση με τη παιδική κατάθλιψη είναι και η αυτοεκτίμηση, που σε πολλές περιπτώσεις η αυτοεκτίμηση έχει το διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και κατάθλιψης στα παιδιά

(Balluerka et al.,2023, Kim et al.,2022).Συγκεκριμένα, τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν αυξημένο κίνδυνο για να γίνουν δέκτες εκφοβιστικής συμπεριφοράς ή να έχουν αισθήματα όπως θλίψη, απογοήτευση, ενοχές και τροπή, έτσι πολλές φορές να είναι πιο ευάλωτα στο να γίνουν δέκτες εκφοβιστικής συμπεριφοράς επανειλημμένα ως αποτέλεσμα να εισέρχονται σε ένα αρνητικό φαύλο κύκλο(Balluerka et al.,2023, Strøm et al.,2018).

Η ανίχνευση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά είναι απαραίτητη για την κατανόηση των προβλημάτων διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής του παιδιού, αλλά και του ψυχικού του κόσμου, για την ορθολογικότερη αντιμετώπιση της συμπεριφοράς τους (Σωκράτους, 2009). Επομένως, η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά την παιδική ηλικία χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και έρευνας, καθώς επίσης και η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου με στόχο όχι μόνο την έγκαιρη παρέμβαση, αλλά και γενικότερα την προαγωγή της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού και τη διασφάλιση των προϋποθέσεων για μια φυσιολογική ενήλικη ζωή (WHO,2021).

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας η θέσπιση κατευθυντήριων οδηγιών και σχεδίων δράσης όσο αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών είναι άμεσης προτεραιότητας, αφού σύμφωνα με τον σχέδιο δράσης για την ψυχική υγεία 2013-2020 του παγκόσμιου οργανισμού υγείας εντοπίζει το μεγάλο πρόβλημα στα συστήματα υγείας που δεν έχουν ανταποκριθεί στο βάρος των προβλημάτων που αφορούν την ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα το χάσμα μεταξύ της ανάγκης για θεραπείας και της παροχής της είναι μεγάλο σε όλο τον κόσμο (WHO,2013, WHO,2021), με τα ανησυχητικά ποσοστά των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που δεν λαμβάνουν θεραπεία να αγγίζουν το 76-85% στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα και 35-50% σε χώρες με υψηλό εισόδημα (WHO,2013, WHO,2021).

Έχοντας γνώμονα λοιπόν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα των παιδιών, έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες οδηγίες για την ψυχική υγεία των παιδιών ώστε να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την έγκαιρη αναγνώριση και την τεκμηριωμένη διαχείριση των παιδικών ψυχικών διαταραχών, να εφαρμόσουν στρατηγικές για την προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των νέων με ψυχικές διαταραχές (WHO,2021). Επομένως, ότι αφορά στην διερεύνηση των

παραγόντων που προκαλούν ή πυροδοτούν τις ψυχικές διαταραχές είναι υψίστης σημασίας.

Η ευημερία και η υγιής ανάπτυξη των παιδιών και η πολιτική υγείας που χαράσσεται από τους εμπλεκόμενους φορείς είναι τεκμηριωμένη βάσει επιστημονικών δεδομένων. Βασική παράμετρος λοιπόν, για την πρόληψη, την διαχείριση και την έγκαιρη παρέμβαση, είναι η χαρτογράφηση του προβλήματος όπου θα μας δώσει σημαντικές πληροφορίες τόσο για την καταθλιπτική συμπτωματολογία στα παιδιά, όσο και για το σχολικό εκφοβισμό, καθώς και τους σχετιζόμενους παράγοντες.

Επιπλέον, η νοσηλευτική ψυχικής υγείας έχει κύριο και καθοριστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως είναι άλλωστε και ο στόχος των υπηρεσιών ψυχικής υγείας Κύπρου. Πέραν τούτου, παραγωγή τεκμηριωμένων επιστημονικών δεδομένων βελτιώνει την Πανεπιστημιακή και κλινική εκπαίδευση με ένα και μοναδικό στόχο την βέλτιστη και ποιοτική παρεχόμενη φροντίδα υγείας

Έχοντας υπόψη τις κατευθυντήριες οδηγίες του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, για την ψυχική υγεία των παιδιών, η παρούσα μελέτη ίσως να γίνει το ερέθισμα για περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος ώστε να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες για την πρόληψη και την άμεση παρέμβαση.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε Ελληνόφωνους τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κυπριακή Δημοκρατία.

Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήτα να διερευνηθούν:

1.Ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτώματα και η διερεύνηση της σχέσης τους τους με: α) ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, γ) την αυτοεκτίμηση και δ) τον αυτοτραυματισμό.

2.Η συχνότητα, η μορφή και ο τύπος του σχολικού καθώς και η διερεύνηση της σχέσης τους με: α) τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, γ) την αυτοεκτίμηση και δ) τον αυτοτραυματισμό.

3. Ο βαθμός αυτοεκτίμησης και η σχέση του με: α) τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τις δυνατότητες και τις δυσκολίες και γ) αν και πως επηρεάζεται ή επηρεάζει τη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

4. Η συχνότητα σκέψης ή πρόθεσης για αυτοτραυματισμού και α) διάφορες μεταξύ φύλου, β) τη σχέση αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των συμμετεχόντων.

1.2 Σπουδαιότητα μελέτης

Τα καταθλιπτικόμορφα συμπτώματα στην παιδική και εφηβική ηλικία, όπως και ο σχολικός εκφοβισμός, τείνουν να έχουν αυξανόμενη επίπτωση παγκοσμίως (WHO,2023, HBSC,2023) τα οποία σχετίζονται άμεσα με την ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών και τη γενικότερη πορεία της ανάπτυξής τους (Bettencourt et al.,2023, Lidberg, et al., 2023, Ibrahim P. et al.,2021). Παρά τη συχνότητα εμφάνισής τους, τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην παιδική ηλικία συχνά υποεκτιμώνται ή παραμένουν αδιάγνωστα, καθώς το παιδί δυσκολεύεται να εκφράσει επαρκώς τα βιώματα του (Casale A.et al., 2021). Την ίδια στιγμή, ο σχολικός εκφοβισμός παραμένει ένα διαρκές φαινόμενο που λαμβάνει διάφορες μορφές, όπως λεκτικός, σωματικός, κοινωνικός ή μέσω διαδικτύου, είτε άμεσα είτε έμμεσα και έχει τεκμηριωθεί πως επηρεάζει δυσμενώς την ψυχική υγεία, καθώς μεταξύ άλλων έχει συσχετιστεί με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Ye Z. Et al., 2023), τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Dou Y. et al., 2022) ή και ακόμη και τις σκέψεις αυτοτραυματισμού (Karanikola M.et al, 2018).

Επιπλέον, η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι ένα ζήτημα που συχνά παραμένει υποτιμημένο, παρότι οι έρευνες δείχνουν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να εμφανιστούν ήδη από την παιδική ηλικία και να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σχολική επίδοση (Murphy et al.,2022), στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη γενικότερη ψυχική υγεία (Balluerka et al.,2023). Η συσχέτιση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και κατάθλιψης έχει μελετηθεί κυρίως σε εφηβικούς πληθυσμούς.

Στην Κύπρο, είναι πολύ περιορισμένα τα δεδομένα του φαινομένου σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, όσο αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα παλαιότερες μελέτες έδειξαν ότι το 10,25% των μαθητών δημοτικής εκπαίδευσης ηλικίας 11-13 ετών περιέγραφαν καταθλιπτικά συμπτώματα (Sokratous et al.,2017), ενώ σε

σχέση με τον σχολικό εκφοβισμό στο πλαίσιο προγράμματος για τη πρόληψή του στην Κύπρο φάνηκε ότι το 17% των μαθητών ηλικίας 11-17 ετών, ενεπλάκη σε σχολικό εκφοβισμό (Papacosta et al., 2014). Επίσης, κάποιες μελέτες έχουν εξετάσει τη σύνδεση του σχολικού εκφοβισμού με διάφορες οικογενειακές παραμέτρους, όπως η απόρριψη από τους γονείς (Stavrinides et al., 2018) ή η γονική μέριμνα και η ψυχοπαθολογία σε περιπτώσεις ηλεκτρονικού εκφοβισμού (Floros et al., 2013). Παράλληλα, παλαιότερες έρευνες εστίασαν στον ρόλο της μητέρας και την επίδρασή του στην εκδήλωση εκφοβιστικών συμπεριφορών (Georgiou, 2008). Ωστόσο, οι μελέτες αυτές έχουν εστιαστεί στη σχέση του σχολικού εκφοβισμού και των συναισθηματικών προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από το φαινόμενο και όχι τη σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή τον αυτοτραυματισμό. Ακόμη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα που έχουν διερευνηθεί ήταν μόνο για την Επαρχία Λεμεσού (Sokratous et al. 2017),

Ωστόσο, τα δεδομένα υποδεικνύουν την αναγκαιότητα της διερεύνησης του φαινομένου καθώς δείχνουν ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό σχολικού εκφοβισμού και προβλημάτων ψυχικής υγείας.

1.3 Χρησιμότητα μελέτης

Η συλλογή δεδομένων για την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τον σχολικό εκφοβισμό σε εθνικό επίπεδο είναι απαραίτητη για τη χαρτογράφηση του φαινομένου, τον εντοπισμό των αναγκών βάσει της συχνότητας και της έκτασης του φαινομένου.

Αρχικά, δεδομένου ότι ο σχεδιασμός της μελέτης είναι περιγραφική συσχέτισης, τα αποτελέσματα της παρούσα μελέτης αναμένονται να δώσουν δεδομένα για περαιτέρω έρευνα με διαφορετικό σχεδιασμό όπως προοπτικές ή αναδρομικές ώστε να αιτιολογήσουν τις σχέσεις που αναμένονται να βρεθούν στην παρούσα μελέτη. Επίσης, μέσα από τις συσχετίσεις της μελέτης, αναμένονται να εντοπιστούν οι ευάλωτες ομάδες για ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή χαρακτηριστικά των παιδιών με τις περισσότερες πιθανότητες για εμπλοκή στον σχολικό εκφοβισμό. Τα αποτελέσματα αυτά αναμένονται να αξιοποιηθούν για να διεκπεραιώσουν μελέτες παρέμβασης σε ευάλωτους πληθυσμούς.

Επιπρόσθετα, δεδομένου ότι στόχος της παρούσας μελέτης είναι και η διερεύνηση του επιπολάσουν του σχολικού εκφοβισμού, στόχος σε μεταγενέστερο στάδιο είναι να

διαμορφωθούν από τους αρμόδιους φορείς, όπως είναι τα αρμόδια υπουργεία και υπηρεσίες, τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη και διαχείριση της βίας στο σχολείο, για περαιτέρω προστασία των μαθητών. Αν και υπάρχει νέα Εθνική Στρατηγική για την Πρόληψη και Διαχείριση τη Βίας στο Σχολείο και Σχέδιο Δράσης (2024-2028) η οποία στηρίζεται σε πέντε πυλώνες, ΠΥΛΩΝΑΣ 1: Διασφάλιση ασφαλούς και συμπεριληπτικού σχολικού περιβάλλοντος, ΠΥΛΩΝΑΣ 2: Εκπαίδευση και ενδυνάμωση εκπαιδευτικών και γονέων/κηδεμόνων για πρόληψη και διαχείριση της σχολικής βίας, ΠΥΛΩΝΑΣ 3: Εκπαίδευση και ενδυνάμωση παιδιών για πρόληψη και διαχείριση της σχολικής βίας, ΠΥΛΩΝΑΣ 4: Μηχανισμοί παρακολούθησης και υλοποίησης των Πολιτικών και καταγραφής φαινομένων Βίας, ΠΥΛΩΝΑΣ 5: Δημιουργία συνεργειών με άλλους φορείς, απουσιάζει ο πυλώνας που αφορά την έρευνα, ένας πολύ σημαντικός πυλώνας που δίνει επιστημονικά δεδομένα, ώστε να γίνονται πιο στοχευμένες παρεμβάσεις. Ειδικότερα, όσο αφορά τα δεδομένα που αφορούν τους παράγοντες που συσχετίζονται με το σχολικό εκφοβισμό στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι πολύ περιορισμένα και συγκεκριμένα μονό δυο πρόσφατες μελέτες έχουμε στην διάθεση μας. Συγκεκριμένα, η μελέτη συσχέτισης του παγκόσμιου οργανισμού υγείας που συμμετείχε και η Κύπρος από το 2021-2022(HBSC,2023) και η διαχρονική μελέτη του Υπέργειου Παιδείας Αθλητισμού και Νεολαίας (ΥΠΑΝ) από το 2019-2024. Δεδομένου της πολυπλοκότητας του φαινομένου, είναι σημαντικό λοιπόν να διερευνηθούν περισσότερο οι αιτίες και οι επιπτώσεις περαιτέρω με διαχρονικές και ποιητικές μελέτες ή ακόμα και μικτή μεθοδολογία ώστε να έχουμε τα μέγιστα αξιοποιήσιμα αποτελέσματα. Βάση όμως, μπορούν να είναι οι μελέτες συσχέτισης ώστε να κατευθυνθούν στις ανάλογες στοχευμένες μελέτες παρέμβασης. Παρεμβάσεις που αφορούν την ενίσχυση της αυτοεκτίμηση και τις σκέψεις για αυτοτραυματισμό, παράγοντες που δεν έχουν διερευνηθεί στη Κύπρο.

Επιπλέον, Βάσει των επιστημονικών δεδομένων μπορούν να ληφθούν μέτρα που αφορούν την ενίσχυση των δομών της εκπαίδευσης και της υγείας, ώστε να διασφαλιστούν, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, η ευημερία και η υγιής ανάπτυξη των μαθητών. Συγκεκριμένα, τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας φροντίδας, όπου η συνεχής επιστημονική γνώση τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στο σύστημα εκπαίδευσης μπορεί να επιφέρει αποτελεσματική αναγνώριση και διαχείριση

του προβλήματος καθώς και των επιπτώσεων, ώστε να μπορεί να γίνονται έγκαιρα οι κατάλληλες παρεμβάσεις από τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας.

Οι πολύπλευρες και μακροχρόνιες επιπτώσεις από το σχολικό εκφοβισμό όπως έχουμε ήδη προαναφέρει, όπως είναι η κατάθλιψη, οι απόπειρες αυτοκτονίας ή και αυτοκτονίες, ο αυτοστιγματισμός, οι χαμηλές επιδόσεις στα μαθήματα καθώς και οι επιπτώσεις αργότερα στην ενήλικη ζωή, όπως είναι η χρήση ουσιών, η εγκληματικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά μας υποδεικνύουν την αναγκαιότητα της συνεχούς αναβάθμισης των γνώσεων όσο αφορά το θέμα για την ανάπτυξη ή και βελτίωση ενός ολοκληρωμένου πολυθεματικού προγράμματος που να αφορά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια φροντίδα. Γι' αυτό το λόγο οι κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς και τους παράγοντες ή τις επιπτώσεις που σχετίζονται με αυτό είναι προτεραιότητα για όλα τα συστήματα εκπαίδευσης και υγείας(WHO,2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

2.1 Κατάθλιψη και Παιδική Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5-TR η κατάθλιψη αποτελεί μια παθολογική κατάσταση, όπου κυρίαρχο συναίσθημα είναι η υπερβολικά έντονη θλίψη και η παρατεταμένη μελαγχολία, ενώ παράλληλα, συνυπάρχει και μια πληθώρα άλλων συμπτωμάτων, όπως η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης στις καθημερινές δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας ή σχεδόν καθημερινά. Μειωμένη ενεργητικότητα, συγκέντρωση και προσοχή, εύκολη κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας και διαταραχές στον ύπνο όπως η αυπνία ή υπεραυπνία σχεδόν καθημερινά. Σημαντική αύξηση ή μείωση του σωματικού τους βάρους(5%). Επίσης, μπορεί να παρουσιάσει ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά, ιδέες υποτίμησης του εαυτού, αυτό μομφής, αναξιότητας και ενοχής, απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον και ιδέες ή και πράξεις αυτοκαταστροφής(APA,2022).

Οι κλινικές και ερευνητικές μελέτες των τελευταίων χρόνων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ενήλικες μπορούν να χρησιμοποιηθούν αναλόγως και στα παιδιά, με ορισμένες όμως τροποποιήσεις (Rice et al., 2019) και αφού πρώτα ληφθούν σοβαρά υπόψη οι αναπτυξιακές διαφορές, οι οποίες τροποποιούν τις εκδηλώσεις των καταθλιπτικών συμπεριφορών στις διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (Allen et al., 2024), όπως για παράδειγμα, στην καταθλιπτική διάθεση, στα παιδιά και στους έφηβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση, ενώ η μεταβολή του σωματικού τους βάρους στα παιδιά πρέπει να ληφθεί υπόψη η αποτυχία αναμενόμενης αύξηση βάρους(APA,2022)

Η επιστημονική κοινότητα σήμερα, διαθέτει σημαντικά αναλυτικά στοιχεία για τη φύση αυτής της ψυχικής διαταραχής, το είδος και το βαθμό με τον οποίο εμφανίζονται τα συμπτώματα της, χωριστά και για κάθε ηλικία (Allen,et al., 2024). Ο όρος της παιδικής κατάθλιψης ως ψυχική διαταραχή αποδίδεται στη διαταραχή στην οποία τα προαναφερθείσα συμπτώματα είναι αυξημένα σε ένταση, επιμένουν σε χρονική διάρκεια και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και πρόγνωση (Petersen et al., 1993).

Τις τελευταίες δεκαετίες, αρκετές έρευνες έχουν συμβάλει σημαντικά στην διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης όσο αφορά την παιδική κατάθλιψη, με τον προσδιορισμό, την ταξινόμηση και τον εντοπισμό αιτιολογικών και προδιαθεσικών παραγόντων της διαταραχής, καθώς επίσης και στη δημιουργία ψυχομετρικών εργαλείων για την αξιολόγηση των εκδηλώσεων αυτών.

2.1.1 Λειτουργικός προσδιορισμός των συμπτωμάτων κατάθλιψη στην παρούσα μελέτη

Η αξιολόγηση της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Children's Depression Inventory-2 (CDI-2) (Kovacs, 2011). Το CDI-2 αποτελεί αναθεωρημένη μορφή της αρχικής Κλίμακας καταγραφής της παιδικής Κατάθλιψης (CDI) (Kovacs, 1992), η οποία βασίστηκε στη κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI) για ενήλικες. Πρόκειται για εργαλείο αυτό-αξιολόγησης που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7 έως 17 ετών, σε γενικό και κλινικό πληθυσμό.

Το CDI-2 ποτελείται από 28 ερωτήσεις που αξιολογούν ένα ευρύ φάσμα καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην παιδική και προεφηβική ηλικία. Η κλίμακα οργανώνεται σε δύο κύριες διαστάσεις, καθεμία από τις οποίες περιλαμβάνει δύο επιμέρους υποκλίμακες.

- Συναισθηματικά προβλήματα:
 - *Αρνητική διάθεση/σωματικά συμπτώματα (π.χ., «Όλη την ώρα με απασχολούν διάφοροι πόνοι», «Νιώθω κάπου-κάπου λυπημένος»).*
 - *Αρνητική αυτοεκτίμηση (π.χ., «Μισώ τον εαυτό μου»).*
- Λειτουργικά προβλήματα:
 - *Αναποτελεσματικότητα (π.χ., «Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου συνέχεια για να κάνω τα μαθήματά μου»).*
 - *Διαπροσωπικές δυσκολίες (π.χ., «Μου αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους» – αρνητική βαθμολόγηση όταν δηλώνεται αντίθετη προτίμηση).*

Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε τριβάθμια κλίμακα (0–2), με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι συμμετέχοντες

καλούνται να επιλέξουν τη δήλωση που περιγράφει με μεγαλύτερη ακρίβεια την εμπειρία τους κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Για παράδειγμα:

- *Νιώθω κάπου-κάπου λυπημένος/η* = 0
- *Νιώθω πολλές φορές λυπημένος/η* = 1
- *Νιώθω όλη την ώρα λυπημένος/η* = 2

Στην παρούσα μελέτη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα ορίστηκαν λειτουργικά βάσει της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα CDI-2. Ως κατώφλι για την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε η συνολική βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 20, σύμφωνα με τις συστάσεις του κατασκευαστή του εργαλείου.(Kovacs, 2011).(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ,VI)

Το CDI-2 παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή, με τιμές Cronbach's α που κυμαίνονται από 0,67 έως 0,91 για τη συνολική κλίμακα και τις υποκλίμακές της, τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Anant N. et al.,2023,Cho Y., 2022, Kovacs, 2011).

2.2 Σχολικός εκφοβισμός

Το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού, παρατηρείται όταν κάποιο άτομο εκτίθεται συχνά σε αρνητικά σχόλια ή γίνεται θύμα αρνητικών συμπεριφορών από ένα ή και περισσότερα άτομα, αδυνατώντας να υπερασπιστεί τον εαυτό του (Olweus, 1993). Η επαναλαμβανόμενη αυτή κατάσταση επιμένει για εβδομάδες, μήνες ή και χρόνια, και μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Όταν αναφέρουμε σχολικό εκφοβισμό, δεν εννοούμε μόνο τη σωματική βία, αλλά και άλλες μορφές, όπως ο λεκτικός εκφοβισμός(π.χ. κοροϊδίες, βρισιές, συκοφαντίες), ο κοινωνικός αποκλεισμός(π.χ. από το παιχνίδι ή από ομάδα συνομήλικων), ο σεξουαλικός εκφοβισμός (χειρονομίες ή σχόλια σεξουαλικού περιεχομένου) και ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός μέσω κινητών τηλεφώνων ή διαδικτύου (Olweus, 1999).

Οποιαδήποτε συμπεριφορά για να θεωρηθεί εκφοβιστική, πρέπει να εμπερικλείει το στοιχείο της σκοπιμότητας και της βλαπτικότητας. Ο εκφοβισμός αποτελεί συμπεριφορά εσκεμμένη που προκαλεί αρνητικές επιπτώσεις στα παιδιά, τόσο στη ψυχική τους υγεία καθώς και στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους (Farrington, 1993).

Μέσα από έρευνες διαφαίνεται πως, τα παιδιά που είναι Δέκτες, είναι περισσότερο ευάλωτα και έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν, άγχος, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική αυτό-εικόνα, αισθήματα ανασφάλειας ή και σχολική φοβία. Επιπλέον, αναφέρονται διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως πόνο στη κοιλιά, πονοκέφαλοι, διαταραχές στον ύπνο, μαθησιακές δυσκολίες και κοινωνική απόσυρση (Tattum 1992). Τα παιδιά αυτά συνήθως χαρακτηρίζονται ως πολύ ήσυχα, ευαίσθητα, εσωστρεφή που δύσκολα υπερασπίζονται τον εαυτό τους(Elliot, 1999).

Εν αντιθέσει, τα παιδιά Εκφοβιστές, χαρακτηρίζονται ως πιο σίγουρα για τον εαυτό τους, μπορεί όμως να παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Είναι πιο επιθετικά από τα υπόλοιπα παιδιά, επιρρεπή σε παραβίαση των κανόνων και παρουσιάζουν μια θετική στάση προς τη βία και την αντικοινωνική συμπεριφορά (Elliot, 1999). Τα παιδιά τα οποία εμπλέκονται σε σχολική βία και παραβατικότητα από πολύ νωρίς, φαίνεται, μέσα από έρευνες, να έχουν αυξημένη πιθανότητα, κατά την ενήλικη τους ζωή, να παρουσιάσουν προβλήματα κοινωνικοποίησης, προσαρμογής και ανάπτυξη εγκληματικότητας(Bettencourt et al.,2023, Lidberg, et al., 2023).Κατά τη παιδική τους ηλικία, μπορεί να παρατηρηθεί έντονη παρορμητική συμπεριφορά (Lawrence et al.,2024), με στοιχεία σοβαρής υπερκινητικότητας, χαμηλό επίπεδο ενσυναίσθησης, δυσκολίες στη διαλεκτική επίλυση των διαφορών τους και στη διαχείριση της επιθετικότητας τους(Sanctis, F. & Mesurado B. 2023).

Επιπλέον, πολύ συχνά οι Εκφοβιστές γίνονται ταυτόχρονα και Δέκτες τον ίδιο χρονικό διάστημα. Μέσα από την βιβλιογραφία φάνηκε ότι αυτά τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα, βιώνουν εντονότερα αρνητικά συναισθήματα, όπως κατάθλιψη και άγχος με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Choi JK. et.al.,2021). Τα άτομα αυτά, βιώνουν τις αρνητικές συνέπειες τόσο του να είναι Δέκτες όσο και του να εμπλέκονται ως Εκφοβιστές. Ως αποτέλεσμα, εμφανίζουν μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, χαμηλό αυτοέλεγχο, αυξημένη ευαλωτότητα στην απόρριψη από συνομηλίκους και υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Ye Z. Et al., 2023)

2.2.1 Λειτουργικός προσδιορισμός του σχολικού εκφοβισμού στην παρούσα μελέτη

Το BVQ-R (Olweus, 1996) είναι το πιο διαδεδομένο μέσο μέτρησης του εκφοβισμού καθώς ανιχνεύει τις αντιλήψεις, τις τάσεις, τη συχνότητα εκφοβιστικής συμπεριφοράς και στοχοποίησης (συμπεριλαμβανομένων των διαφόρων τύπων). Πρόκειται για ένα

τυποποιημένο, επικυρωμένο εργαλείο για την εκτίμηση των προβλημάτων εκφοβισμού στα σχολεία. Οι ερωτήσεις παρέχουν πληροφορίες σχετικά με: πόσο συχνά οι μαθητές εκφοβίζουν ή εκφοβίζονται, ποιοι τύποι εκφοβισμού, πως εκφοβίζουν, πόσο συχνά οι μαθητές αναφέρουν τον εκφοβισμό, πώς αισθάνονται οι μαθητές για τον εκφοβισμό και πόσο συχνά οι μαθητές παρατηρούν τους ενήλικες και τους συνομηλίκους τους να ανταποκρίνονται στον εκφοβισμό. Το αναθεωρημένο BVQ-R αποτελείται από 40 στοιχεία που αξιολογούν διάφορες πτυχές του σχολικού εκφοβισμού. Αποτελείται από τρεις τομείς (σχολική ζωή, εκφοβισμός / θυματοποίηση και τη στάση απέναντι στον εκφοβισμό) και τα δημογραφικά στοιχεία.

Οι ερωτήσεις που αφορούν την εκφοβιστική συμπεριφορά είναι 20, από τις οποίες 10 ερωτήσεις είναι για τα παιδιά που διέπραξαν εκφοβιστική συμπεριφορά (Εκφοβιστές), ενώ οι άλλες 10 είναι για τα παιδιά που δέχτηκαν εκφοβιστική συμπεριφορά (Δέκτες). Να σημειωθεί ότι είναι οι ίδιες με την διαφορά οι πρώτη κατηγορία(Εκφοβιστές) είναι στη ενεργητική φωνή, π.χ Είπα άσχημα λόγια, κορόιδεψα, ή πείραξα με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά), ενώ για του Δέκτες ήταν: Μου είπε άσχημα λόγια, με κορόιδεψε, ή με πείραξε με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν πόσο συχνά συμβαίνουν κάποια γεγονότα όπου : 1= δεν συνέβη σε εμένα τους τελευταίους δύο μήνες, 2= Μία ή δύο φορές, 3= Δύο ή τρεις φορές τον μήνα, 4= Μία φορά την εβδομάδα και 5= Πολλές φορές σε μια εβδομάδα. Στην παρούσα μελέτη το κατώφλι εμπλοκής τέθηκε στο επίπεδο “2-3 φορές το μήνα” ή συχνότερα.

Επιπλέον, συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες, τους Εκφοβιστές, του Δέκτες και τους Εκφοβιστές-Δέκτες. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ,IV).

2.3 Ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα

Η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού αποτελεί έναν πολυδιάστατο δείκτη της συναισθηματικής, κοινωνικής και συμπεριφορικής του προσαρμογής στο καθημερινό περιβάλλον. Περιγράφει την ικανότητα του παιδιού να αναπτύσσει και να διατηρεί θετικές διαπροσωπικές σχέσεις, να ανταποκρίνεται επαρκώς στις απαιτήσεις του σχολείου και της οικογένειας καθώς και να ρυθμίζει τα συναισθήματά του με τρόπους λειτουργικούς και προσαρμοστικούς(Nature, 2024,WHO, 2001).

Η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα δεν είναι μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά περιλαμβάνει επιμέρους τομείς, όπως η κοινωνική συμπεριφορά, η συναισθηματική σταθερότητα, η συμπεριφορά στο σχολικό πλαίσιο και η ικανότητα προσαρμογής στις κοινωνικές απαιτήσεις και στους κανόνες. Η ικανότητα του παιδιού να δημιουργεί σχέσεις εμπιστοσύνης με συνομηλίκους και ενήλικες, να εκφράζει τα συναισθήματά του με αποδεκτό τρόπο και να αντιμετωπίζει προκλήσεις με αποτελεσματικότητα, αποτελεί βασικό στοιχείο της υγιούς ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης (Domitrovich C. E. Et .al.,2017).

Διαταραχές στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα εκδηλώνονται συχνά με τη μορφή συναισθηματικών ή συμπεριφορικών δυσκολιών, όπως αυξημένο άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα, επιθετικότητα, κοινωνική απόσυρση ή δυσκολίες στις σχέσεις με συνομηλίκους. Παιδιά που εκδηλώνουν τέτοιου είδους δυσκολίες ενδέχεται να εμφανίσουν και χαμηλή σχολική επίδοση ή ακόμα και φαινόμενα αποκλεισμού ή θυματοποίησης στο σχολικό πλαίσιο (Goodman, 2001).

Η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα αποτελεί θεμελιώδη διάσταση της ανάπτυξης του παιδιού και επηρεάζεται άμεσα από ποικίλες ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές. Παράγοντες όπως η υψηλή αυτοεκτίμηση, η συναισθηματική επάρκεια και η αίσθηση του ανήκειν λειτουργούν προστατευτικά, ενισχύοντας την ικανότητα του παιδιού να προσαρμόζεται θετικά και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις των καθημερινών του περιβαλλόντων. Αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η εμπλοκή σε καταστάσεις σχολικού εκφοβισμού μπορούν να υπονομεύσουν τη λειτουργικότητά του, οδηγώντας σε δυσκολίες προσαρμογής και περιορισμούς στις κοινωνικές, οικογενειακές και σχολικές του αλληλεπιδράσεις.(Allen, K. A. et al., 2021, Lamboy, B. et al., 2022, Brill, K. et al., 2025)

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι μεταβολές στο ψυχοκοινωνικό λειτουργικό προφίλ κατά την εφηβεία αντανακλούν την ανάπτυξη ανθεκτικότητας ή ευπάθειας του παιδιού απέναντι σε περιβαλλοντικές προκλήσεις. Συγκεκριμένα, παρακολούθηση εφήβων έδειξε σημαντική ενδοατομική διακύμανση στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή, η οποία συνδέεται με την ωρίμανση εγκεφαλικών δικτύων (Falk et al., 2024). Επιπλέον, η χρήση κοινωνικών δικτύων φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά ή θετικά τη λειτουργικότητα, ανάλογα με το πρότυπο χρήσης και κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Wiley, 2023).

Διαταραχές στη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα εκδηλώνονται συχνά μέσα από συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, όπως άγχος, καταθλιπτικά

συμπτώματα, κοινωνική απόσυρση ή επιθετικότητα. Η πανδημία COVID-19 συνέβαλε σε σημαντική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των παιδιών και εφήβων, με αυξημένες αναφορές για επιδείνωση της διάθεσης, περισσότερες συγκρούσεις και μείωση των κοινωνικών επαφών (Meherali et al., 2021; Singh et al., 2020). Αντιθέτως, ομάδες με υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας εμφάνισαν ταχύτερη ανάκαμψη και μικρότερη έκπτωση στη λειτουργικότητα (Sarmiento et al., 2021).

Η μελέτη της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση των αναπτυξιακών αναγκών των παιδιών και την έγκαιρη ανίχνευση των δυσκολιών που ενδέχεται να εξελιχθούν σε σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας. Η ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο τις δυσκολίες όσο και τις δυνατότητες του παιδιού συμβάλλει στην προώθηση της ανθεκτικότητας και της συνολικής ευημερίας του.

2.3.1 Λειτουργικός προσδιορισμός της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας

Στην παρούσα μελέτη, η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα ορίζεται λειτουργικά ως ο βαθμός στον οποίο το παιδί παρουσιάζει προσαρμοστικές ή μη συμπεριφορές στο κοινωνικό, σχολικό και συναισθηματικό του περιβάλλον. Η έννοια περιλαμβάνει τόσο θετικές πτυχές, όπως η συνεργατικότητα, η κοινωνική ενσυναίσθηση και ο συναισθηματικός αυτοέλεγχος, όσο και αρνητικές εκφάνσεις, όπως συναισθηματικά προβλήματα, δυσκολίες συμπεριφοράς, υπερκινητικότητα, συγκρούσεις με συνομηλίκους ή δυσκολία διατήρησης θετικών κοινωνικών σχέσεων.

Στην παρούσα μελέτη, η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα ορίστηκε λειτουργικά με βάση τις αναφορές των ίδιων των παιδιών και των γονέων τους, όπως καταγράφηκαν μέσω του ερωτηματολογίου δυνατοτήτων και δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire)(SDQ). Το SDQ είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης της συναισθηματικής και συμπεριφορικής λειτουργίας παιδιών και εφήβων, το οποίο έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και έγκυρο σε πληθυσμούς σχολικής ηλικίας (Goodman, 2001).

Το εργαλείο περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις που οργανώνονται σε πέντε υποκλίμακες:

- Συναισθηματικά προβλήματα (Emotional Symptoms), π.χ Λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα των άλλων

- Προβλήματα συμπεριφοράς (Conduct Problems), Συχνά μαλώνει με τα άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει, τα φοβερίζει, τα κτυπά
- Υπερκινητικότητα/Απροσεξία (Hyperactivity/Inattention), π.χ Ανήσυχος/η και υπερδραστήριος/α, δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολύ ώρα
- Προβλήματα με συνομηλίκους (Peer Problems) π.χ Γενικά είναι συμπαθής στα άλλα παιδιά, και
- Θετική κοινωνική συμπεριφορά (Prosocial Behavior) π.χ Μοιράζεται εύκολα με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια κτλ) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ,ΙΙΙ)

Η συνολική βαθμολογία δυσκολιών (Total Difficulties Score) προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων πρώτων υποκλιμάκων (δηλαδή χωρίς τη θετική κοινωνική συμπεριφορά), με δυνατό εύρος τιμών 0 έως 40.

Σύμφωνα με τις οδηγίες ταξινόμησης του κατασκευαστή, οι βαθμολογίες κατηγοριοποιούνται ως εξής (για παιδιά ηλικίας 11–17 ετών):

Συνολική βαθμολογία δυσκολιών:

Φυσιολογικό: 0–15

Οριακά κλινικό: 16–19

Κλινικό: 20–40

Συναισθηματικά προβλήματα:

Φυσιολογικό: 0–5

Οριακά κλινικό: 6

Κλινικό: 7–10

Παράδειγμα ερωτήσεων είναι: , **Προβλήματα συμπεριφοράς:**

Φυσιολογικό: 0–3

Οριακά κλινικό: 4

Κλινικό: 5–10

Παράδειγμα ερωτήσεων είναι: **Υπερκινητικότητα / Απροσεξία:**

Φυσιολογικό: 0–5

Οριακά κλινικό: 6

Κλινικό: 7–10

Προβλήματα με συνομηλίκους:

Φυσιολογικό: 0–3

Οριακά κλινικό: 4

Κλινικό: 5–10

Θετική κοινωνική συμπεριφορά (αντίστροφη – υψηλότερη = καλύτερη):

Κλινικό (χαμηλή): 0–4

Οριακά κλινικό: 5

Φυσιολογικό (υψηλή): 6–10

2.4 Αυτοεκτίμηση

Η αυτοεκτίμηση είναι μια δημοφιλής και σημαντική έννοια στις κοινωνικές επιστήμες και στην καθημερινή ζωή. Η αυτοεκτίμηση είναι ο βαθμός στον οποίο κάποιος βραβεύει, εκτιμά, εγκρίνει ή συμπαθεί τον εαυτό του. Στις κοινωνικές επιστήμες, η αυτοεκτίμηση είναι ένα υποθετικό κατασκεύασμα που ποσοτικοποιείται, είναι το άθροισμα των αξιολογήσεων μεταξύ των σημαντικών χαρακτηριστικών του εαυτού ή της προσωπικότητας κάποιου. Είναι η συνολική συναισθηματική αξιολόγηση της αξίας ή της σημασίας κάποιου. Αυτή η αντίληψη βασίζεται στην υπόθεση ότι η μέτρηση των στάσεων ή των αξιολογήσεων του εαυτού ενός ατόμου αντανακλά την αυτοεκτίμηση ενός ατόμου. (Adler N & Stewart J.,2004).

Η έννοια της αυτοεκτίμησης έχει μια ποικιλία ονομάτων (π.χ. αυτοεκτίμηση, αυτοσεβασμός, αυτοαποδοχή) τα οποία είναι όλα συμβατά με τον ορισμό του λεξικού της «εκτίμησης» που αποδίδεται στον εαυτό. Ανεξάρτητα από τον ακριβή ορισμό ή την ετικέτα που επιλέγει κάποιος να χρησιμοποιήσει, η αυτοεκτίμηση συνήθως θεωρείται ότι είναι το αξιολογικό συστατικό μιας ευρύτερης αναπαράστασης του εαυτού, της έννοιας του εαυτού, η οποία περιέχει γνωστικά και συμπεριφορικά στοιχεία καθώς και συναισθηματικά. Ως αποτέλεσμα, οι γνώσεις για τον εαυτό (που περιέχονται στην έννοια του εαυτού) μπορεί να επηρεάσουν ή όχι την αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με τα μοντέλα συναισθήματος και συμπεριφορών (Frijda, 1986; Lazarus R. & Folkman, S 1984; Weiner, 1986), αξιολογήσεις ή κρίσεις (π.χ., "Είμαι ελκυστικός/μη ελκυστικός", "ευφυής/Μη

έξυπνος", "εργατικός/τεμπέλης") κρύβονται θετικά ή αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό. Στο βαθμό που τέτοιες αξιολογήσεις καλύπτουν ένα σχετικά ευρύ φάσμα προσωπικών χαρακτηριστικών, η αυτοεκτίμηση είναι η κατάλληλη ετικέτα (Blascovich, & Tomaka, 1991).

Σε μια άλλη έννοια η αυτοεκτίμηση ορίζεται ως η εμπιστοσύνη στην αξία, τις ικανότητες ή την ηθική κάποιου. Η αυτοεκτίμηση περιλαμβάνει πεποιθήσεις για τον εαυτό του (π.χ «Είμαι αγαπητός», «Είμαι άξιος») καθώς και συναισθηματικές καταστάσεις, όπως ο θρίαμβος, η απελπισία, η υπερηφάνεια και η ντροπή (Hewitt, 2009). Οι Smith και Mackie ορίζουν την αυτοεκτίμηση ως τις θετικές ή αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού, όπως και στο πώς νιώθουμε γι' αυτόν (Smith & Mackie, 2007).

Η αυτοεκτίμηση δεν αποτελεί σταθερό γνώρισμα, αλλά δύναται να μεταβάλλεται υπό την επίδραση εμπειριών, κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και εξελικτικών παραγόντων. Ιδιαίτερα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, η αυτοεκτίμηση είναι ευάλωτη σε περιβαλλοντικές και διαπροσωπικές επιρροές, όπως η γονεϊκή αποδοχή, η ποιότητα των φιλικών σχέσεων, η ακαδημαϊκή επίδοση και η κοινωνική αποδοχή από συνομηλίκους (Harris, M et al., 2017). Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις, η σταθερά χαμηλή αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη, άγχος και προβλήματα συμπεριφοράς (Sowislo & Orth, 2013, Mann et al., 2022).

Πέρα από την προσωπική ευημερία, η αυτοεκτίμηση επηρεάζει την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και τη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων. Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση τείνουν να εμφανίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική ανθεκτικότητα, καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και πιο προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης (Orth et al., 2018). Αντιθέτως, η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίζεται με αυξημένη εσωτερίκευση συναισθημάτων, χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης, κοινωνικής απόσυρσης ή αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς όπως οι έφηβοι (Breachan & Kvaem, 2015).

2.4.1 Λειτουργικός προσδιορισμός της αυτοεκτίμησης στην παρούσα μελέτη

Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της κλίμακας αυτό-εκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES.

Rosenberg, 1989) (Galanou, Galanakis, Alexopoulos, & Darviri, 2014). Η RSES περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένους τομείς δραστηριοτήτων, αλλά ρωτούν για συγκεκριμένα συναισθήματα που αναδύονται από την αντίληψη του εαυτού. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, που κυμαίνεται από το 1 (Συμφωνώ απόλυτα) έως το 4 (Διαφωνώ απόλυτα). Οι 5 από τις ερωτήσεις είναι θετικά διατυπωμένες (π.χ., «Γενικά, είμαι ικανοποιημένος/η από τον εαυτό μου») και οι υπόλοιπες 5 είναι αρνητικά (π.χ., «Αισθάνομαι ότι δεν έχω πολλά πράγματα για τα οποία θα μπορούσα να είμαι περήφανος/η»). Η βαθμολογία της αυτοεκτίμησης προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων της κλίμακας. Το άτομο μπορεί να συγκεντρώσει από 10 έως 40 βαθμούς. Υψηλή βαθμολογία σημαίνει υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg παρουσιάζει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή, με τιμές Cronbach's alpha που κυμαίνονται συνήθως μεταξύ 0.75 και 0.93, γεγονός που υποδηλώνει καλή αξιοπιστία (Moksnes et al., 2024, Wood, C. et al., 2021 Galanou C. et al., 2014)(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ, V)

2.5 Αυτό-τραυματισμός

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει ότι ο σχολικός εκφοβισμός έχει σχετιστεί με πολλά προβλήματα/ διαταραχές τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Σε ατομικό επίπεδο οι συμπεριφορές εκφοβισμού συνιστά παράγοντα κινδύνου για αυτοτραυματισμό

Ο αυτό-τραυματισμός ορίζεται ως η συμπεριφορά με πρόθεση να προξενήσει κάποιος στον εαυτό του σωματική βλάβη (Favazza & Rosenthal, 1993). Ο αυτοτραυματισμός μπορεί να χαρακτηρίζεται με ή χωρίς πρόθεση για τερματισμό της ζωής. Η τελευταία περίπτωση ονομάζεται αυτοτραυματισμός χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό (NSSI) και μπορεί να επέλθει με διάφορους τρόπους, ο πιο συνηθισμένος όμως σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι το κόψιμο με ένα αιχμηρό αντικείμενο. Επίσης, άλλες μορφές μη αυτοκτονικής, αυτό-τραυματικής συμπεριφοράς μπορεί να είναι το κάψιμο, γδάρσιμό ή κτυπήματα σε μέρη του σώματος (Xiao et al., 2022)

Ο αυτό-τραυματισμός δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο, αντιθέτως οι προκλήσεις για διαχείριση των κλινικών περιστατικών για αυτό-τραυματισμό άρχισαν αρχές της

δεκαετίας του 1960 (Lindgren et al.,2018).Η πρώτη προσπάθεια για επεξήγηση της συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού έγινε από τον ψυχίατρο Menniger τον 1938, ο οποίος περιγράφει την δράση ως συμπεριφορά για αποτροπή της αυτοκτονίας και αυτό-θεραπείας (Lindgren et al.,2018).

Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχουν διαχωριστεί οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού με ή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο αυτοτραυματισμό χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό ορίζεται πληρώντας έξι κριτήρια με βάση το DSM-5(APA, 2013,σελ.803).

A. Το άτομο να έχει προκαλέσει κάποια βλάβη στην επιφάνεια του σώματος του ή σωματικός πόνος (π.χ. κόψιμο, έγκαιμα, τρύπημα, χτύπημα, υπερβολική εντριβή) με την προσδοκία να προκαλέσει λίγο ή μέτριο πόνο (χωρίς πρόθεση θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός) πέντε ή περισσότερες μέρες εντός του τελευταίου χρόνου.

Η απουσία αυτοκτονικής πρόθεσης θα πρέπει να έχει διατυπωθεί από το ίδιο το άτομο ή να απορρέει από την ενασχόληση του ατόμου με μια συμπεριφορά που ξέρει ή έχει μάθει ότι δεν μπορεί να καταλήξει σε θάνατο.

B. Το άτομο να ασχολείται με την αυτοτραυματική συμπεριφορά με σκοπό έναν ή παρακάτω από τους ακόλουθους λόγους:

1. Να ανακουφιστεί από κάποιο αρνητικό συναίσθημα ή αρνητικές σκέψεις
2. Να λύσει μία διαπροσωπική δυσκολία.
3. Να προκαλέσει μία κατάσταση θετικής αίσθησης.

Σημειώνεται ότι η ανακούφιση παρατηρείται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τον αυτοτραυματισμό, και το άτομο μπορεί να εμφανίσει μοτίβα συμπεριφοράς που υποδηλώνουν εξάρτηση από την πράξη αυτή.

Γ. Ο εσκεμμένος αυτοτραυματισμός να συσχετίζεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

1. Διαπροσωπικές δυσκολίες ή αρνητικά συναισθήματα ή σκέψεις, κατάθλιψη, άγχος, ένταση, θυμό, γενικευμένη δυσφορία, που εμφανίστηκαν κατά την περίοδο πριν την έναρξή της αυτό-τραυματικής συμπεριφοράς.
2. Μια περίοδο διαρκούς ενασχόλησης με την συμπεριφορά που είναι δύσκολο να ελεγχθεί, πριν από την πράξη.

3. Συχνές σκέψεις σχετικά με τον αυτοτραυματισμό, ακόμα και όταν δεν γίνονται πράξη.

Δ. Η αυτό-τραυματική συμπεριφορά να μην είναι κοινωνικά αποδεκτή (π.χ. piercing σώματος, τατουάζ, θρησκευτικό ή πολιτιστικό τελετουργικό) και να μην περιορίζεται στο δάγκωμα νυχιών.

Ε. Η συμπεριφορά ή οι συνέπειες της να προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή να παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διαπροσωπικούς, ακαδημαϊκούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του.

Η. Η συμπεριφορά να μην συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια ψυχωτικών επεισοδίων, ντελίριου, τοξίκωσης από ουσίες ή λόγω στερητικού συνδρόμου. Επιπλέον, σε άτομα με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, ο αυτοτραυματισμός να μην αποτελεί μέρος των στερεοτυπικών συμπεριφορών τους.

Τέλος, η συμπεριφορά να μην μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική ή οργανική κατάσταση (π.χ. ψυχωτική διαταραχή, διαταραχή φάσματος αυτισμού, νοητική υστέρηση, σύνδρομο Lesch-Nyhan, στερεοτυπική κινητική διαταραχή με αυτοτραυματισμό, τριχοτιλλομανία).

Μέσα από την βιβλιογραφία φάνηκε ότι οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού με ή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό έχουν συσχετιστεί θετικά με το σχολικό εκφοβισμό και συγκεκριμένα υπό την ιδιότητα του Δέκτη (Karaniola et.al.2018). Αν και εννοιολογικά διαφέρουν, πολλές φορές συμβαίνουν ταυτόχρονα (Hamza et.al.2012) και με μεγαλύτερη σοβαρότητα, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα για να ξανά επαναληφθεί ο αυτοτραυματισμός (Victor & Klonsky,2014).Ο αυτοτραυματισμός έχει συνδεθεί με πολλών ειδών ψυχοπαθολογίας, όπως αγχώδης διαταραχές, διπολική διαταραχή, (Janiri et al.,2024), διατροφικές διαταραχές(Sohn et al., 2023), μετατραυματικό στρες και κατάθλιψη (Seong E.et al.,2024 Shao C., et. al., 2021).

2.5.1 Λειτουργικός προσδιορισμός του αυτοτραυματισμού

Στην παρούσα μελέτη, ο αυτοτραυματισμός ορίστηκε λειτουργικά μέσω αυτό-αναφοράς των παιδιών σε τρεις διακριτές κατηγορίες, βάσει της απάντησης τους σε ερωτήσεις που διερευνούσαν σκέψεις ή πρόθεση πρόκλησης βλάβης στον εαυτό τους. Συγκεκριμένα, τα παιδιά ρωτήθηκαν αν:

1. Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δεν το έχω πράξει,

2. Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου
3. Δεν έχω σκεφτεί ποτέ να κάνουν κακό στον εαυτό μου.

Η αξιολόγηση του αυτοτραυματισμού δεν έγινε μέσω τυποποιημένου εργαλείου, αλλά βασίστηκε σε αυτό-αναφερόμενες σκέψεις και προθέσεις, ώστε να καταγραφεί η πρόθεση ή η επιθυμία για αυτό-τραυματική συμπεριφορά, ανεξάρτητα από την ύπαρξη πραγματικής πράξης.

2.6 Θεωρητικό υπόβαθρο

Ίσως μια από τις σημαντικές περιόδους ενός ανθρώπου είναι η παιδική ηλικία, όπου το παιδί αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον του, είτε αυτό λέγεται οικογενειακό ή σχολικό περιβάλλον, όπου διαμορφώνονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του στη βάση της προσωπικής ιδιοσυγκρασίας του κάθε παιδιού. Μέσα από αυτή καθημερινή και επαναλαμβανόμενη διαδικασία το παιδί αναπτύσσει συμπεριφορές, καθημερινές δεξιότητες, σκέψεις και συναισθήματα (Miller & Bell, 2013). Έτσι, λοιπόν, οποιαδήποτε εμπειρία μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα ενός παιδιού.

Μέσα από αυτό το συνεχές, η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον πιθανόν να είναι αναπόφευκτη, βιώνοντας εμπειρίες που μπορεί να αποτελέσουν αρωγό στη ζωή ενός παιδιού ή και να αλλάξει ριζικά τον τρόπο σκέψη και την συμπεριφορά του, δημιουργώντας τραυματικές εμπειρίες με συνέπειες τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για την κοινωνία γενικότερα στα επόμενα χρόνια.

Μια από τις τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να βιώσει ένα παιδί είναι μεταξύ άλλων και ο σχολικός εκφοβισμός/εκφοβιστική συμπεριφορά, συμπεριφορά που τα τελευταία χρόνια ολοένα και αυξάνεται, αφού δύο στα δέκα παιδιά μπορεί να βιώσει επιθετική-εκφοβιστική συμπεριφορά (Xing et al., 2023).

Παρόλα αυτά κάποια μοντέλα εστιάζονται σε συγκεκριμένους παράγοντες, όπως είναι οι γνωστικές προσεγγίσεις οι οποίες εστιάζονται στα αρνητικά γεγονότα, ενώ κάποια άλλα μοντέλα πιο εξελικτικά συμπεριλαμβάνουν περισσότερους παράγοντες όπως είναι οι γενετικοί παράγοντες, οι διαπροσωπικές δεξιότητες, οι οικογενειακές εμπειρίες και τα στρεσογόνα γεγονότα. Ένα από αυτά είναι το βιο-οικολογικό μοντέλο των Bronfenbrenner & Morris(2006) που ακολουθεί τη συστημική προσέγγιση.

2.6.1 Βασικά χαρακτηριστικά του βιο-οικολογικού μοντέλου

Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο του Bronfenbrenner (1977), η ανθρώπινη ανάπτυξη επηρεάζεται από ένα σύνολο αλληλεπιδρώντων συστημάτων στα οποία το άτομο συμμετέχει. Συγκεκριμένα, το άτομο αποτελεί μέλος πολλών συστημάτων μέσα στα οποία αναπτύσσεται, εξελίσσεται και επηρεάζεται άλλοτε σε μεγαλύτερο και άλλοτε σε μικρότερο βαθμό, ανάλογα με το είδος των αλληλεπιδράσεων που αναπτύσσονται μέσα σε αυτά. Το μοντέλο αυτό εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου και κατέληξε στη βιο-οικολογική προσέγγιση της ανθρώπινης ανάπτυξης (Bronfenbrenner & Morris, 2006), το οποίο εστιάζει σε τέσσερις βασικές παραμέτρους: Στις Διεργασίες (Process), το Άτομο (Person), το Πλαίσιο (Context) και ο Χρόνος (Time).(PPCT)

Τα δομικά στοιχεία του οικοσυστημικού αυτού μοντέλου, είναι το “πρόσωπο” και τα “πλαίσια” στα οποία συμμετέχει. Το πλαίσιο μπορεί να απεικονιστεί ως ένα σύνολο ομόκεντρων κυκλικών δομών που αντιπροσωπεύουν τα διαφορετικά επίπεδα του πλαισίου. Στο κέντρο αυτών των ομόκεντρων δομών βρίσκεται το αναπτυσσόμενο άτομο. Η ομοκεντρικότητα των επιπέδων δηλώνει ότι οι εγγύτερες οικολογικές δομές ασκούν έντονη και άμεση επίδραση στο άτομο. Οι Bronfenbrenner & Morris προσδιόρισαν ένα σύνολο παραμέτρων, που ανήκουν σε διάφορα υποσυστήματα, και ασκούν επίδραση πάνω στο άτομο.

Βασική αρχή του βιο-οικολογικού μοντέλου είναι ότι η ανάπτυξη διαμορφώνεται μέσω διεργασιών (proximal processes), δηλαδή αμοιβαίων, σταθερών και εξελισσόμενων αλληλεπιδράσεων μεταξύ του ατόμου και των προσώπων, αντικειμένων ή συμβόλων στο άμεσο περιβάλλον του. Η φύση και η αποτελεσματικότητα αυτών των διεργασιών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως το φύλο, η ιδιοσυγκρασία, οι δεξιότητες ή οι ιδιαίτερες αναπτυξιακές ανάγκες, καθώς και από το κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό του πλαίσιο. Το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται το άτομο αποδίδεται ως ένα σύνολο ομόκεντρων συστημάτων:

Μικροσύστημα: περιλαμβάνει τα άμεσο περιβάλλον του παιδιού, όπως η οικογένεια, το σχολείο, οι φίλοι και η γειτονιά. Εδώ εντοπίζονται οι πιο ισχυρές, άμεσες αλληλεπιδράσεις.

Μεσοσύστημα: αφορά τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα μικροσυστήματα, όπως για παράδειγμα η επικοινωνία και η συνεργασία ανάμεσα στο σχολείο και την οικογένεια.

Εξωσύστημα: περιλαμβάνει περιβάλλοντα στα οποία το παιδί δεν συμμετέχει άμεσα, αλλά επηρεάζεται έμμεσα μέσω των εμπλεκόμενων ενηλίκων (π.χ. επαγγελματικές συνθήκες των γονέων, μέσα μαζικής ενημέρωσης, τοπικές υπηρεσίες).

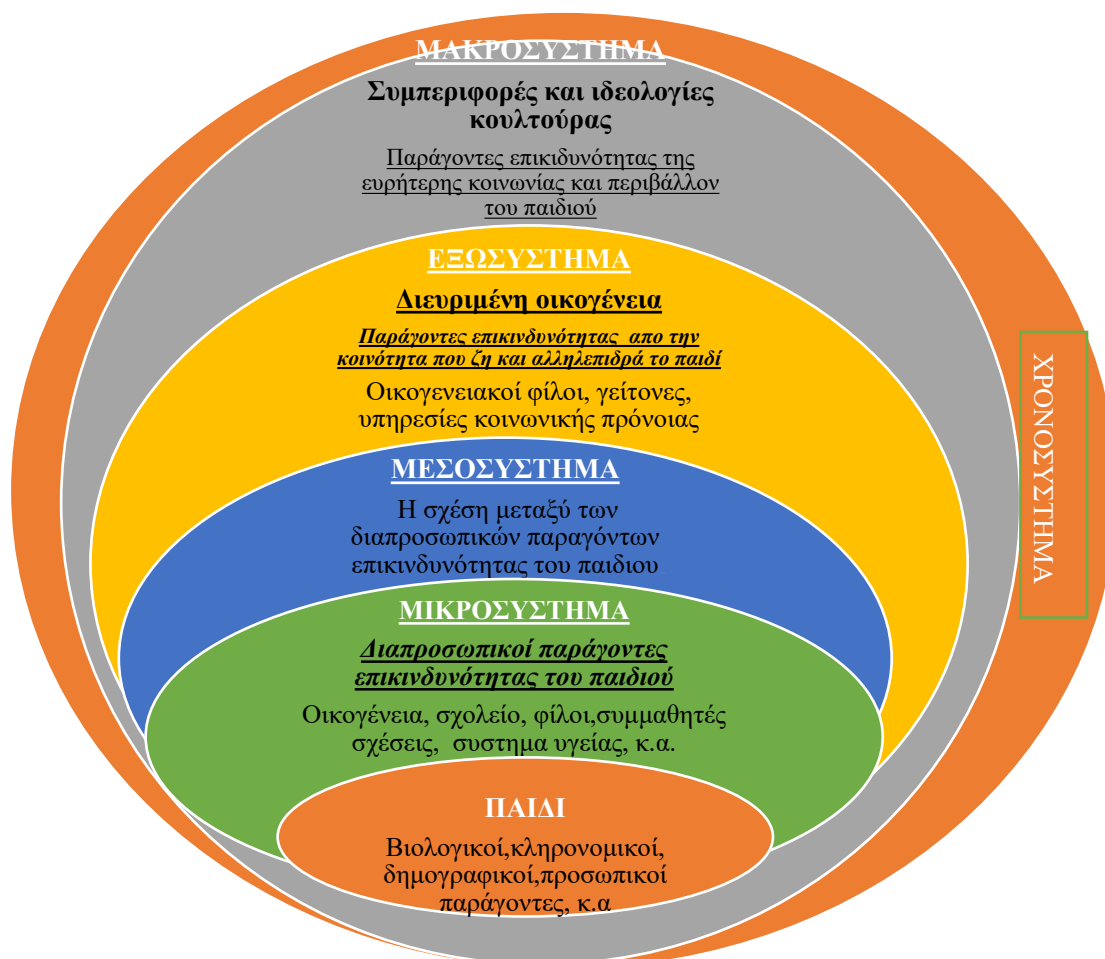
Μακροσύστημα: αναφέρεται στο ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό και νομικό πλαίσιο – τις αξίες, τους κανόνες, τις παραδόσεις και τις ιδεολογίες της κοινωνίας.

Χρονοσύστημα (chronosystem): αφορά τόσο τη διαχρονική εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. αλλαγές ρόλων, σημαντικά γεγονότα), όσο και τις ιστορικές, κοινωνικές ή πολιτισμικές μεταβολές που επιδρούν στα άλλα επίπεδα του πλαισίου. Η ανάπτυξη, επομένως, δεν είναι ένα στατικό φαινόμενο αλλά αποτέλεσμα δυναμικής και διαρκούς αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και των συστημάτων του περιβάλλοντός του, σε ένα χρονικό πλαίσιο που εξελίσσεται. Στην παιδική ηλικία, μεγαλύτερη επιρροή ασκείται από τα μικροσυστήματα, όμως όλα τα επίπεδα αλληλοεπιδρούν και επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την πορεία της ανάπτυξης.

Το παρακάτω γράφημα παρουσιάζει τα “πλαίσια” και τα κύρια συστατικά των οικοσυστημάτων τους ως παράγοντες επικινδυνότητας για την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Sokratous 2013).

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιήθηκε το οικολογικό μοντέλο του Bronfenbrenner (1977) ως θεωρητικό υπόβαθρο, προκειμένου να ερμηνευθεί η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών χαρακτηριστικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των παιδιών. Αν και δεν εξετάζονται όλα τα επίπεδα του οικολογικού μοντέλου, η μελέτη επικεντρώνεται κυρίως στο μικροσύστημα, αναλύοντας μεταβλητές όπως η οικογένεια, οι συνομηλικοί, η εμπλοκή σε περιστατικά εκφοβισμού και η αυτοεκτίμηση, που επηρεάζουν άμεσα την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Το μοντέλο αξιοποιείται εννοιολογικά για να υποστηρίξει την ανάγκη πολυεπίπεδης προσέγγισης στην κατανόηση και παρέμβαση της ψυχικής υγείας στην παιδική ηλικία.

Διάγραμμα 1: Βιο-οικολογικό μοντέλο



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1 Εισαγωγή

Η παιδική κατάθλιψη αναγνωρίζεται σήμερα ως μια σοβαρή ψυχική διαταραχή με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών (WHO, 2022). Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την παιδική κατάθλιψη είναι ζωτικής σημασίας,

τόσο κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας όσο και αργότερα στην ενήλικη ζωή.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει πληθώρα παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά και εφήβους, με έναν από τους σημαντικότερους να είναι ο σχολικός εκφοβισμός. Ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί μια επιβλαβή και επίμονη συμπεριφορά που μπορεί να λάβει διάφορες μορφές, όπως σωματική βία, κοινωνικός αποκλεισμός, διάδοση αρνητικών ή ψευδών φημών, ή διαδικτυακή παρενόχληση μέσω προσβλητικών ή απειλητικών μηνυμάτων (Olweus, 1993, 1999). Η έκθεση σε τέτοιες μορφές βίας έχει συσχετιστεί με σοβαρά και ενίοτε μακροχρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, κατάθλιψη, αντικοινωνική ή παραβατική συμπεριφορά, καθώς και αυτοτραυματισμό (Sohn et al., 2024).

Τόσο τα πρόσφατα όσο και τα παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα παιδιά που είναι δέκτες εκφοβισμού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή αγχωδών διαταραχών, ενώ εμφανίζουν και μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης αυτοτραυματισμού, με ή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό (John et al., 2018· Myklestad & Straiton, 2021).

Την τελευταία δεκαετία, η επιστημονική έρευνα έχει εστιάσει εντατικά στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους. Η πλειονότητα των μελετών τεκμηριώνει τη στενή συσχέτιση μεταξύ των δύο φαινομένων, εντείνοντας το επιστημονικό και κοινωνικό ενδιαφέρον για περαιτέρω διερεύνηση. Λόγω της πολύπαραγοντικής φύσης της παιδικής κατάθλιψης και των πολλών πιθανών παραγόντων κινδύνου, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ερευνών με διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα και μεθοδολογίες. Ορισμένες μελέτες εξετάζουν τη σχέση σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως αμφίδρομη (Klomek et al., 2018· Forbes et al., 2018), ενώ άλλες τη θεωρούν είτε παράγοντα κινδύνου είτε συνέπεια (Balluerka et al., 2022). Επιπλέον, ορισμένες έρευνες έχουν διερευνήσει τη σύνδεση του εκφοβισμού και της κατάθλιψης με σοβαρότερες εκβάσεις, όπως ο αυτοτραυματισμός και ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Klomek et al., 2018· Geoffroy et al., 2018).

Για την πληρέστερη κατανόηση της σχέσης μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αρκετοί ερευνητές έχουν εξετάσει και διαμεσολαβητικούς

παράγοντες. Ένας από τους πιο σημαντικότερους φαίνεται να είναι η αυτοεκτίμηση, η οποία επηρεάζει σε βάθος την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού (Zhong et al., 2021· Pan et al., 2019). Η αυτοεκτίμηση, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το παιδί αντιλαμβάνεται τον εαυτό του μέσα από το δικό του αξιολογικό σύστημα, έχει συσχετιστεί τόσο με την εμπλοκή στον εκφοβισμό όσο και με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν Δέκτες και κατά συνέπεια, να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ αντίστροφα, παιδιά που ήδη εμφανίζουν τέτοια συμπτώματα ενδέχεται να αποτελέσουν πιο εύκολο στόχο εκφοβιστικής συμπεριφοράς. Αντίθετα, η υψηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται σε κάποιες περιπτώσεις να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας και στις δύο περιπτώσεις (Zhong et al., 2021).

Συνοψίζοντας, τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν τη στενή και σύνθετη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτοεκτίμησης. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να διαμεσολαβεί στη σχέση αυτή, ενώ η σκέψη ή πράξη αυτοτραυματισμού, με ή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό, ενδέχεται να αποτελεί μια από τις πλέον σοβαρές επιπτώσεις αυτών των παραγόντων στην ψυχική υγεία των παιδιών.

Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα και τη σοβαρότητα των επιπτώσεων που συνεπάγεται ο σχολικός εκφοβισμός στην ψυχική υγεία των παιδιών, καθίσταται αναγκαία η εις βάθος διερεύνηση της σχέσης του με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοτραυματισμό, ιδιαίτερα στην ευάλωτη ηλικιακή ομάδα των 10–13 ετών. Η παρούσα διατριβή, μέσω συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας και εμπειρικής μελέτης, επιχειρεί να εντοπίσει τα βασικά ερευνητικά κενά και να συνεισφέρει στην κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των παιδιών.

3.2 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά ηλικίας 10 -13 ετών.

3.3 Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας με στόχο τον εντοπισμό ποσοτικών ερευνητικών μελετών. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο 2024 μέχρι τον Αύγουστο 2024 στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, Google scholar, Medline και PsycInfo. Η αναζήτηση συμπεριλάμβανε τις λέξεις κλειδιά: 'School bullying' OR 'Victimization' AND 'Child depression' OR 'Child depressive symptoms' OR 'adolescence's depressive symptom's με όλους τους πιθανούς συνδυασμούς.

3.4 Τα κριτήρια εισόδου στο δείγμα της παρούσας ανασκόπησης ήταν τα παρακάτω:

Στη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν άρθρα που πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια εισόδου:

Κριτήρια Εισόδου:

1. Δημοσίευση εντός της δεκαετίας 2014–2024.
2. Δείγμα που περιλάμβανε παιδιά ή προεφήβους ηλικίας 10 έως 13 ετών
3. Γλώσσα δημοσίευσης: Ελληνικά ή Αγγλικά.
4. Εμπειρικές ποσοτικές μελέτες που διερευνούσαν:
 - Τη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
 - Τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες μεταβλητές:
 - Αυτοεκτίμηση, εξεταζόμενη ως μεσολαβητική (mediator) ή τροποποιητική (moderator) μεταβλητή.
 - Αυτοτραυματισμός, είτε ως έκβαση είτε ως σχετική μεταβλητή και
 - Οι Δυνατότητες και οι δυσκολίες είτε σχέση με τον σχολικό εκφοβισμό είτε σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Κριτήρια Αποκλεισμού:

1. Συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις, θεωρητικές προσεγγίσεις ή μελέτες χωρίς εμπειρικά δεδομένα.

2. Μελέτες που δεν παρείχαν σαφή στοιχεία για τον ηλικιακό στόχο (10–13 ετών)
3. Άρθρα με ελλιπή μεθοδολογική τεκμηρίωση, όπως ασαφείς μεταβλητές, μη έγκυρα/αξιόπιστα εργαλεία, ή ανεπαρκή στατιστική ανάλυση.

3.5 Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά των μελετών που ανασκοπήθηκαν

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, εξετάστηκαν συνολικά 11 μελέτες, οι οποίες περιλάμβαναν δείγμα 17501 παιδιών και εφήβων από διάφορες χώρες. Οι αξιολογήσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω αυτό-αναφερόμενων ερωτηματολογίων, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις περιλάμβαναν συνεντεύξεις ή αξιολογήσεις από τους γονείς ή τους δασκάλους των συμμετεχόντων. Όσο αφορά τον σχεδιασμό οι περισσότερες ήταν διαχρονικές (Zhong et al.2021, Pan et al.,2019, Forbes et.al.,2018., Henrich & Shahar.,2014), και περιγραφικές συσχέτισης (Balluerka et al., 2022.Silva et al.,2020, Sattar et al.,2019, Seo et.al.2017), δύο προοπτικής κόρτης (Wu et al.,2021, Geoffroy et al.,2018) και μία τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (Thomas et al. 2017).

3.6 Ανάλυση κύριων αποτελεσμάτων των μελετών

Επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διερεύνηση της σχέσης τους με: (α)ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, (β) ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, (γ) αυτοεκτίμηση και (δ) αυτοτραυματισμό

Η συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν μία από τις πλέον συχνές ψυχολογικές εκδηλώσεις σε παιδιά και εφήβους που έχουν υποστεί σχολικό εκφοβισμό. Οι μελέτες που εξετάστηκαν παρουσιάζουν ποσοστά εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων που κυμαίνονται από 14,5% έως και 31,2% ανάλογα με το δείγμα, την ηλικία και τη μεθοδολογία (Silva et al., 2020, Geoffroy et al., 2018, Seo et al., 2017). Τα υψηλότερα ποσοστά εντοπίζονται στα παιδιά που έχουν εμπλακεί ως Εκφοβιστές-Δέκτες, δηλαδή έχουν υποστεί και έχουν ασκήσει εκφοβισμό το ίδιο χρονικό

διάστημα, μια ομάδα που διατρέχει αυξημένο κίνδυνο για καταθλιπτική συμπτωματολογία, γεγονός που ενισχύει τη σημασία διαχωρισμού του ρόλου εμπλοκής.

Η μελέτη των Silva et al. (2020) έδειξε ότι οι Εκφοβιστές-Δέκτες είχαν εννέα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (OR = 9,44), ενώ οι Δέκτες, έξι φορές, συγκριτικά με τα μη εμπλεκόμενα παιδιά. Ωστόσο, η μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς, καθώς υιοθετήθηκε περιγραφικός συσχετιστικός σχεδιασμός, ο οποίος δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών συμπερασμάτων. Επιπλέον, το δείγμα προήλθε από μία μόνο γεωγραφική περιοχή της Βραζιλίας, γεγονός που περιορίζει τη γενικευση των ευρημάτων.

Ανάλογα ευρήματα ανέδειξε και η μελέτη των Geoffroy et al. (2018), η οποία με προοπτικό διαχρονικό σχεδιασμό (cohort) κατέδειξε ότι τα παιδιά που είχαν εκτεθεί σε χρόνιο και σοβαρό εκφοβισμό στην παιδική ηλικία (6–15 ετών), είχαν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης γενικευμένου άγχους, κατάθλιψης, αλλά και αυτοκτονικού ιδεασμού στα 15 τους χρόνια. Παρότι η μελέτη διαθέτει ισχυρό σχεδιασμό και μακροχρόνια παρακολούθηση, περιορίζεται στο ότι δεν εξέτασε διαμεσολαβητικούς παράγοντες (όπως η αυτοεκτίμηση), οι οποίοι θα μπορούσαν να εξηγήσουν τους μηχανισμούς της σχέσης αυτής.

Η μελέτη των Seo et al. (2017) με μεγάλο δείγμα 3.200 παιδιών ηλικίας 10–17 ετών, έδειξε επίσης ότι το 31,2% των συμμετεχόντων παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα, με τα κορίτσια να εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερα ποσοστά. Η μελέτη ανέδειξε επίσης ότι οι Δέκτες σχετίστηκαν με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, χαμηλή σχολική επίδοση και φτωχές σχέσεις με τους γονείς τους, αναδεικνύοντας έτσι τη σύνδεση με ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά. Παρά τα ισχυρά στατιστικά ευρήματα, η μελέτη περιορίστηκε από την αυτοαναφορά των παιδιών και τη χρήση πολύ σύντομων εργαλείων αξιολόγησης, τα οποία ενδέχεται να μην αποδίδουν την πλήρη εικόνα της ψυχικής κατάστασης των παιδιών.

Η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, ως βασική συνιστώσα του πρώτου στόχου, εξετάστηκε κυρίως μέσω του εργαλείου Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) σε μελέτες όπως αυτή των Sattar et al. (2019). Τα παιδιά που ήταν Δέκτες ή Εκφοβιστές-Δέκτες, παρουσίασαν αυξημένες συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, ενώ τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν πιο έντονα στους Εκφοβιστές- Δέκτες.

Όσον αφορά τη σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την αυτοεκτίμηση, οι μελέτες των Pan et al. (2019) και Balluerka et al. (2022) κατέδειξαν ότι τα παιδιά που υπήρξαν Δέκτες σχολικού εκφοβισμού είχαν σημαντικά χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, η οποία με τη σειρά της προέβλεπε αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα και συμπτώματα άγχους. Στη μελέτη των Pan et al., η πατρική προσκόλληση φάνηκε να έχει ρόλο προστατευτικού παράγοντα, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της οικογένειας. Οι δύο μελέτες, αν και προσφέρουν σαφείς ενδείξεις για διαμεσολαβητικό ρόλο της αυτοεκτίμησης, περιορίζονται από τον συσχετιστικό τους χαρακτήρα, χωρίς τη δυνατότητα αιτιολογικής εξήγησης.

Τέλος, ως προς την παράμετρο του αυτοτραυματισμού, οι Wu et al. (2021) και Thomas et al. (2017) ανέδειξαν ότι τα παιδιά με καταθλιπτικά συμπτώματα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοτραυματισμό ή και απόπειρα αυτοκτονίας, ιδιαίτερα όταν είναι εμπλεκόμενα στον εκφοβισμό. Στη μελέτη των Wu et al., η ψυχική ανθεκτικότητα φάνηκε να μετριάζει τη σχέση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτοτραυματισμού, γεγονός που τονίζει τη σημασία ενίσχυσης προστατευτικών παραγόντων. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα της μελέτης πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή λόγω της ιδιωτικής φύσης του σχολείου και του υψηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ των συμμετεχόντων.

Συνολικά, η βιβλιογραφία τεκμηριώνει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται άμεσα με μια σειρά παραγόντων που περιλαμβάνουν ατομικά χαρακτηριστικά, οικογενειακές σχέσεις, ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Ωστόσο, παραμένουν σημαντικά κενά, κυρίως λόγω των ηλικιακών ορίων των περισσότερων μελετών και της απουσίας ολοκληρωμένων μελετών σε παιδιά ηλικίας 10-13 ετών, κενό το οποίο φιλοδοξεί να καλύψει η παρούσα διατριβή.

Η συχνότητα, η μορφή και ο τύπος του σχολικού εκφοβισμού και η διερεύνηση της σχέσης τους με: α) ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, γ) την αυτοεκτίμηση και δ) τον αυτοτραυματισμό

Η παρούσα ανασκόπηση ανέδειξε ότι ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο εκδηλώνεται σε ποικίλες μορφές (λεκτική, σωματική, κοινωνικός αποκλεισμός, διαδικτυακή) και επηρεάζεται τόσο από ατομικά

όσο και από οικογενειακά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Η συχνότητα και η μορφή του εκφοβισμού συνδέονται άμεσα με τις συνέπειες στην ψυχική υγεία των παιδιών και αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την εκτίμηση της έντασης του φαινομένου.

Η μελέτη των Thomas et al. (2017) έδειξε ότι στους προηγούμενους 12 μήνες το 13,3% των παιδιών είχαν γίνει Δέκτες, με το 71,4% των περιστατικών να λαμβάνουν χώρα πρόσωπο με πρόσωπο. Η μελέτη αυτή, με μεγάλο δείγμα (n=2967) και τυχαίο πληθυσμό, προσφέρει ισχυρά επιδημιολογικά δεδομένα. Ωστόσο, οι συγγραφείς σημειώνουν ότι αρκετοί μαθητές απάντησαν "προτιμώ να μην πω" σε ερωτήσεις για αυτοτραυματισμό και απόπειρες αυτοκτονίας, γεγονός που εγείρει ερωτήματα για την ειλικρίνεια ή τον φόβο κοινωνικής απόρριψης, περιορίζοντας έτσι την εγκυρότητα των ευρημάτων.

Η διάκριση μεταξύ Εκφοβιστή, Δέκτη, Εκφοβιστή-Δεκτη, αποδείχθηκε ιδιαίτερα σημαντική για την ερμηνεία των ψυχοκοινωνικών συνεπειών. Στη μελέτη των Silva et al. (2020), οι Εκφοβιστές-Δέκτες είχαν τη μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη συσσωρευμένου κινδύνου από τη διπλή εμπλοκή. Ωστόσο, η μελέτη περιορίστηκε σε μαθητές της έκτης τάξης, γεγονός που μειώνει τη γενίκευση των ευρημάτων σε άλλα ηλικιακά φάσματα.

Παρόμοια, η μελέτη των Sattar et al. (2019) στο Πακιστάν ανέδειξε ότι το 32,3% των παιδιών ήταν Εκφοβιστές, το 28,8% Δέκτες και το 15,5% Εκφοβιστές-Δέκτες, με σημαντικές διαφορές στη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και την κατάθλιψη ανά κατηγορία εμπλοκής. Αν και η χρήση του SDQ ενίσχυσε την αξιολόγηση των κοινωνικών και συναισθηματικών πτυχών, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνει με προσοχή, καθώς το πολιτισμικό πλαίσιο ενδέχεται να επηρεάζει τόσο την αντίληψη όσο και την αναφορά της εμπλοκής σε εκφοβισμό.

Η ηλικία και το φύλο αποδείχθηκαν σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες. Στην έρευνα των Seo et al. (2017), παρατηρήθηκε ότι τα νεότερα παιδιά (10–12 ετών) γίνονταν Δέκτες εφοβιστικής συμπεριφοράς πιο συχνά σε σχέση με τους εφήβους, ενώ τα κορίτσια παρουσίασαν ελαφρώς αυξημένη πιθανότητα να γίνουν Δέκτες. Εντούτοις, η μελέτη βασίστηκε σε δύο μόνο ερωτήσεις για την αξιολόγηση του εκφοβισμού, χωρίς διάκριση τύπου (λεκτικός, σωματικός κ.ά.), γεγονός που αποτελεί μεθοδολογικό περιορισμό.

Σχετικά με τον διαδικτυακό εκφοβισμό, η μελέτη των Zhong et al. (2021) προσέφερε μια πιο λεπτομερή εικόνα, αξιολογώντας ξεχωριστά τόσο τον σχολικό όσο και τον

ηλεκτρονικό εκφοβισμό σε πέντε χρονικά σημεία. Η μελέτη κατέδειξε ότι η συχνότητα που οι συμμετέχοντες γίνονταν Δέκτες, αυξανόταν με την πάροδο του χρόνου και σχετιζόταν με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Τέλος, η μελέτη των Geoffroy et al. (2018) ανέδειξε τη σημασία της χρονιότητας της εμπλοκής ενός παιδιού ως Δέκτη εκφοβιστικής συμπεριφοράς. Τα παιδιά που εκτέθηκαν σε συστηματικό εκφοβισμό από την παιδική ηλικία έως την εφηβεία εμφάνισαν υψηλότερο κίνδυνο για γενικευμένο άγχος, καταθλιπτικά συμπτώματα, αυτοκτονικό ιδεασμό και σεξουαλική δυσπροσαρμογή στην ηλικία των 15 ετών. Η μελέτη υποστηρίζεται από ισχυρή μεθοδολογία, ωστόσο δεν ανέλυσε λεπτομερώς τη μορφή του εκφοβισμού, γεγονός που αφήνει αναπάντητα ερωτήματα ως προς την επίδραση κάθε τύπου (λεκτικός, φυσικός, σχεσιακός κ.λπ.).

Τα ευρήματα συνολικά τεκμηριώνουν τη σημασία της διάκρισης μορφών και τύπων του εκφοβισμού, καθώς και της έντασης και διάρκειας των περιστατικών, δεδομένα που συχνά υποεκπροσωπούνται στις μελέτες. Η παρούσα διατριβή, εστιάζοντας σε παιδιά ηλικίας 10–13 ετών, φιλοδοξεί να καλύψει αυτό το κενό, προσεγγίζοντας συστηματικά και με σαφή ορισμό τον σχολικό εκφοβισμό ως προς τη συχνότητα, τη μορφή και τον ρόλο εμπλοκής, ενώ ταυτόχρονα εξετάζει το πώς σχετίζεται με το οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοτραυματισμό.

Ο βαθμός αυτοεκτίμησης και η σχέση του με: α) τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τις δυνατότητες και τις δυσκολίες και γ) αν και πώς επηρεάζεται ή επηρεάζει τη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Η αυτοεκτίμηση αναδεικνύεται ως κεντρική μεταβλητή στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης τεκμηριώνουν τον διπλό ρόλο της αυτοεκτίμησης: αφενός ως προστατευτικού παράγοντα, και αφετέρου ως διαμεσολαβητικού μηχανισμού, ο οποίος ενδέχεται να εξηγεί πώς η εμπειρία ενός παιδιού ως Δέκτη εκφοβισμού μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η μελέτη των Zhong et al. (2021) είναι ενδεικτική, καθώς μέσω διαχρονικού σχεδιασμού πέντε χρονικών σημείων παρακολούθησης σε δείγμα παιδιών ηλικίας 9–12 ετών, έδειξε

ότι όσο αυξανόταν η συχνότητα που οι συμμετέχοντες γίνονταν Δέκτες, τόσο μειωνόταν η αυτοεκτίμηση (ιδίως σε περιστατικά πρόσωπο με πρόσωπο). Τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση ανέφεραν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, και η αυτοεκτίμηση λειτουργούσε ως μεσολαβητής μεταξύ των Δεκτών και των συμπτωμάτων κατάθλιψης, με παρόμοια επίδραση τόσο στον παραδοσιακό όσο και στον διαδικτυακό εκφοβισμό ($B=0,17$ και $B=0,18$ αντίστοιχα). Παρότι η μελέτη προσφέρει ισχυρά ευρήματα, περιορίζεται γεωγραφικά (δημόσια σχολεία στην Κίνα) και δεν λαμβάνει υπόψη πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν την αυτό-εικόνα και την αποδοχή από τους συνομηλίκους.

Στη μελέτη των Balluerka et al. (2022), με ερωτηματολόγια που αξιολόγησαν πέντε μορφές εκφοβισμού, φάνηκε ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ Δέκτη και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Χαρακτηριστικά, η έμμεση επίδραση μέσω της αυτοεκτίμησης ήταν ισχυρότερη από την άμεση επίδραση του Δέκτη στην κατάθλιψη ($B=0,25$ έναντι $B=0,17$). Ο σχεδιασμός της μελέτης, δεν εξετάσε την κατεύθυνση της σχέσης, περιορίζοντας την ερμηνεία αίτιου -αποτελέσματος.

Ειδική αναφορά πρέπει να γίνει στη μελέτη των Pan et al. (2019), η οποία όχι μόνο επιβεβαίωσε τη διαμεσολάβηση της αυτοεκτίμησης, αλλά ανέδειξε και τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδό της, όπως η γονική προσκόλληση και το φύλο. Η πατρική προσκόλληση φάνηκε να ενισχύει την αυτοεκτίμηση και να μειώνει τον αντίκτυπο στους Δέκτες, ιδιαίτερα στα αγόρια, ενώ η μητρική προσκόλληση λειτούργησε προστατευτικά κυρίως για τα κορίτσια. Αν και η μελέτη πραγματοποιήθηκε με διαχρονικό σχεδιασμό, περιορίστηκε από το γεωγραφικό και πολιτισμικό της πλαίσιο (Κίνα) και δεν περιλάμβανε αξιολογήσεις από τρίτους (γονείς ή δασκάλους), γεγονός που θα ενίσχυε την εγκυρότητα των ευρημάτων.

Παράλληλα, οι Sattar et al. (2019) επιβεβαίωσαν ότι η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, καθώς τα παιδιά με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση εμφάνιζαν περισσότερες δυσκολίες σε κοινωνικές σχέσεις και συναισθηματική προσαρμογή.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι πολιτισμικές διαφορές φαίνεται να παίζουν ρόλο στην κατανόηση της αυτοεκτίμησης, όπως καταδεικνύεται και στη μελέτη των Silva et al. (2020), όπου η αυτοεκτίμηση των κοριτσιών φάνηκε να πλήττεται περισσότερο από όλες

τις μορφές εκφοβισμού, σε αντίθεση με τα αγόρια, όπου η επίδραση περιορίστηκε στη λεκτική και σχεσιακή θυματοποίηση.

Τα παραπάνω ευρήματα ενισχύουν την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της αυτοεκτίμησης όχι μόνο ως αποτέλεσμα, αλλά και ως διαμεσολαβητή και ρυθμιστή στη σχέση εκφοβισμού-κατάθλιψης. Η παρούσα διατριβή απαντά σε αυτή την ανάγκη, εξετάζοντας τη σύνθετη λειτουργία της αυτοεκτίμησης τόσο ως μεσολαβητικό όσο και μετριαστικό παράγοντα, μέσα σε ένα συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα (10–13 ετών) που έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί λιγότερο.

Η συχνότητα σκέψης ή πρόθεσης για αυτοτραυματισμό και: α) οι διαφορές μεταξύ φύλων, β) η σχέση του αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των συμμετεχόντων

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση ανέδειξε ότι η εμπλοκή στο σχολικό εκφοβισμό, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και χαμηλής αυτοεκτίμησης, συνδέεται στενά με σκέψεις ή πρόθεση για αυτοτραυματισμό και, σε πολλές περιπτώσεις, με απόπειρες αυτοκτονίας. Ειδικά τα παιδιά που εμπλέκονται ταυτόχρονα ως Εκφοβιστές-Δέκτες φαίνεται να αποτελούν την ομάδα υψηλότερου κινδύνου.

Η μελέτη των Thomas et al. (2017) έδειξε ότι τα παιδιά που είχαν εμπλακεί σε σχολικό εκφοβισμό είχαν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να αναφέρουν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού ή ακόμη και απόπειρες αυτοκτονίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες. Ειδικά οι Εκφοβιστές-Δέκτες παρουσίαζαν πολύ υψηλό σχετικό κίνδυνο (OR=10,19) για αυτοτραυματισμό και (OR=12,82) για απόπειρα αυτοκτονίας. Η μελέτη βασίστηκε σε μεγάλο εθνικό δείγμα και χρησιμοποίησε δομημένες συνεντεύξεις με τους γονείς και αυτοαναφορές των παιδιών. Παρά την σημαντικά αποτελέσματα, καταγράφεται ως περιορισμός το γεγονός ότι οι απαντήσεις σε ερωτήσεις για αυτοτραυματισμό περιλάμβαναν υψηλά ποσοστά μη απάντησης ή αποφυγής, με τα παιδιά να επιλέγουν συχνά την απάντηση «προτιμώ να μην πω», κάτι που ενδεχομένως οφείλεται σε κοινωνικό στίγμα ή φόβο.

Ανάλογα ευρήματα ανέδειξε και η μελέτη των Wu et al. (2021), η οποία εστίασε ειδικά στον αυτοτραυματισμό χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό (NSSI). Τα αποτελέσματα έδειξαν

ότι η εμπλοκή σε εκφοβισμό, ιδίως για τα παιδιά που ήταν ταυτόχρονα Εκφοβιστές-Δέκτες, συσχετίστηκε με υψηλό κίνδυνο για αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές. Επιπλέον, η μελέτη προσέφερε μία σημαντική συμβολή εξετάζοντας την ψυχική ανθεκτικότητα ως μετριαστικό παράγοντα, καταδεικνύοντας ότι η αυξημένη ανθεκτικότητα μπορεί να μειώσει τον αντίκτυπο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον αυτοτραυματισμό ($B = -0,15$). Παρότι η μελέτη είχε διαχρονικό σχεδιασμό, περιορίστηκε σε ιδιωτικό σχολείο υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, γεγονός που ίσως περιορίζει τη γενίκευση των ευρημάτων σε μαθητές από διαφορετικά κοινωνικά υπόβαθρα.

Η ηλικία και το φύλο φάνηκαν επίσης να σχετίζονται με τον αυτοτραυματισμό. Στη μελέτη των Thomas et al., τα κορίτσια παρουσίασαν αυξημένη πιθανότητα Δέκτες ($OR=1,38$ σε σύγκριση με τα αγόρια), κάτι που συνδέθηκε και με μεγαλύτερη ευαλωτότητα σε αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Αντίστοιχα, η μελέτη των Seo et al. (2017) εντόπισε στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και την ηλικία: τα κορίτσια αναφέρονταν συχνότερα ως Δέκτες εκφοβιστικής συμπεριφοράς, ενώ η συχνότητα τέτοιων εμπειριών μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας. Αν και η μελέτη κατέγραψε καταθλιπτικά συμπτώματα, δεν διερεύνησε άμεσα τον αυτοτραυματισμό, περιορίζοντας έτσι την ερμηνεία σε επίπεδο πρόθεσης ή έμμεσης συσχέτισης.

Όσον αφορά τη σύνδεση με τις δυνατότητες και δυσκολίες των παιδιών, η μελέτη των Sattar et al. (2019) ανέδειξε ότι τα παιδιά με σημαντικές κοινωνικές ή συναισθηματικές δυσκολίες, όπως αυτές αξιολογούνται μέσω του SDQ, παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο για αυτοτραυματισμό, ιδιαίτερα αν ανήκαν στην κατηγορία του Εκφοβιστή-Δέκτη. Ενώ οι Δέκτες εμφάνιζαν λιγότερες συναισθηματικές δυσκολίες, οι Εκφοβιστές-Δέκτες παρουσίασαν τις υψηλότερες τιμές σε καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλή προσαρμοστικότητα.

Αντίθετα, στη μελέτη των Geoffroy et al. (2018), φάνηκε ότι η συστηματική έκθεση σε εκφοβισμό από την παιδική ηλικία ως την εφηβεία αυξάνει την πιθανότητα αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονίας ($OR=2,76$), υπογραμμίζοντας τη σημασία της διάρκειας και έντασης του εκφοβισμού στην εξέλιξη της ψυχικής υγείας. Ο σχεδιασμός της μελέτης (προοπτική κούρτης) της μελέτης ενισχύει τη δυνατότητα ανίχνευσης αιτιακών συσχετίσεων, ωστόσο δεν αναλύονται επαρκώς τα ενδιάμεσα ψυχολογικά

μονοπάτια, όπως η αυτοεκτίμηση ή η ανθεκτικότητα, που θα μπορούσαν να διαμεσολαβούν.

Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι σκέψεις ή η πρόθεση για αυτοτραυματισμό, όπως και οι απόπειρες, σχετίζονται στενά με το φύλο, την εμπλοκή σε σχολικό εκφοβισμό, την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τη διάρκεια έκθεσης σε εκφοβιστικές συμπεριφορές και τις συναισθηματικές/συμπεριφορικές δυσκολίες. Η ηλικία των 10–13 ετών, αν και κρίσιμη για την έγκαιρη ανίχνευση αυτών των δυσκολιών, παραμένει ελλιπείς στη βιβλιογραφία. Η παρούσα διατριβή στοχεύει στο να καλύψει αυτό το κενό, προσφέροντας μια στοχευμένη προσέγγιση στη αναγνώριση πρώιμων ενδείξεων αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και στους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς που τη συνδέουν με την εμπλοκή στον εκφοβισμό.

3.7 Συζήτηση

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση είχε ως σκοπό την αποτύπωση και ερμηνεία της υπάρχουσας γνώσης γύρω από τη σχέση σχολικού εκφοβισμού, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυτοεκτίμησης και αυτοτραυματισμού σε παιδιά και εφήβους, με ιδιαίτερη έμφαση στην ηλικιακή ομάδα των 10–13 ετών. Τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν ανά στόχο τεκμηριώνουν αφενός την πολυπλοκότητα των σχέσεων αυτών, και αφετέρου την ανάγκη για περαιτέρω στοχευμένη διερεύνηση.

Η ανασκόπηση ανέδειξε ξεκάθαρα ότι οι Δέκτες εκφοβισμού, ιδιαίτερα τα παιδιά που εμπλέκονται ως Εκφοβιστές-Δέκτες, παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με σχετικούς λόγους πιθανοτήτων να κυμαίνονται σε ορισμένες μελέτες ακόμη και άνω του 9. Τα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμαίνονται ευρέως (14,5% έως και 31,2%), επιβεβαιώνοντας τη σημασία του πρώτου στόχου της διατριβής σχετικά με τον επιπολασμό. Ταυτόχρονα, παρατηρείται συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με κοινωνικούς και οικογενειακούς παράγοντες, με τη χαμηλή σχολική επίδοση, τη φτωχή γονική σχέση και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο να εμφανίζονται επανειλημμένα ως παράγοντες κινδύνου.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι ότι η βιβλιογραφία ανέδειξε την αμφίδρομη φύση της σχέσης μεταξύ εκφοβισμού και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με τη μελέτη των Forbes et al. (2018) να δείχνει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε μικρότερες ηλικίες μπορεί να

προδιαθέτουν σε μελλοντική θυματοποίηση. Αυτό ενισχύει την ανάγκη διαχρονικής διερεύνησης και πρόωμης παρέμβασης.

Ο τύπος και η μορφή του εκφοβισμού, όπως λεκτικός, σωματικός ή διαδικτυακός, φαίνεται να έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών, ενώ η συχνότητα και διάρκεια έκθεση στην εκφοβιστική συμπεριφορά ως Δέκτης εντείνουν τις αρνητικές συνέπειες. Παρότι οι περισσότερες μελέτες καταγράφουν γενικά περιστατικά εκφοβισμού, λίγες εμβαθύνουν με σαφή τυπολογία, γεγονός που η παρούσα διατριβή επιχειρεί να καλύψει. Παράλληλα, η ηλικιακή ομάδα των 10–13 ετών παραμένει υποεκπροσωπούμενη στη βιβλιογραφία, με τις περισσότερες έρευνες να εστιάζουν σε εφήβους μεγαλύτερης ηλικίας. Η εστίαση της παρούσας μελέτης σε παιδιά της προ-εφηβείας ανταποκρίνεται σε αυτό το ερευνητικό κενό.

Κεντρική θέση στα ευρήματα κατέχει η αυτοεκτίμηση, η οποία αναδείχθηκε ως βασικός διαμεσολαβητικός και εν μέρει μετριαστικός παράγοντας στη σχέση εκφοβισμού και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Παιδιά που υπέστησαν εκφοβισμό εμφάνισαν συστηματικά χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, τα οποία με τη σειρά τους συνδέονταν με αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη και άγχος. Μελέτες όπως αυτές των Zhong et al. (2021), Balluerka et al. (2022) και Pan et al. (2019) επιβεβαιώνουν ότι η μειωμένη αυτοεκτίμηση επιτείνει τις συνέπειες που αφορούν την ψυχική υγεία του Δέκτη, ενώ ενισχυτικοί οικογενειακοί παράγοντες, όπως η πατρική προσκόλληση, φαίνεται να προστατεύουν το παιδί. Η πολυεπίπεδη διερεύνηση της αυτοεκτίμησης στην παρούσα διατριβή (ως mediator και moderator) αντανακλά ακριβώς αυτή την πολυπλοκότητα και την ανάγκη να ενσωματωθούν διαφορετικοί ψυχολογικοί μηχανισμοί στον ερμηνευτικό μοντέλο.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλούν τα ευρήματα που σχετίζονται με τον αυτοτραυματισμό και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι μελέτες των Thomas et al. (2017), Wu et al. (2021) και Geoffroy et al. (2018) τεκμηριώνουν ότι τα παιδιά που εμπλέκονται στον εκφοβισμό, κυρίως ως Εκφοβιστές–Δέκτες, έχουν αυξημένη πιθανότητα να προβούν σε αυτοτραυματισμό, με ή χωρίς αυτοκτονική πρόθεση. Τα ευρήματα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά και δείχνουν ότι ο εκφοβισμός δεν αποτελεί απλώς μια σχολική συμπεριφορά, αλλά μπορεί να έχει σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων. Η παρούσα διατριβή ενσωματώνει την

αυτοτραυματιστική συμπεριφορά ως βασική έκβαση, γεγονός που ενισχύει τη χρησιμότητά της στο πεδίο της πρόληψης.

3.8 Συμπεράσματα

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση αναδεικνύει την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ εκφοβισμού, καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας. Εντοπίζοντας βασικούς μεσολαβητές στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως είναι η αυτοεκτίμηση, επιπτώσεις όπως είναι αυτοτραυματισμός με ή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό ή ακόμη και απόπειρες αυτοκτονίας σε πιο μεγάλες ηλικίες.

Είναι σημαντικό λοιπόν, η μελλοντική έρευνα να επιδιώξει να καλύψει τα υπάρχοντα κενά, εφαρμόζοντας περισσότερες μελέτες με διαχρονικό σχεδιασμό ξεκινώντας από μικρές ηλικίες, για να αποσαφηνιστεί τόσο το προφίλ των ατόμων που συμμετέχουν στο σχολικό εκφοβισμό όσο και οι επιπτώσεις αφού φάνηκε ότι είναι πολύπλευρες και μακροχρόνιες. Επιπλέον, ενδιαφέρον θα ήταν να δοθεί στα παιδιά αυτών των ηλικιών η ευκαιρία να ακουστούν και να εκφράσουν τις ανάγκες τους μέσω ποιοτικών μελετών. Τέτοιες προσπάθειες ίσως είναι κρίσιμες για τη μείωση των εκτεταμένων επιπτώσεων του εκφοβισμού και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των νέων παγκοσμίως.

II ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης, στην Κύπρο.

4.2 Επιμέρους στόχοι

Ειδικότερα, τέθηκαν οι παρακάτω στόχοι:

1. Ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η διερεύνηση της σχέσης τους με:
α) ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, γ) την αυτοεκτίμηση και δ) τον αυτοτραυματισμό.
2. Η συχνότητα, η μορφή και ο τύπος του σχολικού εκφοβισμού καθώς και η διερεύνηση της σχέσης του με: α) τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, γ) την αυτοεκτίμηση και δ) τον αυτοτραυματισμό.
3. Ο βαθμός αυτοεκτίμησης και η σχέση του με: α) τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, β) τις δυνατότητες και τις δυσκολίες και γ) αν και πώς επηρεάζεται ή επηρεάζει τη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
4. Η συχνότητα σκέψης ή πρόθεσης για αυτοτραυματισμού και α) διάφορες μεταξύ φύλου, β) τη σχέση αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των συμμετεχόντων.

4.3 Κύρια ερευνητικά ερωτήματα

Στα πλαίσια αυτά η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στα πιο κάτω ερωτήματα:

A) Ποια είναι η συχνότητα παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο;

B) Ποια η σχέση της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά, με:

1) τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα με: α) την ηλικία β) το φύλο και γ) την υπηκοότητα- εθνικότητα των γονέων τους.

2) τα οικογενειακά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα α) την οικογενειακή κατάσταση των γονιών των παιδιών, β) την πιθανή απώλεια γονέα(ιών) γ) το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας δ) την ηλικία του πατέρα και της μητέρας ε) την οικονομική κατάσταση της οικογένειας ζ) οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ή νευροαναπτυξιακής διαταραχής

Γ) Ποια η συσχέτιση μεταξύ αυτό-αναφερόμενων (από τα ίδια τα παιδιά) συμπτωμάτων κατάθλιψης και η επίδραση της στη ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα (όπως αυτή αξιολογείται από τους γονείς και τα παιδιά), με βάση τις πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης δυνατοτήτων και δυσκολιών για γονείς(SDQ), οι οποίες είναι:

- 1) συναισθηματικές διαταραχές
- 2) διαταραχές διαγωγής-Επικοινωνίας
- 3) διάσπαση προσοχής/υπερκινητικότητα
- 4) σχέσεις με συνομήλικους
- 5) θετική κοινωνική συμπεριφορά

Δ) Ποια η συχνότητα παρουσίας σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο;

E) Ποια η σχέση, της παρουσίας σχολικού εκφοβισμού στα παιδιά, με:

1) τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα με: α) την ηλικία β) το φύλο και γ) την υπηκοότητα- εθνικότητα των γονέων τους.

2) τα οικογενειακά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα α) την οικογενειακή κατάσταση των γονιών των παιδιών, β) την πιθανή απώλεια γονέα(ιών) γ) το μορφωτικό

επίπεδο του πατέρα και της μητέρας δ) την ηλικία του πατέρα και της μητέρας ε) την οικονομική κατάσταση της οικογένειας ζ) οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ή νευροαναπτυξιακής διαταραχής

Z) Ποια η σχέση, της παρουσίας σχολικού εκφοβισμού στα παιδιά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα

H) Ποια η σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα (όπως αυτή αξιολογείται από τους γονείς και τα παιδιά)

Θ) Ποια η σχέση, της παρουσίας σχολικού εκφοβισμού στα παιδιά με την ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα (όπως αυτή αξιολογείται από τους γονείς και τα παιδιά)

I) Ποια η σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και :

1. Συμπτωμάτων κατάθλιψης
2. Σχολικού εκφοβισμού.
3. Δυνατοτήτων και δυσκολιών
4. Πρόθεσης για αυτοτραυματισμό

K) Αν ο βαθμός αυτό αυτοεκτίμησης στα παιδιά μπορεί να διαμεσολαβήσει μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή επηρεάζει την κατεύθυνση της σχέσης

Λ) Ποια η συσχέτιση μεταξύ αυτό-αναφερόμενων συμπτωμάτων κατάθλιψης και συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού, παρουσίας σχολικού εκφοβισμού δυνατοτήτων και δυσκολιών και αυτοεκτίμησης.

4.4 Υλικό και μέθοδος

4.4.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις.

4.4.2 Περιβάλλον μελέτης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στα σχολεία, και συγκεκριμένα μέσα στην τάξη, κατά τη διάρκεια διδακτικού χρόνου, όπου τα παιδιά συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που αφορούσαν τα ίδια. Οι γονείς συμπλήρωσαν τα δικά τους ερωτηματολόγια στο σπίτι. Τα έντυπα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα παιδιά σε σφραγισμένους φακέλους, οι οποίοι, αφού συμπληρώθηκαν από τους γονείς, επιστράφηκαν στο σχολείο μέσω των παιδιών.

4.4.1 Υπολογισμός δείγματος

Για τον υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος πραγματοποιήθηκε ανάλυση ακρίβειας (precision analysis), με στόχο την εκτίμηση του επιπολασμού των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον μαθητικό πληθυσμό. Δεδομένης της απουσίας επαρκών προηγούμενων δεδομένων για τον κυπριακό μαθητικό πληθυσμό κατά τον σχεδιασμό της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ως εκτίμηση επιπολασμού το ποσοστό 50%, το οποίο εξασφαλίζει τον υπολογισμό του μεγαλύτερου απαιτούμενου μεγέθους δείγματος (πιο συντηρητική προσέγγιση). Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% και περιθώριο σφάλματος 5%.

Με βάση τα παραπάνω, σε συνολικό πληθυσμό περίπου 7.500 μαθητών ΣΤ΄ τάξης δημοτικών σχολείων στην Κύπρο, το απαιτούμενο μέγεθος δείγματος υπολογίστηκε σε τουλάχιστον 366 άτομα (υπολογισμός με το διαδικτυακό εργαλείο Raosoft Inc.).

4.4.2 Μέθοδος Δειγματοληψίας

Η επιλογή του δείγματος έγινε με στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία από όλη τη Κύπρο ώστε να έχουμε αντιπροσωπευτικό δείγμα από όλες τις επαρχίες, ανάλογα με το ποσοστό των μαθητών που φοιτούσαν σε κάθε επαρχία. Παρόλα αυτά, στην επαρχία Λεμεσού υπήρξε μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης συγκριτικά με τις άλλες επαρχίες λόγω των δυσκολιών που υπήρχαν όπως η άρνηση πολλών Διευθυντών ή και δασκάλων να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν 60 σχολεία από όλες τις επαρχίες (συνολικός αριθμός μαθητών N=1500), 10 σχολεία αρνήθηκαν να συμμετάσχουν και 19 σχολεία δεν απάντησαν στην ηλεκτρονική αλληλογραφία ή τηλεφωνική επικοινωνία. Έτσι, το ποσοστό ανταπόκρισης των σχολείων ανήλθε σε 51,7% (N=31 σχολεία), με συνολικό αριθμό μαθητών 925.

Στη συνέχεια, από τα 31 σχολεία, 268 μαθητές δεν προσκόμισαν τη συγκατάθεση των γονέων τους ή αρνήθηκαν να συμμετέχουν και 30 μαθητές απουσίαζαν την ημέρα της συλλογής των δεδομένων. Επιπλέον, ένα σχολείο από την Επαρχία Λευκωσίας δεν επέστρεψε 75 συγκαταθέσεις γονέων.

Τελικά, το τελικό δείγμα της μελέτης διαμορφώθηκε σε 30 σχολεία με συνολικό αριθμό 552 μαθητές, με ποσοστό ανταπόκρισης 60%.

Αναλυτικά, η κατανομή των μαθητών και σχολείων ανά επαρχία ήταν η εξής:

- **Λευκωσία:** 11 σχολεία (εκ των οποίων 2 ιδιωτικά) και 166 μαθητές (36,4%)
- **Λεμεσός:** 14 σχολεία και 202 μαθητές (45,4%)
- **Λάρνακα:** 3 σχολεία και 64 μαθητές (11,6%)
- **Πάφος:** 1 σχολείο και 19 μαθητές (3,5%)
- **Αμμόχωστος:** 1 σχολείο και 17 μαθητές (3,1%)

Όσον αφορά την κατανομή με βάση την περιοχή:

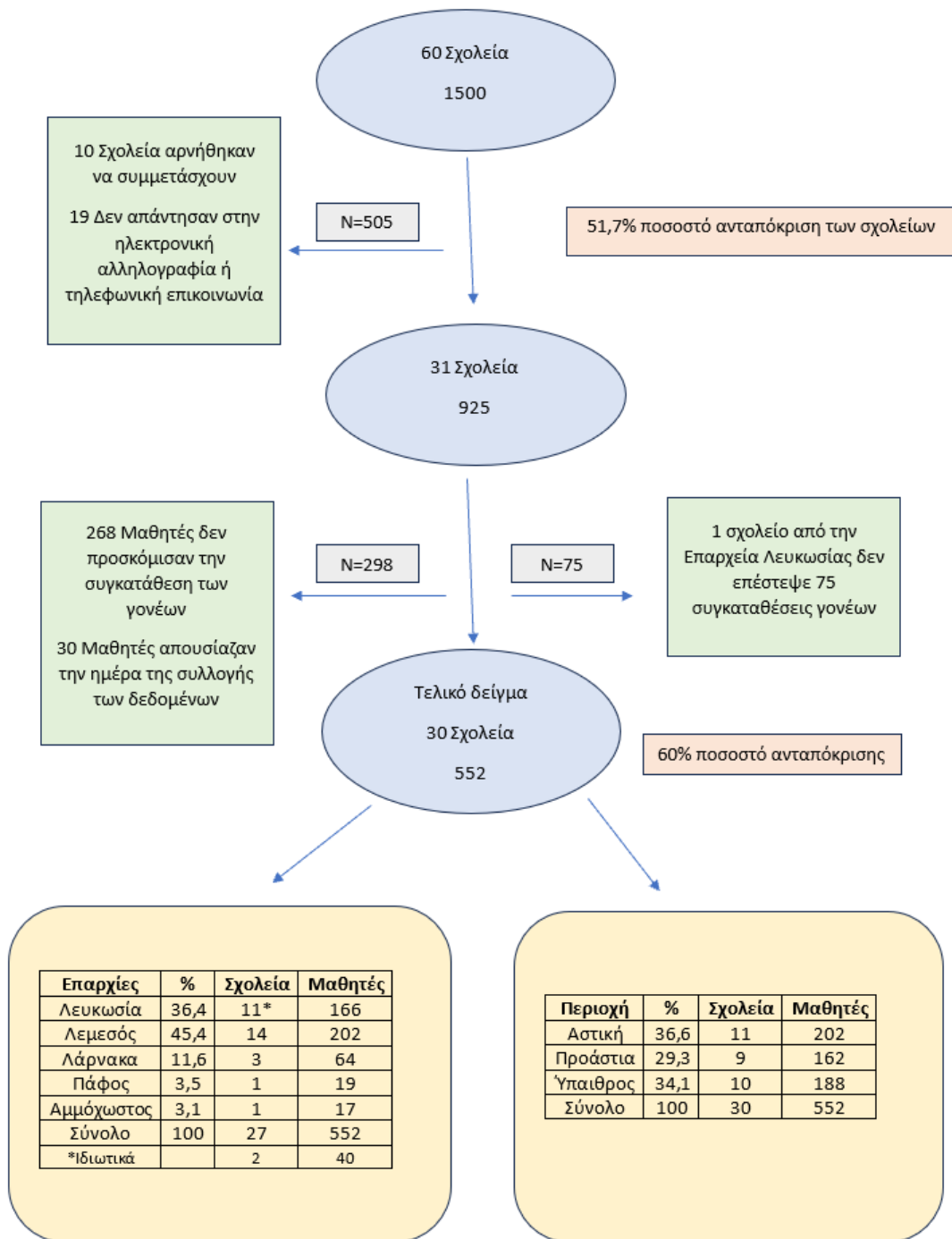
- **Αστική περιοχή:** 11 σχολεία, 202 μαθητές (36,6%)
- **Προάστια:** 9 σχολεία, 162 μαθητές (29,3%)
- **Ύπαιθρος:** 10 σχολεία, 188 μαθητές (34,1%)

Συνολικά, η μελέτη συγκέντρωσε δεδομένα από 552 μαθητές που φοιτούσαν σε 30 σχολεία από διάφορες επαρχίες και περιοχές της Κύπρου. (Σχεδιάγραμμα 1).

4.4.3 Πληθυσμός στόχος

Ο πληθυσμός στόχος της μελέτης ήταν παιδιά ηλικία 10-13 ετών και συγκεκριμένα τελειόφοιτοι μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης (6^η τάξη) από όλη την Κύπρο, από δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής για την επιλογή του τελικού δείγματος (n=552)



4.4.4 Κριτήρια εισδοχής του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν αποκλειστικά παιδιά τα οποία κατοικούσαν μόνιμα στην ελεύθερη περιοχή της Κύπρου και φοιτούσαν στην δημοτική εκπαίδευση (Στ' τάξη) των δημόσιων ή και των ιδιωτικών σχολείων, καθώς επίσης και οι γονείς των παιδιών αυτών με τη συγκατάθεση των ιδίων. Συγκεκριμένα, παιδιά ηλικίας 10-13 ετών, και τα δύο φύλα που μιλούσαν και καταλάβαιναν Ελληνικά.

4.4.5 Κριτήρια Αποκλεισμού

Στην μελέτη δεν συμπεριλήφθηκαν τα παιδιά που φοιτήσαν στις κατεχόμενες περιοχές της Κύπρου. Επίσης τα παιδιά που είχαν κάποιου είδους αναπηρίας (π.χ νοητική υστέρηση) και δεν μπορούσαν να καταλάβουν τις οδηγίες ή/και τα ερωτηματολόγια.¹

4.4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

4.4.6.1 Πρώτο στάδιο: Επίσημη έγκριση διεξαγωγής της έρευνας

Κατόπιν έγκρισης της μελέτης από την επιτροπή αξιολόγησης του ΤΕ.ΠΑ.Κ, εγκρίθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και στην συνέχεια εγκρίθηκε από το Υπουργείο Παιδείας Αθλητισμού και Νεολαίας Κύπρου (Διεύθυνση δημοτικής εκπαίδευσης).

4.4.6.2 Δεύτερο στάδιο: Επικοινωνία με τα σχολεία, ενημέρωση των διευθυντών και των εκπαιδευτικών

Στάλθηκε επιστολή στους διευθυντές των σχολείων που θα συμμετείχαν στην έρευνα, στην οποία περιγραφόταν εκτενώς ο σκοπός, οι επιμέρους στόχοι και οι διαδικασίες ολοκλήρωσής της, ενώ ζητήθηκε επίσης η πραγματοποίηση συνάντησης (1η συνάντηση). Παρόλα αυτά λόγω Covid -19, δεν έγιναν οι συναντήσεις και οι διευθυντές οι οποίοι επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα έδιναν την έγκρισή τους είτε τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας. Στην συνέχεια αν οι δάσκαλοι του κάθε τμήματος επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα γινόταν οι πρώτες επαφές με τον ερευνητή ώστε να εξηγηθεί ο σκοπός της έρευνας και οι διαδικασίες. Συγκεκριμένα, ο ερευνητής έδινε σφραγισμένους φακέλους στους εκπαιδευτικούς όπου

¹ Την συμμετοχή τους στην έρευνα το αποφάσιζε ο εκάστοτε δάσκαλος και οι γονείς τους.

και θα ζητήσουν από τους μαθητές να τα επιστρέψουν σε μια εβδομάδα. Στον φάκελο περιλαμβάνονταν το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης των γονέων, καθώς και δύο ερωτηματολόγια για τους γονείς: το ένα αφορούσε τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και το άλλο τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους(SDQ for Parents).

Στο έντυπο ενημέρωσης των γονέων παρέχονταν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο συλλογής των δεδομένων και τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τα παιδιά τους, τον σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, καθώς και ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στο απόρρητο των απαντήσεων και τονιζόταν ότι η συμμετοχή των παιδιών τους στην έρευνα ήταν εθελοντική.

Τονίζεται ότι προηγουμένως έγινε κωδικοποίηση των φακέλων με τα ερωτηματολόγια των παιδιών, ώστε να υπάρξει αντιστοίχιση κατά την ανάλυση των δεδομένων για να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα. Συγκεκριμένα, όλα τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα όπου δόθηκε ένας μοναδικός κωδικός για κάθε παιδί όπου ήταν και στα ερωτηματολόγια των ιδίων και των γονέων τους καθώς και στην συγκατάθεσης τους.

Επίσης, επεξηγήθηκε ότι θα χρειαστεί να γίνει ακόμη μια επίσκεψή του στο σχολείο (2^η συνάντηση), όπου θα χρειαστεί να τους διατεθεί συνολικός χρόνος 40 λεπτών της ώρας για κάθε σχολικό τμήμα, προκειμένου να χορηγηθούν τα ερωτηματολόγια στα παιδιά. Ο προγραμματισμός της ημερομηνίας και της ώρας, κατά την οποία θα πραγματοποιούταν η δεύτερη αυτή επίσκεψη στο κάθε σχολείο, θα οριζόταν από τους διευθυντές των σχολείων, με κριτήριο την διασφάλιση της ομαλής τήρησης του ωρολογίου προγράμματος κάθε τάξης.

4.4.6.3 Τρίτο στάδιο: Συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους μαθητές

Κατά τη δεύτερη συνάντηση, η οποία πραγματοποιήθηκε δύο εβδομάδες αργότερα όπου ήταν εφικτό, ο ερευνητής παρέδωσε τα ερωτηματολόγια και για συμπλήρωση στα παιδιά που επέστρεψαν τον φάκελο. Συγκεκριμένα, χορηγήθηκαν: το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (CDI-2), το ερωτηματολόγιο για τον σχολικό εκφοβισμό (BVQ-R), το ερωτηματολόγιο για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών (SDQ for Children) και το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης Rosenberg (RSES) και οι ερωτήσεις για τον αυτοτραυματισμό.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα συρράφηκαν μαζί με τα στοιχεία που είχαν συγκεντρωθεί από τους γονείς και τα έντυπα συγκατάθεσης, προκειμένου να αποφευχθεί οποιαδήποτε σύγχυση.

Κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων, ο ερευνητής εξήγησε στα παιδιά με απλό και κατανοητό τρόπο τον σκοπό της έρευνας, τα πιθανά οφέλη που θα μπορούσαν να προκύψουν για τα ίδια, καθώς και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Επιπλέον, διευκρινίστηκε ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και ότι τα παιδιά θα είχαν στη διάθεσή τους χρόνο για να θέσουν τυχόν απορίες.

Τονίστηκε επίσης ότι όποιο παιδί δεν επιθυμούσε να συμμετάσχει ή ήθελε να διακόψει τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε οποιαδήποτε στιγμή, είχε το δικαίωμα να το πράξει χωρίς καμία συνέπεια.

Σημειώνεται ότι καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας, ο ερευνητής και η υπεύθυνη δασκάλα βρίσκονταν παρόντες, ώστε να παρέχουν διευκρινίσεις ή επεξηγήσεις σε περίπτωση που τα παιδιά δυσκολεύονταν να κατανοήσουν κάποια ερώτηση.

4.4.7 Εργαλεία συλλογής των δεδομένων

Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας, θα προκύψουν από τη συμπλήρωση, από τα παιδιά και τους γονείς, των πιο κάτω εργαλείων:

1. Η αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα καταγραφής της Παιδικής Κατάθλιψης C.D.I. (Children's Depression Inventory) της M. Kovacs (1992). Η κλίμακα αυτή αποτελεί εργαλείο αυτο-αξιολόγησης της κατάθλιψης για παιδιά και έφηβους από την ηλικία των 7 μέχρι 17 ετών.
2. Το ερωτηματολόγιο δυνατοτήτων και δυσκολιών SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) του Goodman (1997), παιδιά και γονείς, με το οποίο αξιολογούνται οι δυνατότητες και οι δυσκολίες παιδιών σχολικής ηλικίας οι οποίες σχετίζονται με τη ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα.
3. Η κλίμακα καταγραφής εκφοβισμού revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ, Olweus [1996](#))

4. Ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών, στηριζόμενο στα ερευνητικά ερωτήματα και στο θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας, για τους γονείς.
5. Κλίμακα καταγραφή αυτοεκτίμησης Rosenberg
6. Για τον αυτοτραυματισμό η αξιολόγηση δεν έγινε μέσω τυποποιημένου εργαλείου, αλλά βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενες σκέψεις και προθέσεις, ώστε να καταγραφεί η πρόθεση ή η επιθυμία για αυτοτραυματική συμπεριφορά, ανεξάρτητα από την ύπαρξη πραγματικής πράξης.

Τα ερωτηματολόγια, τα οποία επιλέχθηκαν αποτελούν έγκυρα ψυχομετρικά εργαλεία, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί ευρύτατα διεθνώς και για τα οποία υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία και σημαντική ερευνητική εμπειρία.

Τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν έχουν ζητηθεί η άδεια χρήσης από τους δημιουργούς τους για διασφάλιση των πνευματικών τους δικαιωμάτων.

4.4.8 Στάθμιση εργαλείων

Όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη εκτός από την κλίμακα αξιολόγησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχουν ξανά χρησιμοποιηθεί στη Ελληνική γλώσσα.

Για την κλίμακα αξιολόγησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων Children Depression Inventory- 2 (CDI-2) πραγματοποιήθηκε μετάφραση και αντίστροφη μετάφραση από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική από δύο δίγλωσσα άτομα. Στη συνέχεια, η κλίμακα χορηγήθηκε σε ομάδα ειδικών για διορθώσεις, και στη συνέχεια σε ομάδα πέντε εθελοντών επαγγελματιών ψυχικής υγείας για έλεγχο της κατανόησης και της εφαρμοσιμότητας της κλίμακας. Περαιτέρω αξιολογήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's α .

4.4.9 Διασφάλιση εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εργαλείων

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου αναφέρεται στην εσωτερική συνοχή ή στη σταθερότητα των αποτελεσμάτων του και εκτιμάται συχνά μέσω του συντελεστή Cronbach's α , ο οποίος κυμαίνεται από 0 (καμία αξιοπιστία) έως 1,0 (μέγιστη αξιοπιστία). Όσο ο συντελεστής προσεγγίζει το 1, τόσο υψηλότερη θεωρείται η αξιοπιστία του εργαλείου.

Η εγκυρότητα ενός εργαλείου αφορά το κατά πόσο το εργαλείο μετρά πράγματι τη μεταβλητή που σκοπεύει να μετρήσει. Σημαντικό είναι ότι ένα εργαλείο μπορεί να είναι αξιόπιστο, αλλά να μην είναι έγκυρο. Η αξιολόγηση της εγκυρότητας περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η εγκυρότητα περιεχομένου, η φαινομενική εγκυρότητα, η εγκυρότητα κριτηρίου και η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Bowling, 2002; Wood & Haber, 1994).

Στην παρούσα μελέτη, πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (EFA) μόνο για το εργαλείο CDI-2, προκειμένου να ελεγχθεί η δομή των παραγόντων στο συγκεκριμένο δείγμα. Για όλα τα ερωτηματολόγια (CDI-2, BVQ-R, SDQ, RSES), υπολογίστηκαν οι δείκτες Cronbach's α προκειμένου να εκτιμηθεί η εσωτερική τους συνοχή στο παρόν δείγμα. Τα υπόλοιπα εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν βάσει των καθιερωμένων διαστάσεων και των προτεινόμενων ορίων (cut-off points) όπως αναφέρονται στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία,

4.4.10 Στατιστικές δοκιμασίες – Ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences 19.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, version 19.00).

Καταγράφηκαν η μέση τιμή (ΜΤ) και η τυπική απόκλιση (ΤΑ) των συνεχών μεταβλητών, καθώς και η συχνότητα των κατηγορικών μεταβλητών. Για τις διαφορές μεταξύ ομάδων χρησιμοποιήθηκαν η μη παραμετρική δοκιμασία chi-square (χ^2) και Mann-Whitney U Test Mean rank. Επιπρόσθετα, για τις κατηγορίες με μικρό αριθμό παρατηρήσεων (δηλαδή, λιγότερες από 5 ανά ομάδα), πέραν της βασικής δοκιμασίας Chi-square, εφαρμόστηκε το Fisher Exact Test σε συνδυασμό με προσομοίωση Monte Carlo. Αυτή η προσέγγιση μας επέτρεψε να υπολογίσουμε την ακριβέστερη p-τιμή και να εξασφαλίσουμε την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών εξετάστηκαν με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman-rho.

Οι δοκιμασίες λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των πιθανοτήτων για ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων προσαρμοσμένη με ανεξάρτητες μεταβλητές όπως τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τον σχολικό εκφοβισμό, τις δυνατότητες και τις δυσκολίες καθώς και την αυτοεκτίμηση.

Πριν από την εφαρμογή των λογιστικών παλινδρομήσεων, διερευνήθηκε η πιθανή παρουσία συγγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών μέσω του πίνακα συντελεστών συσχέτισης (correlation matrix), των δεικτών Tolerance και VIF, καθώς και της ανάλυσης Collinearity Diagnostics. Αν και στην ανάλυση *Collinearity Diagnostics* παρατηρήθηκε αυξημένος Δείκτης Κατάστασης (Condition Index > 30) σε ορισμένες διαστάσεις, οι τιμές VIF ήταν όλες μικρότερες από 2.5 και οι τιμές Tolerance υψηλότερες από 0.4, υποδεικνύοντας απουσία σοβαρής συγγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών. Επιπλέον, καμία συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ξεπέρασε το όριο των 0.8. Συλλογικά, τα αποτελέσματα δεν υποδεικνύουν σημαντική συγγραμμικότητα, και συνεπώς, όλες οι μεταβλητές διατηρήθηκαν στο τελικό μοντέλο.

Για τον έλεγχο των ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση Kruskal-Wallis.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία παλινδρόμησης Hayes PROCESS v4 για να ελεγχθεί η διαμεσολάβηση (mediator) και ο μετριασμός (moderator) μιας μεταβλητής σε μία σχέση, όπως η αυτοεκτίμηση στη σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων (εξαρτημένη μεταβλητή) και σχολικού εκφοβισμού (ανεξάρτητη μεταβλητή). Για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες, η στατιστικά σημαντική συσχέτιση ορίστηκε με βάση τις τιμές $p \leq 0,05$.

4.5 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

4.5.1 Προστασία προσωπικών δεδομένων

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ερευνητής κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων ενημέρωσε προφορικά τους υποψήφιους συμμετέχοντες ότι η διαδικασία είναι σχεδιασμένη ώστε να διασφαλίζεται η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που θα συλλεχθούν, καθώς δεν υπάρχει κανένας τρόπος να συνδεθεί το όνομά τους με τις σχετικές πληροφορίες. Ο ερευνητής εξήγησε ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν είναι υποχρεωτική, διασφαλίστηκε έτσι η ελευθερία του ατόμου και των προσωπικών του δεδομένων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι ερευνητές στην παρούσα έρευνα είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εγγεγραμμένα μέλη στα αντίστοιχα επαγγελματικά μητρώα, και επομένως θεσμικά/νομικά υπόχρεοι να τηρούν το απόρρητο των δεδομένων.

Επιπλέον, η παρούσα μελέτη έλαβε έγκριση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ).

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν και έγινε μηχανογράφηση αποκλειστικά μόνο από τον κύριο ερευνητή. Στην έντυπη τους μορφή (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) παρέμειναν αποκλειστικά στο γραφείο του υπεύθυνου της μελέτης, στο οποίο πρόσβαση έχει μόνο ο ίδιος και ο κύριος ερευνητής, καθώς και στην ηλεκτρονική τους μορφή. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και τα έντυπα συγκατάθεσης αποθηκεύτηκαν σε αδιαφανές κουτί, χωρίς άλλα διακριτικά πέραν του κωδικού της μελέτης.

Όλα τα σχετικά με τη μελέτη αρχεία θα διατηρηθούν για πέντε έτη μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων και στη συνέχεια θα καταστραφούν.

Κάθε συμμετέχων στην έρευνα έχει το δικαίωμα, ανά πάσα στιγμή, να ενημερωθεί για την πορεία της μελέτης, καθώς και για τα αποτελέσματά της. Συγκεκριμένα, ενημερώθηκαν ότι τα συνολικά αποτελέσματα θα δημοσιευτούν και, επιπλέον, ότι αν κάποιος επιθυμούσε ατομική συνάντηση για περαιτέρω ενημέρωση, ο ερευνητής ήταν στη διάθεσή του.

Στην ενημερωτική επιστολή που στάλθηκε προς τους γονείς, περιλαμβάνονταν, πέραν των στοιχείων επικοινωνίας της ερευνητικής ομάδας, και τα στοιχεία επικοινωνίας με τις αρμόδιες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, στη φόρμα συγκατάθεσης περιλαμβάνονταν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΠΥ) για όλες τις επαρχίες της Κύπρου.

Επιπλέον, η ερευνητική ομάδα συνεργαζόταν με ιδιώτη παιδοψυχίατρο, τα στοιχεία επικοινωνίας του οποίου παρατίθεντο επίσης στη φόρμα συγκατάθεσης. Τέλος, υπήρχαν αναλυτικά τα στοιχεία επικοινωνίας των ερευνητών, ώστε οι γονείς να μπορούν να απευθύνονται οποιαδήποτε στιγμή για ενημέρωση ή διευκρινίσεις.

4.5.2 Ηθικά Διλήμματα

Λόγω της ιδιαιτερότητας και ευαισθησίας που καταπιάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης, όπως επίσης και ο πληθυσμός στόχος στη παρούσα έρευνα, ο οποίος αποτελεί μια ευάλωτη ομάδα, είναι σαφές η ύπαρξη ηθικών διλημάτων κατά τη διεξαγωγή της.

Σε περίπτωση που οι γονείς/κηδεμόνες κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δημιουργούνταν απορίες για τη συμπεριφορά του παιδιού τους ή ακόμα αναζητούσαν περισσότερες πληροφορίες ή επιθυμούσαν κάποια συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τότε, οι γονείς θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τον υπεύθυνο της έρευνας ή τον κύριο ερευνητή, οι οποίοι ήταν σε θέση να ενημερώσουν και να καθοδηγήσουν τους γονείς/κηδεμόνες για οτιδήποτε τους απασχολούσε.

Σε περίπτωση που οι γονείς ή κηδεμόνες ζητούσαν περαιτέρω διερεύνηση για το παιδί τους, παρέχονταν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες καθώς και κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη διαδικασία παραπομπής του παιδιού στις αρμόδιες υπηρεσίες. Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, δεν εκδηλώθηκε ενδιαφέρον από κανέναν γονέα.

Επίσης, αν κάποιο παιδί κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, παρουσίαζε συναισθηματική φόρτιση(στρες, θλίψη, απογοήτευση, αισθήματα ενοχής κτλ), και δεν μπορούσε να συνεχίσει την διαδικασία, μπορούσε ανά πάσα στιγμή να διακόψει την διαδικασία. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, όλα τα παιδιά ήταν ενήμερα εξαρχής ότι, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν είναι υποχρεωτική και ανά πάσα στιγμή θα μπορούσαν να διακόψουν. Σε τέτοια περίπτωση, αφού γίνει η διακοπή της συμμετοχής του παιδιού στην έρευνα, θα ειδοποιούνταν οι γονείς/κηδεμόνες του παιδιού, και αν χρειαζόταν και το ίδιο το παιδί το επιθυμούσε θα γινόταν παραπομπή στη σχολική ψυχολόγο του σχολείου.

Επίσης, ένα ηθικό δίλλημα που είχε προκύψει, είναι η συμμετοχή των παιδιών που ήταν ενταγμένα στην ειδική εκπαίδευση και παρουσίαζαν κάποια συγκεκριμένα προβλήματα/παθήσεις όπως αυτισμό ή νοητική υστέρηση, στο οποίο αποφασίστηκε όπως αξιολογούμε την κάθε περίπτωση ξεχωριστά και αν η ειδική παιδαγωγός έγκρινε ότι μπορεί να συμμετέχει στην έρευνα με ή χωρίς την βοήθειά της, τότε το παιδί θα να συμμετείχε, αφού πρώτα είχε ληφθεί η συγκατάθεση των γονέων του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Αρχικά, επιλέχθηκαν 60 σχολεία από όλες τις επαρχίες της χώρας (σύνολο μαθητών N=1500). Από αυτά, 10 σχολεία αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, ενώ 19 δεν απάντησαν σε ηλεκτρονική ή τηλεφωνική επικοινωνία. Το τελικό ποσοστό ανταπόκρισης των σχολείων ανήλθε σε 51,7% (N=31 σχολεία), με συνολικό αριθμό μαθητών 925.

Από τους 925 μαθητές των 31 σχολείων, 268 δεν προσκόμισαν συγκατάθεση από τους γονείς ή αρνήθηκαν να συμμετάσχουν, ενώ 30 μαθητές απουσίαζαν την ημέρα της συλλογής των δεδομένων. Επιπλέον, ένα σχολείο από την Επαρχία Λευκωσίας δεν επέστρεψε 75 συγκαταθέσεις.

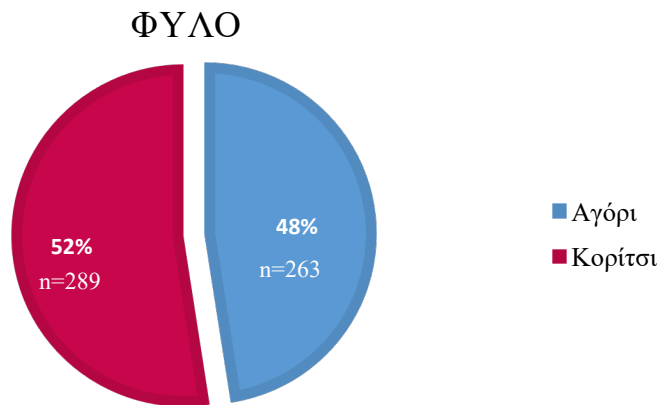
Κατά συνέπεια, το τελικό δείγμα της μελέτης αποτελείται από 30 σχολεία και 552 μαθητές, με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 60%.

5.1.1 Ατομικά χαρακτηριστικά παιδιού

5.1.1.1 Φύλο

Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 552 τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης από όλη την Κύπρο (ποσοστό ανταπόκρισης 60%). Από το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα, οι 289 (52,4%) ήταν κορίτσια, ενώ 263 (47,6 %) ήταν αγόρια. Το παρακάτω γράφημα παρουσιάζει την αντιπροσώπευση των μαθητών στη μελέτη με βάση το φύλο τους.

Γράφημα 1: Η αντιπροσώπευση των μαθητών/τριών με βάση την φύλο



5.1.1.2 Ηλικία

Η πλειοψηφία των μαθητών/τριών βρισκόταν στη ηλικία των 10-12 ετών (n=453, 82,1%). Η μέση τιμή (Μ.Τ) ηλικίας ήταν 11,17 έτη με τυπική απόκλιση (\pm T.A) $\pm 0,42$ έτη. Το εύρος (E) των ηλικιών των μαθητών δεν ήταν μεγάλο γιατί η δειγματοληψία έγινε μόνο από τους τελειόφοιτους μαθητές της δημοτικής εκπαίδευσης (E=10-13 ετών).

5.1.1.3 Χρόνιο νόσημα ή αναπηρία

Από τους συμμετέχοντες οι 9 (1,6%) δήλωσαν ότι έχουν χρόνια νόσο, όπου μεταξύ άλλων ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (n=3, 1,6%) και το βρογχικό άσθμα (n=3, 1,6%). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι 29 (5,3%) συμμετέχοντες δεν έχουν δηλώσει αν πάσχουν ή όχι από κάποιο χρόνια νόσημα ή αναπηρία.

5.1.1.4 Υπάρχουσα ψυχική διαταραχή ή/και νευροαναπτυξιακή διαταραχή

Το 4,2% (n=23) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν διαγνωσθεί με κάποια ψυχική ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή. Το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς, δήλωσαν ότι έχουν διαγνωσθεί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) (n=15, 2,7%), ενώ με πολύ μικρότερα ποσοστά ο αυτισμός (n=1, 0,2%), σφαιρική νευροαναπτυξιακή καθυστέρηση (n=1, 0,2%), δυσκολία στην ομιλία, κοπρολαλία και φοβίες (n=1, 0,2%).

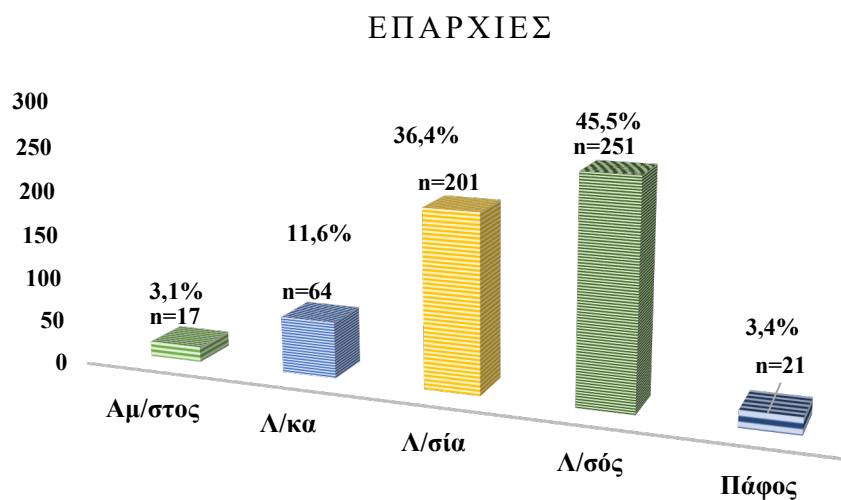
Επιπρόσθετα, 4 (17,3%) συμμετέχοντες από τους 23 που έχουν δηλώσει ότι πάσχουν από κάποια ψυχική ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή δεν έχουν δηλώσει κάποια ψυχική διαταραχή.

5.1.2 Οικογενειακά χαρακτηριστικά

5.1.2.1 Επαρχία διαμονής

Στο τελικό δείγμα η πλειοψηφία που συμμετείχε ήταν από την επαρχία Λεμεσού (n=251, 45,5%) ενώ την μικρότερη συμμετοχή είχε η επαρχία Αμμοχώστου (n=17, 3,1%). Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανά επαρχία Παγκύπρια (Γράφημα 2).

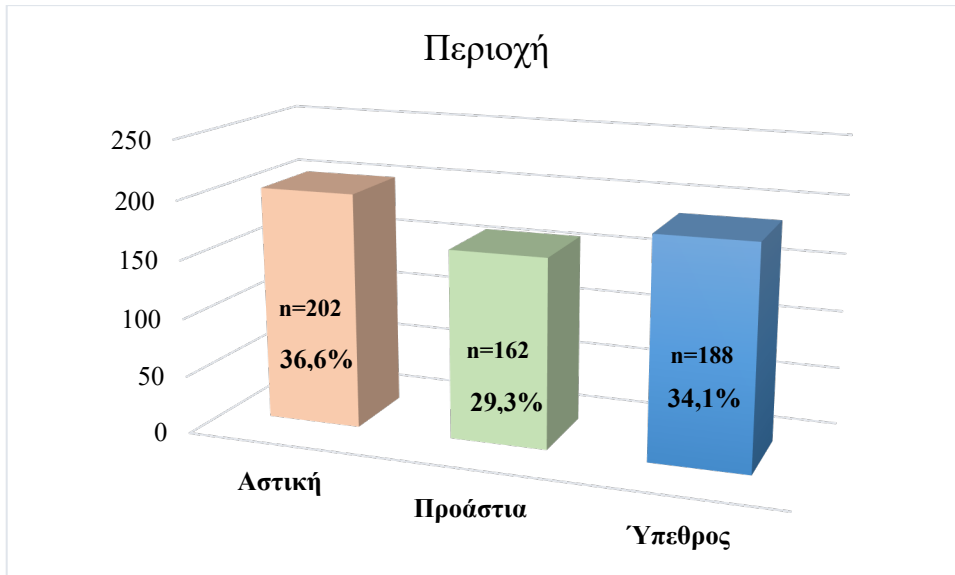
Γράφημα 2: Κατανομή συμμετεχόντων ανά Επαρχία



5.1.2.2 Περιοχή διαμονής

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες διέμεναν εντός του αστικού ιστού (n=202, 36,6%), ενώ στα προάστια διέμενε το μικρότερο ποσοστό (n=162, 29,3%) του δείγματος. Παρόλα αυτά οι αριθμοί των μαθητών στις τρεις περιοχές (αστική, προάστια και ύπαιθρος) κατανεμήθηκαν με μικρή ποσοστιαία διαφορά (Γράφημα 3).

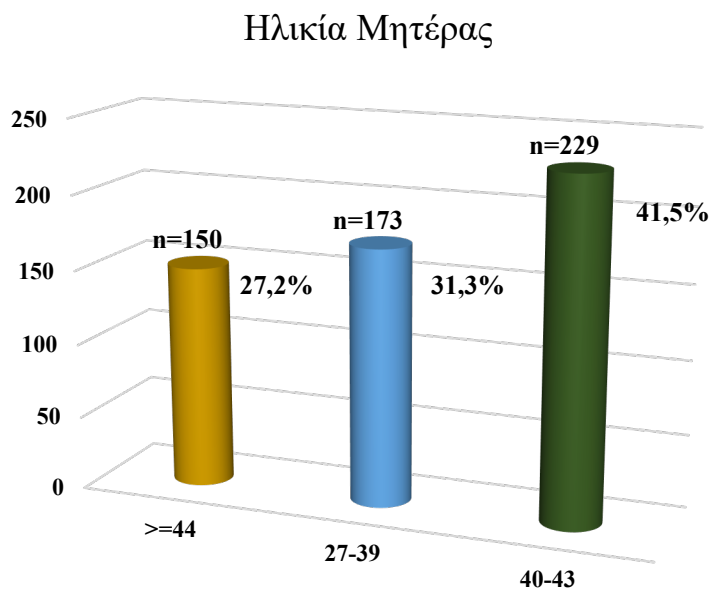
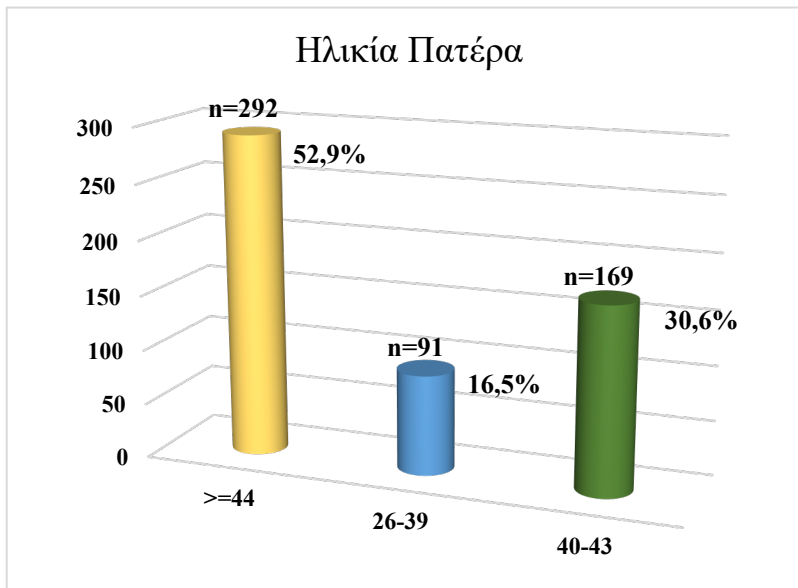
Γράφημα 3: Κατανομή συμμετεχόντων ανά περιοχή μόνιμης διαμονής



5.1.2.3 Ηλικία Γονέων

Όσο αφορά την ηλικία των γονέων, οι πατεράδες των περισσότερων παιδιών ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα ≥ 44 ετών ($n=292$, 52,9%), ενώ η μικρότερη ηλικιακή ομάδα ήταν μεταξύ 26-39 ετών ($n=91$, 16,5%). Σε αντίθεση με τις μητέρες, η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν 40-43 ετών ($n=229$, 41,5%) ενώ η μικρότερη ηλικιακή ομάδα ήταν ≥ 44 ετών ($n=150$, 27,2%) (Γράφημα 4). Η $MT \pm TA$ για την ηλικία των πατεράδων ήταν $44 \pm 5,1$ (ελάχιστη=26, μέγιστη=67) ενώ για τις μητέρες ήταν $41,2 \pm 4,5$ (ελάχιστη=27, μέγιστη=66).

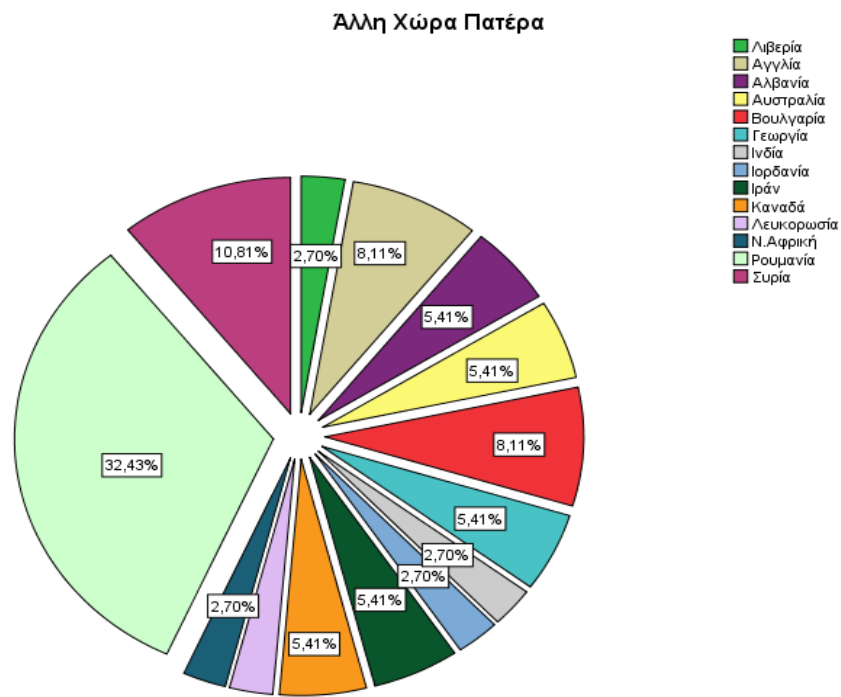
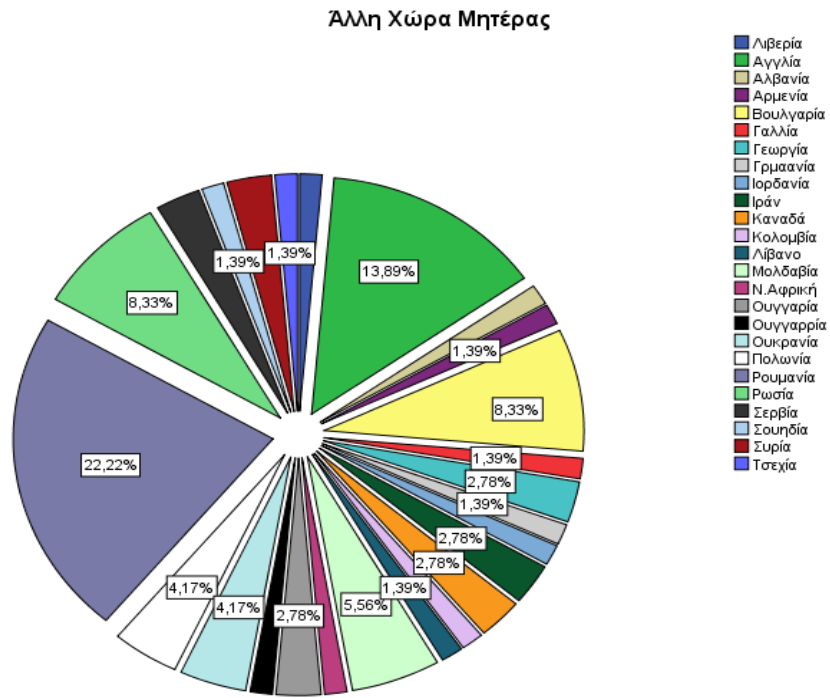
Γράφημα 4: Ηλικιακή ομάδα γονέων



5.1.2.4 Χώρα καταγωγής γονέων

Το 77,5% (n=428) η μητέρα τους ήταν Κύπρια, το 4,2%(n=23) ήταν Ελληνίδα ενώ το 18,3%(n=101) ήταν ξενόγλωσσες (Γράφημα 5). Όσο αφορά την Υπηκοότητα του πατέρα το 86,2% (n=476) ήταν Κύπριοι, το 5,1% ήταν Έλληνες και με πολύ μικρότερο ποσοστό από ότι ήταν η μητέρα, ήταν οι ξενόγλωσσοι (8,7%, n=48).(Γράφημα 5).

Γράφημα 5: Καταγωγή ξενόγλωσσων γονέων



5.1.2.5 Ελληνική γλώσσα

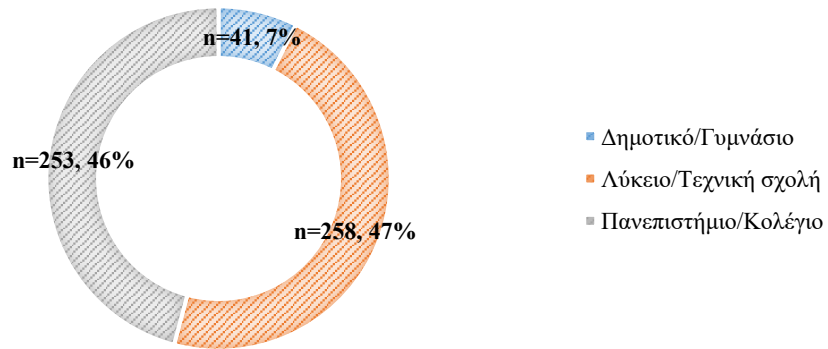
Η συντριπτική πλειοψηφία των γονέων των συμμετεχόντων (n=536, 97,1%) μιλούσε ή μπορούσε να κατανοήσει την Ελληνική γλώσσα πολύ καλά/άριστα εκτός από ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 2,9% (n=16) που μιλούσε λίγα Ελληνικά. Παρόλα αυτά σε επίπεδο που θα μπορούσε να κατανοήσει τα ερωτηματολόγια και τις οδηγίες.

5.1.2.6 Επίπεδο εκπαίδευσης γονέων

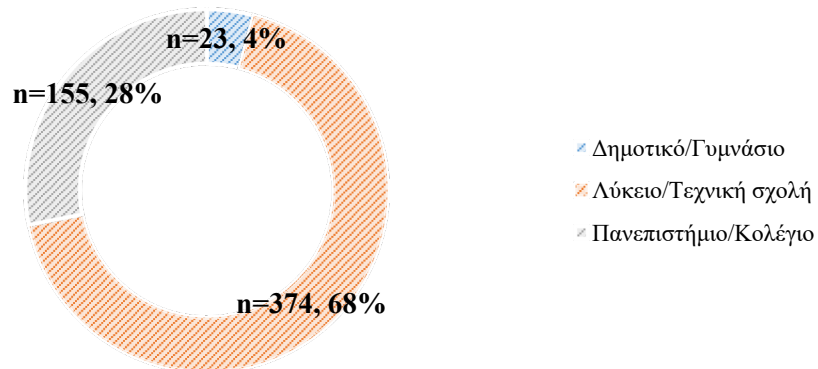
Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων ήταν δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό εκπαίδευσης και στους δύο γονείς ήταν η τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πανεπιστήμιο/Κολέγιο). Παρόλα αυτά στις μητέρες η δευτεροβάθμια εκπαίδευση (n= 374, 67,8%) κατείχε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους πατέρες (n=258, 46,7%), όπου ήταν πολύ μικρή η διαφορά σε σχέση με την τριτοβάθμια εκπαίδευση (n=253, 45,8%)(Γράφημα 6).

Γράφημα 6 : Μορφωτικό επίπεδο γονέων

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ



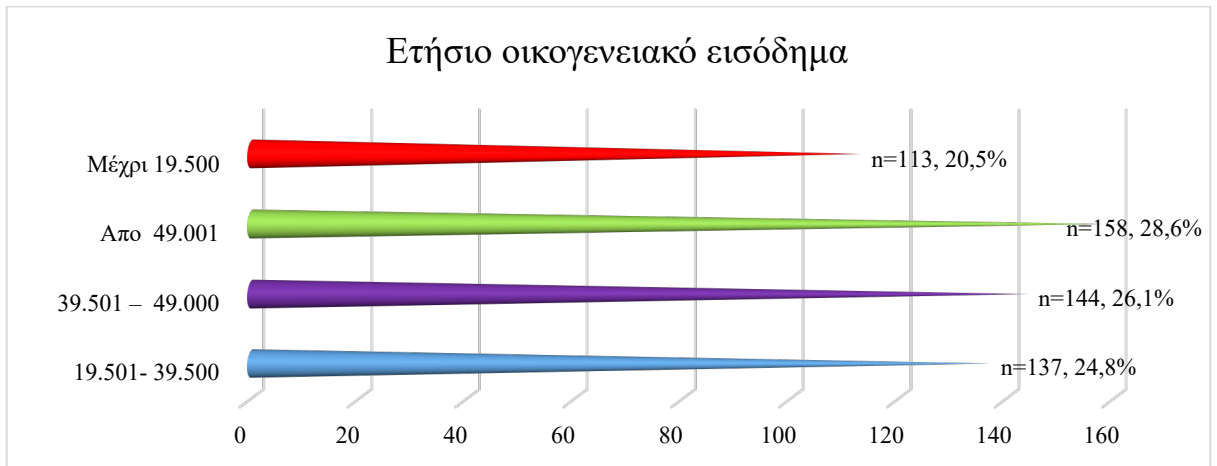
5.1.2.7 Οικογενειακή κατάσταση

Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση των γονέων των συμμετεχόντων, οι πλειοψηφία ήταν παντρεμένοι (n=485, 87,9%), ακολουθώντας οι χωρισμένοι (n=61, 11,1%) και το μικρότερο ποσοστό οι χήροι/ες με ποσοστό 1,1%(n=6).

5.1.2.8 Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Το μεγαλύτερο ποσοστό (n=158, 28,6%) των οικογενειών ανήκαν στην ομάδα με εισόδημα \geq €49000, ενώ \leq €19500 ήταν οι λιγότερες οικογένειες (n=113, 20,5%)(Γράφημα 7).

Γράφημα 7: Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα



5.1.2.9 Αριθμός παιδιών στην οικογένεια

Οι πλειοψηφία των οικογενειών είχαν δύο παιδιά στην οικογένεια τους (n=469, 85%). Με πολύ μικρότερα ποσοστά οι οικογένειες με τρία παιδιά (n=64, 11,6%) και ένα παιδί (n=19, 3,4%).

5.1.2.10 Ιστορικό ψυχικών διαταραχών

Όσο αφορά το ιστορικό ψυχικών διαταραχών. Οι πλείστες οικογένειες δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στην οικογένεια τους (n=502, 90,2%). Από τους υπόλοιπους 52 (9,8%), οι 21 (3,8%), δήλωσαν ότι έχουν τουλάχιστον ένα συγγενή πρώτου βαθμού (αδελφός, αδελφή, πατέρας, μητέρα) με κάποια ψυχική διαταραχή. Παρόλα αυτά ελάχιστοί είχαν δηλώσει τι διάγνωση είχαν. Επιπλέον, 29(5,3%) συμμετέχοντες δεν έχουν απαντήσει στην ερώτηση.

5.2 Εργαλεία αξιολόγησης

5.2.1 Εγκυρότητα της κλίμακας CDI-2-SR

Διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση για να διερευνηθούν οι υποκείμενες διαστάσεις που εξηγούσαν τις σχέσεις μεταξύ πολλαπλών στοιχείων. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Μέγιστης Πιθανότητας (ML), με κριτήριο τιμές ιδιοτιμών (eigenvalues) ίσες ή μεγαλύτερες του 1. Η ανάλυση εξήγησε το 51,1% της διακύμανσης: το πρώτο συστατικό συνέβαλε κατά 33,28% και το δεύτερο κατά 17,82%.

Τα στοιχεία της περιστρεφόμενη λύση (Promax) παρουσίασαν απλή δομή, με πληθώρα μέτρων έως ισχυρών φορτίσεων ($\geq 0,4$), και οι περισσότερες μεταβλητές παρουσίασαν ικανοποιητικές φορτίσεις σε έναν μόνο παράγοντα (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β). Ο πρώτος παράγοντας της κλίμακας αποτυπώνει καλύτερα τη διάσταση EP, ενώ ο δεύτερος τη διάσταση FP. Καμία μεταβλητή δεν εμφάνισε φόρτιση άνω του 0,4 και στους δύο παράγοντες ταυτόχρονα.

Όσον αφορά τους δείκτες καταλληλότητας του μοντέλου και την επάρκεια της παραγοντικής ανάλυσης, ο έλεγχος του Bartlett ήταν 1314 με βαθμούς ελευθερίας 357 και ο δείκτης KMO ήταν 0,909 ($p < 0,001$), γεγονός που υποδηλώνει υψηλή καταλληλότητα για την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης.

5.2.2 Αξιοπιστία των εργαλείων αξιολόγησης

Τα εργαλεία αξιολόγησης του σχολικού εκφοβισμού (OBVQ-R), των δυνατοτήτων και δυσκολιών (SDQ), καθώς και της αυτοεκτίμησης (RSES-10) αξιολογήθηκε μόνο εσωτερική συνέπεια (Cronbach'a) των κλιμάκων, αφού έχουν ξαναχρησιμοποιηθεί στην ελληνική γλώσσα και στον Κυπριακό πληθυσμό (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Εσωτερική συνέπια των εργαλείων αξιολόγησης

CDI2	<i>Cronbach 'a</i>
Olweus Bully/Victim Questionnaire—Revised version [OBVQ-R]	0,815
Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]- για γονείς	0,668
Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]- για παιδιά	0,701
Rosenberg Self-Esteem Scale [RSES-10]	0,844

5.3 Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη τιμή, Μέση τιμή, Τυπική απόκλιση, διάμεσος και δείκτης εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας της κλίμακας CDI-2-SR (συνολική βαθμολογία).

Η μέση τιμή της έντασης των συμπτωμάτων κατάθλιψης της κλίμακας CDI-2-SR ήταν 10,22 (ελάχιστη=0, μέγιστη=51) με τυπική απόκλιση $\pm 9,28$. Η Διάμεσος για την συνολική βαθμολογία ήταν 8. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας/αξιοπιστίας της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας CDI- 2-SR ήταν ,884 (υψηλός) (Πίνακας 2).

5.4 Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη τιμή, Μέση τιμή, Τυπική απόκλιση, διάμεσος και δείκτης εσωτερικής συνοχής/αξιοπιστίας των κλιμάκων και υποκλιμάκων της κλίμακας CDI-2-SR

5.4.1 Προβλήματα συναισθήματος (Emotional problems scale)

Η MT της έντασης των συμπτωμάτων της κλίμακας που αφορούσαν τα συναισθήματα (Emotional problems scale) ήταν 3,80 (ελάχιστη=0, μέγιστη=25) με $TA=\pm 4,13$, ενώ η

$\Delta=3$. Όσο αφορά το δείκτη εσωτερικής συνέπειας/αξιοπιστίας της κλίμακας των συναισθηματικών προβλημάτων φάνηκε να ήταν υψηλός (Cronbach's $\alpha = 0,892$) (Πίνακας 2).

5.4.1.1 Αρνητική διάθεση (Negative mood subscale)

Η $MT \pm TA$ για την αρνητική διάθεση των συμμετεχόντων ήταν $1,81 \pm 2,89$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=14), ενώ η $\Delta=1$. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας/αξιοπιστίας για την υποκλίμακα που αφορούσε την αρνητική διάθεση ήταν ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha = 0,896$) (Πίνακας 2).

5.4.1.2 Αρνητική αυτοεκτίμηση (Negative self-esteem)

Όσο αφορά την $MT \pm TA$ της υποκλίμακας που αντανάκλουσε στην χαμηλή αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων ήταν $1,85 \pm 2,24$, (ελάχιστη=0, μέγιστη=12), ενώ η $\Delta=1$. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας/αξιοπιστίας για την υποκλίμακα που αφορούσε την χαμηλή αυτοεκτίμηση ήταν ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha = 0,895$) (Πίνακας 2).

5.4.2 Προβλήματα λειτουργικότητας (Functional problems scale)

Η $MT \pm TA$ για την κλίμακα που αξιολογούσε τα προβλήματα λειτουργικότητας ήταν $3,69 \pm 3,37$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=17), και η $\Delta=3$. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας /αξιοπιστίας για την κλίμακα που αφορούσε την λειτουργικότητα των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha = 0,882$) (Πίνακας 2).

5.4.2.1 Διαπροσωπικά προβλήματα (Interpersonal problem)

Για την υποκλίμακα που αξιολογούσε τα διαπροσωπικά προβλήματα των συμμετεχόντων η $MT \pm TA$ ήταν $0,71 \pm 1,14$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=7). Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας /αξιοπιστίας για την υποκλίμακα που αφορούσε τα διαπροσωπικά προβλήματα ήταν ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha = 0,896$) (Πίνακας 2).

5.4.2.2 Αναποτελεσματικότητα (Ineffectiveness)

Για την υποκλίμακα που αξιολογούσε την αναποτελεσματικότητα η $MT \pm TA$ ήταν $2,98 \pm 2,62$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=12) και η $\Delta=2,78$. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας /αξιοπιστίας για την υποκλίμακα που αφορούσε την αναποτελεσματικότητα ήταν ικανοποιητικός (Cronbach's $\alpha = 0,920$) (Πίνακας 2).

Πίνακας 2:Εσωτερική συνέπια της κλίμακα CDI-2

CDI2	Cronbach 'a
Συνολική βαθμολογία	0,907
Προβλήματα συναισθήματος	0,892
<i>Αρνητική διάθεση/σωματικά συμπτώματα</i>	0,896
<i>Αρνητική αυτοεκτίμηση</i>	0,895
Προβλήματα λειτουργικότητας	0,882
<i>Διαπροσωπικά προβλήματα</i>	0,896
<i>Αναποτελεσματικότητα</i>	0,920

* Guttman Split-Half Coefficient: .897

5.5 Συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

5.5.1 Επιπολασμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Από το τελικό δείγμα (n=552) το 14,3% (n=79) των συμμετεχόντων παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα ($CDI-2 \geq 20$).

5.5.2 Συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Από τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στατιστική σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στο φύλο, με τα κορίτσια να σημειώνουν πολύ πιο μεγάλο ποσοστό (n=50, 17,3%) καταθλιπτικών συμπτωμάτων από ότι τα αγόρια (n=29, 11%)($\chi^2=4,420$, $p=0,036$).

Επιπλέον, στατιστική σημαντική διαφορά σημειώθηκε στα παιδιά που είχαν δηλώσει ότι πάσχουν από κάποια νεροαναπτυξιακή διαταραχή. Συγκεκριμένα, το 39,1%(n=9) των

συμμετεχόντων που είχαν διαγνωστεί με νεροαναπτυξιακή διαταραχή (κυρίως ΔΕΠΥ) σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με το 12,4% (n=62) των συμμετεχόντων που σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα και δεν είχαν κάποιου είδους νεροαναπτυξιακή διαταραχής ($\chi^2= 13,391$, $p<0,005$).

Από τα υπόλοιπα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν σημειώθηκε κάποια στατιστική σημαντική διαφορά ($p\geq 0,05$). (Πίνακας 3).

5.5.3 Συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Όσο αφορά τα οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (επαρχία διαμονής, περιοχή διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία γονέων, χώρα καταγωγής γονέων, μορφωτικό επίπεδο γονέων και ετήσιο οικογενειακό εισόδημα) και τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p\geq 0,05$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικότερα στο Πίνακες 4.

Πίνακας 3: Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20) ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=552)

	<u>0-19</u>	<u>\geq20</u>	<u>Σύνολο</u>	<u>χ^2</u>	<u>P</u> <u>value</u>
	<u>n (%)</u>				
Φύλο				4,346	0,037
<i>Αγόρι</i>	233(88,9)	29 (11,9)	262		
<i>Κορίτσι</i>	239(82,7)	50(17,3)	289		
Ηλικία				0,137	0,711
<i>10-11</i>	387(85,4)	66(14,6)	453		
<i>12-13</i>	86(86,9)	13(13,1)	99		
ΔΜΖ Αγοριών				0,339	0,560
Φυσιολογικό	210(89,4)	25(10,6)	235		
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	24(85,7)	4(14,3)	28		
ΔΜΖ Κοριτσιών				0,490	0,484
Φυσιολογικό	226(83,1)	46(16,9)	272		
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	13(76,5)	4(23,5)	17		
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας				13,391	0,000
<i>OXI</i>	438(87,6)	62(12,4)	500		
<i>NAI</i>	14(60,9)	9(39,1)	23		
Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα				+3,131	0,077
<i>OXI</i>	446(98,7)	6(1,3)	452		
<i>NAI</i>	67(95,7)	3(4,3)	70		
Πόσα καλά μιλάτε Ελληνικά				+1,535	0,215
<i>Καθόλου/Λίγο</i>	12(75)	4(25)	16		
<i>Καλά/Πολύ καλά/Άριστα</i>	461(86)	75(14)	536		

*N=523, +fisher exact test

Πίνακας 4:Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2≥20) ως προς τα οικογενειακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (N=552)

	0-19	≥20	Σύνολο	X ²	P value
	n (%)				
Ηλικία Πατέρα				5,724	0,057
26-39	74(81,3)	17(18,7)	91		
40-43	139(82,2)	30(17,8)	169		
≥44	260(89)	32(11)	292		
Ηλικία Μητέρας				1,772	0,412
27-39	150(86,7)	23(13,3)	173		
40-43	191(83,4)	38(16,6)	229		
≥44	132(88)	18(12)	150		
Τόπος διαμονής				1,929	0,381
Αστική	170(84,2)	32(15,8)	202		
Προάστια	114(88,9)	18(11,1)	162		
Επαρχεία	159(84,6)	29(15,4)	188		
Επαρχεία				+3,118	0,538
Λευκωσία	171(85,1)	30(14,9)	201		
Λεμεσός	211(84,1)	40(15,9)	251		
Λάρνακα	59(92,2)	5(7,8)	64		
Αμμόχωστος	17(89,5)	2(10,5)	19		
Πάφος	15(88,2)	2(11,8)	17		
Αριθ. Παιδιών στην Οικογένεια				+2,124	0,346
1 Παιδί	18(94,7)	1(1,3)	19		
2 Παιδιά	398(84,9)	71(15,1)	469		
3≥ Παιδιά	57(891)	7(10,9)	64		
Οικογενειακή κατάσταση				+3,216	0,200
Παντρεμένοι	441 (84,7)	74(15,3)	485		
Χωρισμένοι	56(91,8)	5(8,2)	61		
Χήρος/α	6(100)	0	6		
Εθνικότητα Πατέρα				3,665	0,162
Κυπριακή	413(86,8)	63(13,2)	476		
Ελληνική	23(82,1)	5(17,9)	28		
Άλλη εθνικότητα	37(77,1)	11(22,9)	48		
Εθνικότητα Μητέρας				+0,903	0,637
Κυπριακή	370(86,4)	58(13,6)	428		
Ελληνική	19(82,6)	4(17,4)	23		
Άλλη εθνικότητα	84(83,2)	17(16,8)	101		
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα				0,302	0,860
Δημοτικό/Γυμνάσιο	34(82,9)	7(17,1)	41		
Λύκειο/Τεχνική σχολή	221(85,7)	37(14,3)	258		
Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο	218(86,2)	35(13,8)	253		

Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας				5,705	0,058
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	20(87)	39(13)	23		
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	329(88)	45(12)	374		
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	124(80)	31(20)	155		
Οικογενειακό εισόδημα				3,772	0,293
<i>19500</i>	100(88,5)	13(11,5)	113		
<i>19501-39501</i>	117(85,4)	20(14,6)	137		
<i>39501-49000</i>	117(81,2)	27(18,8)	144		
<i>≥49001</i>	139(88)	19(12)	158		
*Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας				+0,010	0,923
<i>OXI</i>	434(96)	18(4)	502		
<i>NAI</i>	68(95,8)	3(4,2)	21		
<i>*N=523, +fisher exact test</i>					

5.5.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την χρήση του στατιστικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης

Για να εξετάσουμε τις σχέσεις μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής (καταθλιπτικά συμπτώματα) και των ανεξάρτητων μεταβλητών (κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών) καθώς και πως επηρεάζουν την πιθανότητα τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, διενεργήσαμε πολύπαραγοντική ανάλυση (λογιστική παλινδρόμηση).

Συγκεκριμένα, τα κορίτσια φάνηκε να έχουν 1,93 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τα αγόρια (95% CI: 1,10–3,38, $p = ,02$). Στατιστικά σημαντική διαφορά φάνηκε στους συμμετέχοντες που είχαν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή με 5,56 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τα τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που δεν είχαν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή (95% CI: 2,09–14,78, $p = ,001$).

Επιπλέον, τα παιδιά που ο πατέρας τους ήταν αλλοδαπός αν και φάνηκε να έχουν 4,52 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά όπου ήταν και οι δύο τους γονείς Κύπριοι, το διάστημα εμπιστοσύνης είναι ιδιαίτερα ευρύ, γεγονός που δεν επιτρέπει ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων. (95% CI: 1,10-18,55, $p < 0,05$). (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 ≥ 20) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (N=552)

	B	S, E	Wald	df	P value	Adjusted† OR (95%CI)
Φύλο						
<i>Αγόρι</i>						-----1-----
<i>Κορίτσι</i>	0,661	0,284	5,399	1	0,020	1,93 (1,10-3,38)
Ηλικία						
<i>10-11</i>						-----1-----
<i>12-13</i>	-0,219	0,362	0,364	1	0,546	0,80 (0,39-1,63)
Οικογενειακή Κατάσταση						
<i>Married</i>						-----1-----
<i>Divorced</i>	-0,459	0,597	0,592	1	0,442	0,63(0,19-2,03)
Αριθμός Παιδιών στην Οικογένεια						
<i>1</i>						-----1-----
<i>2</i>	1,099	1,063	1,068	1	0,301	3,0(0,37-24,13)
≥ 3	0,797	1,131	0,497	1	0,481	2,22(0,24-20,38)
Οικογενειακό εισόδημα						
<i>0 -19500</i>						-----1-----
<i>19501- 39500</i>	0,602	0,441	1,860	1	0,173	1,82(0,76-4,33)
<i>39501- 49000</i>	0,768	0,487	2,487	1	0,115	2,15(0,83-5,60)
≥ 49001	0,549	0,503	1,193	1	0,275	1,73(0,64-4,64)
Ηλικία Πατέρα						
<i>26-39</i>						-----1-----
<i>40- 43</i>	-0,281	0,419	0,451	1	0,502	0,75(0,33-1,71)
≥ 44	-1,050	0,489	4,621	1	0,032	0,35(0,13-0,91)
Ηλικία Μητέρας						
<i>26-39</i>						-----1-----
<i>40- 43</i>	0,696	0,379	3,380	1	0,666	2,0(0,95-4,21)
≥ 44	0,643	0,485	1,760	1	0,185	1,9(0,73-4,91)
Εθνικότητα Πατέρα						
<i>Κυπριακή</i>						-----1-----
<i>Ελληνική</i>	0,525	0,598	0,771	1	0,380	1,69(0,52-5,45)
<i>Άλλη Εθνικότητα</i>	1,509	0,720	4,390	1	0,036	4,52(1,10-18,55)

Πίνακας 5: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=552)(συνέχεια)

	<u>B</u>	<u>S.E</u>	<u>Wald</u>	<u>df</u>	<u>P</u> <u>value</u>	<u>Adjusted†</u> <u>OR (95%CI)</u>
Εθνικότητα Μητέρας						
<i>Κυπριακή</i>						-----1-----
<i>Ελληνική</i>	0,441	0,646	0,466	1	0,495	1,55(0,43-5,51)
<i>Άλλη Εθνικότητα</i>	0,448	0,422	1,127	1	0,288	1,56(0,68-3,57)
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα						
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>						-----1-----
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	-0,010	0,589	0,000	1	0,987	0,90(0,31-3,13)
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	-0,402	0,522	0,592	1	0,442	0,66(0,24-1,86)
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας						
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>						-----1-----
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	-0,776	0,820	0,895	1	0,344	0,46(0,92-2,29)
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	0,037	0,774	0,002	1	0,962	0,96(0,21-4,39)
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή						
<i>Όχι</i>						-----1-----
<i>Ναι</i>	1,716	0,499	11,845	1	0,001	5,56(2,09-14,78)
<i>N=523</i>						

5.6 Σχολικός εκφοβισμός

5.6.1 Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού

Συνολικά, το 39,3% (n=217) εμπλάκηκαν σε σχολικό εκφοβισμό, είτε ως Εκφοβιστές, είτε ως Δέκτες ή και τα δύο το ίδιο χρονικό διάστημα. Συγκεκριμένα, από τους συμμετέχοντες το 9,8%(n=54) προέβησαν σε εκφοβισμούς, ενώ 29,5%(n=163) είχαν εκφοβιστεί. Ειδικότερα, το 4,2% (n=23) των συμμετεχόντων προέβησαν μόνο σε εκφοβιστική συμπεριφορά για τουλάχιστον 2-3 φορές του τελευταίου δύο μήνες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (23,9%, n=132) των συμμετεχόντων είχαν μόνο Δέκτες. Επιπλέον, το 11,2%(n= 62) ήταν οι συμμετέχοντες που ήταν Δέκτες- Εκφοβιστές το ίδιο χρονικό διάστημα για τουλάχιστον 2-3 φορές τους τελευταίους δύο μήνες.

5.6.2 Τύποι σχολικού εκφοβισμού και η συχνότητα τους

Το μεγαλύτερο ποσοστό από του συμμετέχοντες που διαπράξαν εκφοβισμό για τουλάχιστον 2-3 φορές τους τελευταίους δύο μήνες με άμεσο τρόπο (π.χ Είπα άσχημα λόγια, κοροϊδέψαν ή πείραξα με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά), με ποσοστό 8,5% (n=47) εκ των οποίων το 0,9% (n=5) ήταν σεξουαλικού περιεχομένου (Εκφόβησα με άσχημα λόγια, σχόλια ή χειρονομίες(σεξουαλικού περιεχομένου), ενώ το 6,9% (n= 38) προέβησαν σε εκφοβιστική συμπεριφορά με έμμεσο τρόπο εκ των οποίων το 0,9% (n=5) ήταν μέσω διαδικτύου ή μηνυμάτων μέσω κινητών τηλεφώνων(Πίνακας 6).

Όσο αφορά τα παιδιά που ήταν Δέκτες τους τελευταίους δύο μήνες τουλάχιστον 2-3 φορές με άμεσο τρόπο, ήταν στο ίδιο ποσοστό με τα παιδιά που εκφόβησαν με το ίδιο τρόπο(10,7%,n=59) ενώ τα παιδιά που ήταν Δέκτες με έμμεσο τρόπο ήταν πολύ περισσότερα με το ποσοστό να φτάνει στο 22,1% (n=122).(Πίνακας 7).

Πίνακας 6: Συχνότητα εκφοβιστικής συμπεριφοράς (Εκφοβιστές)

	Ποτέ	n (%)			Πολλές φορές την εβδομάδα	Σύνολο Τουλάχιστον 2-3 φορές
		1-2 φορές	2-3 φορές	1 φορά την εβδομάδα		
1.Είπα άσχημα λόγια, κορόιδεψα, ή πείραξα με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά).	387(70,1)	122(22,1)	34(6,2)	6(1,1)	3(0,5)	43(7,8)
2.Επίτηδες δεν έπαιξα με κάποιο παιδί (η κάποια παιδιά) ή το απόκλεισα από την παρέα μου ή το αγνόησα εντελώς .	419(75,9)	105(19)	12(2,2)	5(0,9)	11(2)	28(5,1)
3.Κτύπησα, κλώτσησα, έσπρωξα ή κλείδωσα σε ένα δωμάτιο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά).	485(87,9)	42(7,6)	10(1,8)	7(1,3)	8(1,4)	25(4,5)
4.Είπα ψέματά ή διέδωσα άσχημα πράγματα για κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) και προσπάθησα να κάνω τους άλλους να μην συμπαθήσουν αυτό το παιδί(ή αυτά τα παιδιά),	488(88,4)	53(9,6)	9(1,6)	1(0,2)	1(0,2)	11(2,0)
5.Πήρα χρήματα ή άλλα πράγματα από κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή κατέστρεψα τα πράγματα (κάποιου παιδιού ή κάποιων παιδιών).	535(96,9)	15(2,7)	1(0,2)	1(0,2)	0	2(0,4)

6.Απειλήσα κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή ανάγκασα κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) να κάνουν πράγματα που δεν ήθελαν να κάνουν.	524(94,9)	23(4,2)	0	3(0,5)	2(0,4)	5(0,9)
7.Κορόιδεψα ή είπα άσχημα λόγια για την χώρα ή των τρόπο που μιλά τα ελληνικά κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά),	516(93,5)	30(5,4)	3(0,5)	1(0,2)	2(0,4)	6(1,1)
8.Εκφόβησα με άσχημα λόγια, σχόλια ή χειρονομίες(σεξουαλικού περιεχομένου)	524(94,)	23(4,2)	1(0,2)	0	4(0,7)	5(0,9)
9.Εκφόβησα κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) με άσχημα μηνύματα, τηλεφωνήματα ή εικόνες ή με κάποιο άλλο τρόπο μέσα από το κινητό μου ή μέσα από το διαδίκτυο/internet (στον υπολογιστή), (Δεν λέμε εκφοβισμό το πείραγμα πού γίνετε με φιλικό και παιχνιδιάρικο τρόπο)	522(94,6)	25(4,5)	4(0,7)	1(0,2)	0	5(0,9)
10.Εκφόβησα με κάποιο άλλο τρόπο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά)	518(93,8)	26(4,7)	3(0,5)	2(0,4)	3(0,5)	8(1,4)

Πίνακας 7: Συχνότητα Δέκτη

	n(%)					Σύνολο
	Ποτέ	1-2 φορές	2-3 φορές	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα	Τουλάχιστον 2-3 φορές
11.Μου είπε άσχημα λόγια, με κορόιδεψε, ή με πείραξε με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά)	255(46,2)	167(30,3)	88(15,9)	15(2,7)	27(4,9)	130(23,6)
12.Επίτηδες δεν με έπαιζε κάποιο παιδί (η κάποια παιδιά) ή με απόκλεισαν από την παρέα τους ή με αγνόησαν εντελώς	362(65,6)	120(21,7)	41(7,4)	9(1,6)	205(3,6)	70(12,7)
13.Με κτύπησε, με κλότσησε, έσπρωξε ή με κλείδωσε σε ένα δωμάτιο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά)	460(83,3)	62(11,2)	14(2,5)	7(1,3)	9(1,6)	30(5,4)
14.Είπε ψέματά ή διέδωσε άσχημα πράγματα για μένα κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) και προσπάθησε να κάνει τους άλλους να μην με συμπαθήσουν	337(61,1)	132(23,9)	48(8,7)	16(2,9)	19(3,4)	83(15)
15.Μου πήρε χρήματα ή άλλα πράγματα κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή μου κατέστρεψε τα πράγματα μου (κάποιο παιδί ή κάποια παιδιά)	472(85,5)	65(11,9)	9(1,6)	3(0,5)	3(0,5)	19(3,4)
16.Με απείλησε κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή με ανάγκασε κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) να κάνω πράγματα που δεν ήθελα να κάνω.	466(84,4)	67(12,1)	11(2)	5(0,9)	3(0,5)	24(4,3)

17.Με κορόιδεψε ή είπε άσχημα λόγια για την χώρα μου ή τον τρόπο που μιλώ τα ελληνικά (κάποιο παιδί ή κάποια παιδιά).	491(88,9)	42(7,6)	10(1,8)	1(0,2)	8(1,4)	24(4,3)
18.Με εκφόβησαν με άσχημα λόγια, σχόλια ή χειρονομίες (σεξουαλικού περιεχομένου).	468(84,8)	60(10,9)	16(2,9)	3(0,5)	5(0,9)	24(4,3)
19.Με εκφόβησε κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) με άσχημα μηνύματα, τηλεφωνήματα ή εικόνες ή με κάποιο άλλο τρόπο μέσα από το κινητό μου ή μέσα από το διαδίκτυο/internet (στον υπολογιστή).	494(89,5)	34(6,2)	14(2,5)	6(1,1)	4(0,7)	24(4,3)
20.Με εκφόβησαν με κάποιο άλλο τρόπο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά).	465(84,2)	63(11,4)	15(2,7)	1(0,2)	8(1,4)	24(4,3)

5.6.3 Συσχέτιση συχνότητας σχολικού εκφοβισμού με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Όσο αφορά τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την διάπραξη εκφοβιστικής συμπεριφοράς αν και φάνηκε τα αγόρια να εκφοβίζουν πιο συχνά με 5,7% σε σύγκριση με τα κορίτσια που ήταν στο 2,8% ($X^2=2,971$), δεν ήταν στατιστική σημαντική η διαφορά ($p \geq 0,05$). Επίσης, τα παιδιά όπου το οικογενειακό τους ετήσιο εισόδημα ήταν ≤ 19500 παρουσίαζαν πιο υψηλά ποσοστά εκφοβιστικής συμπεριφοράς(8%) συγκριτικά με τα άλλα παιδιά όπου ήταν υψηλό(2,8%) ή πολύ υψηλό (1,9%). Παρόλα αυτά δεν ήταν στατιστική σημαντική η διαφορά($X^2=6,637, p \geq 0,05$) (Πίνακας 8)

Όσο αφορά τα παιδιά που υπέστησαν εκφοβιστική συμπεριφορά, στατιστική σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στα παιδιά που ο πατέρας τους ήταν στις ηλικιακή ομάδα μεταξύ 26-39 ετών, με τα παιδιά αυτά να σημειώνουν πιο υψηλά ποσοστά(30%, $n=28$)($x^2=6,859, p=0,032$) συγκριτικά με τα παιδιά που ο πατέρας τους ήταν στις άλλες ηλικιακές ομάδες(40-43ετών: 27,8%, $n=47$ και ≥ 44 ετών:14%, $n=57$)(Πίνακας 8).

Επίσης, τα αγόρια που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα (39,3%, $n=11$) φάνηκε να είχαν υποστεί εκφοβιστική συμπεριφορά πιο συχνά συγκριτικά με τα αγόρια που ο ΔΜΣ ήταν στα φυσιολογικά πλαίσια (20%, $n=47$)($x^2=5,413, p=0,029$).(Πίνακας 9).

Από την άλλη μεριά, τα παιδιά που διέπραξαν και υπέστησαν εκφοβιστική συμπεριφορά το ίδιο χρονικό διάστημα (τους τελευταίους δύο μήνες), δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών αυτών και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών ($p \geq 0,05$).(Πίνακας 10).

Πίνακας 8: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών

	Εκφοβιστές		X ²	DF	P value
	Ποτέ/ 1-2 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
	n (%)				
Φύλο			2,971	1	0,085
<i>Αγόρι</i>	248(94,3)	15(5,7)			
<i>Κορίτσι</i>	281(97,2)	8(2,8)			
Ηλικία			0,390	1	0,781+
<i>10-11</i>	433(95,6)	20(4,4)			
<i>12-13</i>	96(97)	3(3)			
*ΔΜΖ Αγοριών			0,265	-	0,607+
Φυσιολογικό	221(94)	14(6)			
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	27(96,4)	1(3,6)			
*ΔΜΖ Κοριτσιών			0,651	-	0,388+
Φυσιολογικό	265(97,4)	7(2,6)			
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	16(94,1)	1(5,9)			
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας			1,107	-	0,616+
<i>OXI</i>	477(95,4)	23(4,6)			
<i>NAI</i>	23(100)	0(0)			
*Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας			1,006	-	0,616+
<i>OXI</i>	479(95,4)	23(4,6)			
<i>NAI</i>	21(100)	0(0)			
Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνιο νόσημα			0,982	1	0,335+
<i>OXI</i>	492(95,7)	22(4,3)			
<i>NAI</i>	8(88,9)	1(11,1)			

*N=523 , ΔΜΖ αγοριών N=263 αγόρια, ΔΜΖ Κοριτσιών N=289 Κορίτσια ,+ fisher exact test, Monte Carlo method

Πίνακας 8: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών(συνέχεια)

	Εκφοβιστές		X ²	DF	P value
	Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
	n (%)				
Ηλικία Πατέρα			3,567	2	0,162
26-39	84(92,3)	7(7,7)			
40-43	164(97)	5(3)			
≥44	281(96,2)	11(3,8)			
Ηλικία Μητέρας			0,755	2	0,711
27-39	167(96,5)	6(3,5)			
40-43	200(96,1)	9(3,9)			
≥44	142(94,7)	8(5,3)			
Τόπος διαμονής			2,793	2	0,477
Αστική	197(97,5)	5(2,5)			
Προάστια	155(95,7)	7(4,3)			
Υπαιθρος	177(91,4)	11(5,9)			
Πόσα καλά μιλάτε Ελληνικά			0,716	-	0,501+
Καθόλου/Λίγο	16(100)	0			
Καλά/Πολύ καλά/Αριστα	513(95,7)	23(4,3)			
Αριθ, Παιδιών στην Οικογένεια			1,523	-	0,383+
1 Παιδί	18(100)	1			
2 Παιδιά	451(96,2)	18(3,8)			
3≥ Παιδιά	60(93,8)	4(6,2)			
Οικογενειακή κατάσταση			2,875	-	0,295+
Παντρεμένοι	467(96,3)	18(3,7)			
Χωρισμένοι	56(91,8)	5(8,2)			
Χήρος/α	6(100)	0			

+fisher exact test, Monte Carlo method

Πίνακας 8: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών(συνέχεια)

	Εκφοβιστές		X ²	DF	P value
	Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
	n (%)				
Εθνικότητα Πατέρα			1,186	-	0,552+
<i>Κυπριακή</i>	457(96)	19(4)			
<i>Ελληνική</i>	26(92,6)	2(7,1)			
<i>Άλλη εθνικότητα</i>	46(95,8)	2(4,2)			
Εθνικότητα Μητέρας			0,221	-	0,993+
<i>Κυπριακή</i>	410(95,8)	18(4,2)			
<i>Ελληνική</i>	22(95,7)	1(4,3)			
<i>Άλλη εθνικότητα</i>	97(96)	4(4)			
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα			1,895	-	0,359+
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	40(97,6)	1(2,4)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	250(96,9)	8(3,1)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	239(94,5)	14(5,5)			
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας			1,903	-	0,292+
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	21(91,3)	2(8,7)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	360(96,3)	14(3,7)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	148(95,5)	7(4,5)			
Οικογενειακό εισόδημα			6,637	-	0,074+
<i>≤19500</i>	104(92)	9(8)			
<i>19501-39501</i>	130(94,9)	7(5,1)			
<i>39501-49000</i>	140(97,2)	4(2,8)			
<i>≥49001</i>	155(98,1)	3(1,9)			

+fisher exact test, Monte Carlo method

Πίνακας 9: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών

	Δέκτες		X ²	DF	P value
	Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
	n (%)				
Φύλο			0,955	1	0,328
<i>Αγόρι</i>	205(77,9)	58(22.1)			
<i>Κορίτσι</i>	215(74,4)	74(25,6)			
Ηλικία			0,913	1	0,339
<i>10-11</i>	341(75,3)	112(24,7)			
<i>12-13</i>	79(79,8)	20(20,2)			
*ΔΜΖ Αγοριών			5,413	1	0,029
Φυσιολογικό	188(80)	47(20)			
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	17(60,7)	11(39,3)			
*ΔΜΖ Κοριτσιών			1,819		0,255+
Φυσιολογικό	200(73,5)	72(26,5)			
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	15(88,2)	2(11.8)			
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας			0,088	-	0,766+
<i>OXI</i>	383(76,6)	117(23,4)			
<i>NAI</i>	17(73,9)	6(26,1)			
*Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας			1,037	-	0,433+
<i>OXI</i>	382(76,1)	120(23,9)			
<i>NAI</i>	18(85,7)	3(14,3)			
Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα			0,490	-	0,445+
<i>OXI</i>	394(76,7)	120(23,3)			
<i>NAI</i>	6(66,7)	3(33,3)			
Πόσα καλά μιλάτε Ελληνικά			3,564	1	0,059
<i>Καθόλου/Λίγο</i>	9(56,2)	7(43,8)			
<i>Καλά/Πολύ καλά/Άριστα</i>	411(76,7)	125(23,3)			

*N=523, ΔΜΖ αγοριών N=263 αγόρια, ΔΜΖ Κοριτσιών N=289 Κορίτσια, + *fisher exact test*

Πίνακας 9: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών (συνέχεια)

		Δέκτες	X ²	DF	P value	
		Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
		n (%)				
Ηλικία Πατέρα				6,859	2	0,032
	26-39	63(69,2)	28(30,8)			
	40-43	122(72,2)	47(27,8)			
	≥44	235(80,5)	57(19,5)			
Ηλικία Μητέρας				0,126	2	0,939
	27-39	130(75,1)	43(24,9)			
	40-43	175(76,4)	54(23,6)			
	≥44	115(76,7)	35(23,3)			
Τόπος διαμονής				4,234	2	0,120
	<i>Αστική</i>	146(72,3)	56(27,7)			
	<i>Προάστια</i>	132(81,5)	30(18,5)			
	<i>Υπαιθρος</i>	142(75,5)	46(24,5)			
Επαρχεία				5,655	-	0,221
	<i>Λευκωσία</i>	158(78,6)	43(21,4)			
	<i>Λεμεσός</i>	191(76,1)	60(23,9)			
	<i>Λάρνακα</i>	47(73,4)	17(26,6)			
	<i>Αμμόχωστος</i>	15(78,9)	4(21,1)			
	<i>Πάφος</i>	9(52,9)	8(47,1)			
Αριθ, Παιδιών στην Οικογένεια				2,202	2	0,333
	<i>1 Παιδί</i>	12(63,2)	7(36,8)			
	<i>2 Παιδιά</i>	357(76,1)	112(23,9)			
	<i>3≥ Παιδιά</i>	51(79,7)	13(20,9)			
Οικογενειακή κατάσταση				3,658	-	0,128+
	<i>Παντρεμένοι</i>	364(75,1)	121(24,9)			
	<i>Χωρισμένοι</i>	52(85,2)	9(14,8)			
	<i>Χήρος/α</i>	4(66,7)	2(33,3)			

+fisher exact test

Πίνακας 9: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών (συνέχεια)

	Δέκτες		Χ ²	DF	P value
	Τουλάχιστον	2-3 φορές			
	n (%)				
Εθνικότητα Πατέρα			1,476	2	0,478
<i>Κυπριακή</i>	366(76,9)	110(23,1)			
<i>Ελληνική</i>	19(67,9)	9(32,1)			
<i>Άλλη εθνικότητα</i>	35(72,9)	13(27,1)			
Εθνικότητα Μητέρας			0,316	2	0,854
<i>Κυπριακή</i>	328(76,6)	100(23,4)			
<i>Ελληνική</i>	17(73,9)	6(26,1)			
<i>Άλλη εθνικότητα</i>	75(74,3)	26(25,7)			
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα			0,115	2	0,944
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	31(75,6)	10(24,4)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	198(76,7)	60(23,3)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	191(75,5)	62(24,5)			
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας			1,698	2	0,428
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	15(65,2)	8(34,8)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	288(77)	86(23)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	117(75,5)	38(24,5)			
Οικογενειακό εισόδημα			0,421	3	0,936
<i>19500</i>	85(75,2)	28(24,8)			
<i>19501-39501</i>	106(77,4)	31(22,6)			
<i>39501-49000</i>	111(77,1)	33(22,9)			
<i>≥49001</i>	118(74,7)	40(25,3)			

+fisher exact test

Πίνακας 10: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές-Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών

	Εκφοβιστές-Δέκτες		X ²	DF	P value
	Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
	n (%)				
Φύλο			3,040	1	0,081
<i>Αγόρι</i>	227(86,3)	36(13,7)			
<i>Κορίτσι</i>	263(91)	26(9)			
Ηλικία					
<i>10-11</i>	403(89)	50(11)	0,096	1	0,757
<i>12-13</i>	87(87,9)	12(12,1)			
*ΔΜΖ Αγοριών			0,461	1	0,558
Φυσιολογικό	204(86,8)	31(12,2)			
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	23(82,1)	5(17,9)			
*ΔΜΖ Κοριτσιών			1,651	-	0,188+
Φυσιολογικό	249(91,5)	23(8,5)			
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	14(82,4)	3(17,6)			
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας			1,004	-	0,300+
<i>OXI</i>	447(89,4)	53(10,6)			
<i>NAI</i>	19(82,6)	4(17,4)			
*Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας			0,258	-	0,491+
<i>OXI</i>	448(89,2)	54(10,8)			
<i>NAI</i>	18(85,7)	3(14,3)			
Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα			0000	-	0,984+
<i>OXI</i>	458(89,1)	56(10,9)			
<i>NAI</i>	8(88,9)	1(1,1)			
Πόσα καλά μιλάτε Ελληνικά			2,085	-	0,238+
<i>Καθόλου/Λίγο</i>	19(100)	0			
<i>Καλά/Πολύ καλά/Άριστα</i>	474(88,4)	62(11,6)			

*N=523, ΔΜΖ αγοριών N=263 αγόρια, ΔΜΖ Κοριτσιών N=289 Κορίτσια ,+fisher exact test

Πίνακας10: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές-Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών (συνέχεια)

Θύτες και Θύματα			X ²	DF	P value
	Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
n (%)					
Ηλικία Πατέρα			0,750	2	0,702
26-39	82(90,1)	9(9,9)			
40-43	152(89,9)	17(10,1)			
≥44	256(87,7)	36(12,3)			
Ηλικία Μητέρας			1,732	2	0,421
27-39	150(86,7)	23(13,3)			
40-43	203(88,6)	26(11,4)			
≥44	137(91,3)	13(8,7)			
Τόπος διαμονής			3,657	-	0,161+
<i>Αστική</i>	185(91,6)	17(8,4)			
<i>Προάστια</i>	138(85,2)	24(14,8)			
<i>Υπαιθρος</i>	167(88,8)	21(11,2)			
Αριθ, Παιδιών στην Οικογένεια			0,549	-	0,779
<i>1 Παιδί</i>	18(74,7)	1(5,3)			
<i>2 Παιδιά</i>	414(88,3)	55(11,7)			
<i>3≥ Παιδιά</i>	58(90,6)	6(9,4)			
Οικογενειακή κατάσταση			3,867	-	0,116
<i>Παντρεμένοι</i>	435(89,7)	50(10,3)			
<i>Χωρισμένοι</i>	50(82)	11(18)			
<i>Χήρος/α</i>	5(83,3)	1(16,7)			
Εθνικότητα Πατέρα			3,250	2	0,197
<i>Κυπριακή</i>	426(89,5)	50(10,5)			
<i>Ελληνική</i>	22(78,6)	6(21,4)			
<i>Άλλη εθνικότητα</i>	42(87,5)	6(12,5)			

+fisher exact test

Πίνακας10: Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές-Δέκτες) και κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών (συνέχεια)

		Θύτες και Θύματα		X²	DF	P value
		Ποτέ/1-3 φορές	Τουλάχιστον 2-3 φορές			
		n (%)				
Εθνικότητα Μητέρας				5,522	2	0,063
<i>Κυπριακή</i>		384(89,7)	44(10,3)			
<i>Ελληνική</i>		17(73,9)	6(26,1)			
<i>Άλλη εθνικότητα</i>		89(88,1)	12(11,9)			
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα				0,920	2	0,631
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>		35(85,4)	6(14,6)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>		232(89,9)	26(10,1)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>		223(88,1)	30(11,9)			
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας				4,092	-	0,116+
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>		22(95,7)	1(4,3)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>		337(90,1)	37(9,9)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>		131(84,5)	24(15,5)			
Οικογενειακό εισόδημα				4,472	3	0,215
<i>≤19500</i>		102(90,3)	11(9,7)			
<i>19501-39501</i>		119(86,9)	18(13,1)			
<i>39501-49000</i>		123(85,4)	21(14,6)			
<i>≥49001</i>		146(92,4)	12(7,6)			

+fisher exact test

5.6.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και του σχολικού εκφοβισμού με την χρήση του στατιστικού μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης

Στατιστική σημαντική διαφορά φάνηκε στη σχέση με τους Εκφοβιστές με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, τα αγόρια φάνηκε να έχουν λιγότερες πιθανότητες να διαπράξουν εκφοβιστική συμπεριφορά (0,36 περισσότερες φορές) συγκριτικά με τα κορίτσια (95% CI: 0.16-0.9, p=0,03).

Πίνακας 11: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (Enter) (n=552)

	B	S. E	Wald	df	P value	Adjusted [†] OR (95%CI)	Bootstrap 95% CI	P value
Φύλο								
<i>Κορίτσια</i>					-----			
<i>Αγόρια</i>	1,101	0,468	4,668	1	0,031	0,36(0,16-0,9)	0,16-2,25	0,014
Ηλικία								
<i>12-13</i>					-----			
<i>10-11</i>	0,620	0,651	0,907	1	0,341	0,538(0,15-1,9)	18,36-0,55	0,325
Οικογενειακό εισόδημα								
<i>≤19500</i>	1,881	0,723	6,759	1	0,009	6,6(1,58-27,07)	0,65-18,98	0,001
<i>19501- 39500</i>	1,124	0,734	2,345	1	0,126	3,1(0,73-13)	-0,29-18,21	0,077
<i>39501- 49000</i>	0,509	0,789	0,417	1	0,519	1,66(0,35-7,8)	-1,67-17,20	0,468
<i>≥49001</i>					-----			
Ηλικία Μητέρας								
<i>26-39</i>					-----			
<i>40- 43</i>	1,300	0,687	3,586	1	0,058	3,67(0,95-14,09)	0,39-3,24	0,044
<i>≥44</i>	2,060	0,816	6,368	1	0,012	7,17(1,58-38,86)	-1,39-1,08	0,002
Ηλικία Πατέρα								
<i>27-39</i>	1,768	0,744	5,647	1	0,017	5,85(1,36-25,16)	-0,2-2,99	0,002
<i>40- 43</i>	0,034	0,610	0,003	1	0,956	1,03(0,31-3,42)	0,79-3,91	0,005
<i>≥44</i>					-----			

Σημείωση: Αρχικά έγινε λογιστική παλινδρόμηση (Backward Conditional) εισάγοντας στο πρώτο βήμα: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαρχία διαμονής, περιοχή διαμονής αριθμός παιδιών στην οικογένεια, BMI, Εθνικότητα πατέρα, Εθνικότητα μητέρας, ηλικία μητέρας, ηλικία πατέρα, μορφωτικό επίπεδο πατέρα, μορφωτικό επίπεδο μητέρας, οικογενειακό εισόδημα, έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, ιστορικό στην οικογένεια με ψυχική διαταραχή, έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα, πόσο καλά μιλάτε τα ελληνικά. Στη συνέχεια έγινε ξανά λογιστική παλινδρόμηση (Enter) χρησιμοποιώντας τη μέθοδο bootstrap

με 1000 δείγμα με τις μεταβλητές που είχαν καλύτερους δείκτες προσαρμογής του μοντέλου (μοντέλο 6) στην προηγούμενη παλινδρόμηση (Backward Conditional).

Επίσης, τα παιδιά όπου η μητέρα τους ήταν ≥ 44 ετών είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν εκφοβιστική συμπεριφορά (7,17 περισσότερες φορές) συγκριτικά με τα παιδιά όπου η μητέρα τους ήταν σε πιο νεαρή ηλικία (26-39 ετών) (95% CI: 1,58-38,86, $p=0,012$). Σε αντίθεση με τα παιδιά όπου ο πατέρας τους ήταν πιο νεαρός (27-39 ετών) είχαν περισσότερες πιθανότητες (5,85 περισσότερες φορές) να εμπλακούν σε εκφοβιστική συμπεριφορά (95% CI: 1,36-25,16, $p=0,017$) συγκριτικά με τα παιδιά όπου ο πατέρας τους ήταν ≥ 44 ετών. (Πίνακας 11).

Επιπλέον, με πολύ περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν εκφοβιστική συμπεριφορά φάνηκε να έχουν τα παιδιά όπου το οικογενειακό τους ετήσιο εισόδημα ήταν $\leq \text{€}19500$ (6,6 περισσότερες φορές) σε σχέση με τα παιδιά όπου το εισόδημα της οικογένειας ξεπερνούσε τις $\text{€}49001$ (95% CI: 1,58-27,07, $p=0,009$). (Πίνακας 11).

Παρόλα αυτά, στις ηλικίες των γονέων και στο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κατά την διαδικασία bootstrap το τυπικό σφάλμα και στις τρεις περιπτώσεις ήταν πολύ μεγάλο (SE.: 1,085, 0,931 και 3,491) καθώς και τα διαστήματα εμπιστοσύνης εξίσου μεγάλα, αποτελέσματα τα οποία ασταθές και μη αξιόπιστα.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και τις πιθανότητες τους τα παιδιά να υποστούν εκφοβιστική συμπεριφορά, τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα του chi-square, δηλαδή φάνηκε τα αγόρια που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα να έχουν περισσότερο από διπλάσιες πιθανότητες (2,5 περισσότερες φορές) να υποστούν εκφοβιστική συμπεριφορά συγκριτικά με τα παιδιά όπου το BMI τους ήταν στα φυσιολογικά πλαίσια (95% CI: 1,03-6,14, $p=0,043$) (Πίνακας 12).

Επιπλέον, τα παιδιά με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή (κυρίως ΔΕΠΥ) φάνηκε να έχουν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να εκφοβίσουν αλλά παράλληλα να υποστούν και εκφοβιστική συμπεριφορά το ίδιο χρονικό διάστημα (95% CI: 1,03-8,29, $p=0,044$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 12: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (Δέκτες) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=552)

	B	S.E	Wald	df	P value	Adjusted† OR (95%CI)
Φύλο						
<i>Αγόρι</i>						
<i>Κορίτσι</i>	-0,123	0,212	0,338	1	0,561	0,88(0,58-1,33)
Ηλικία						
<i>10-11</i>						
<i>12-13</i>	-0,287	0,413	0,485	1	0,486	0,75(0,33-4,5)
ΔΜΖ Αγοριών						
<i>Φυσιολογικό</i>						
<i>Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο</i>	0,923	0,456	4,101	1	0,043	2,51(1,03-6,14)
*Οικογενειακή κατάσταση						
<i>Παντρεμένοι</i>						
<i>Χωρισμένοι</i>	-7,47	0,642	1,354	1	0,245	0,47(0,14-1,67)
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας						
<i>OXI</i>						
<i>NAI</i>	0,237	0,647	0,133	1	0,486	0,75(0,33-1,68)

Σημείωση: 1 βήμα κατά την λογιστική παλινδρόμηση : φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαρχία διαμονής, περιοχή διαμονής αριθμός παιδιών στην οικογένεια, BMI, Εθνικότητα πατέρα, Εθνικότητα μητέρας, ηλικία μητέρας ,ηλικία πατέρα, μορφωτικό επίπεδο πατέρα, μορφωτικό επίπεδο μητέρας, οικογενειακό εισόδημα, έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, ιστορικό στην οικογένεια με ψυχική διαταραχή, έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα, πόσο καλά μιλάτε τα ελληνικά.

Πίνακας 13: Πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (Εφοβιστές-Δέκτες) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη χρήση του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (n=552)

	B	S.E	Wald	df	P value	Adjusted† OR (95%CI)
Φύλο						
<i>Κορίτσι</i>						
<i>Αγόρι</i>	0,380	0,292	1,686	1	0,194	1,46(0,86-2,67)
ΔΜΖ Αγοριών						
Φυσιολογικό						
Υπέρβαρό/ Παχύσαρκο	0,478	0,575	0,691	1	0,406	1,6(0,52-4,98)
Ηλικία Πατέρα						
<i>26-39</i>						
<i>40- 43</i>	1,096	0,841	1,700	1	0,192	2,99(0,57-15,42)
<i>≥44</i>	1,432	0,818	2,982	1	0,546	5,11(1,03-25,4)
Εθνικότητα Πατέρα						
<i>Κυπριακή</i>						
<i>Ελληνική</i>	0,826	0,720	1,314	1	0,252	2,28(0,55-9,368)
<i>Άλλη Εθνικότητα</i>	1,001	0,588	2,894	1	0,089	2,72(0,85-8,62)
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή						
<i>Όχι</i>						
<i>Ναι</i>	1,693	0,483	4,060	1	0,044	3,98(1,03—8,29)

Σημείωση: 1 βήμα κατά την λογιστική παλινδρόμηση : φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επαρχία διαμονής, περιοχή διαμονής αριθμός παιδιών στην οικογένεια, BMI, Εθνικότητα πατέρα, Εθνικότητα μητέρας, ηλικία μητέρας ,ηλικία πατέρα, μορφωτικό επίπεδο πατέρα, μορφωτικό επίπεδο μητέρας, οικογενειακό εισόδημα, έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή, ιστορικό στην οικογένεια με ψυχική διαταραχή, έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνιο νόσημα, πόσο καλά μιλάτε τα ελληνικά.

5.7 Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σχολικού εκφοβισμού

Στατιστική σημαντική διαφορά φάνηκε να σημειώνεται στα παιδιά που υπέστησαν εκφοβιστική συμπεριφορά και στα παιδιά που για το ίδιο χρονικό διάστημα εκφόβησαν και υπέστησαν εκφοβιστική συμπεριφορά. Δεν παρατηρήθηκε όμως στα παιδιά που εκφόβησαν. Αναλυτικότερα, από τους συμμετέχοντες που υπέστησαν εκφοβισμό τουλάχιστον 2-3 φορές του τελευταίους δύο μήνες το 24,2% (n=32) σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα ($CDI \geq 20$) συγκριτικά με αυτούς που δεν εκφοβίστηκαν ποτέ ή 1-2 φορές τους τελευταίους δύο μήνες και είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα με ποσοστό 11,2% (n=47), ($\chi^2=13,952$, $p<0,001$, $\rho=0,157$). (Πίνακας 14).

Όσο αφορά τα παιδιά που ήταν Εφοβιστές-Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα το 35,5% (n=22) σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με το 11,6% (n=57) των παιδιών που είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά δεν έγιναν ποτέ ή 1-2 φορές Εφοβιστές-Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα ($\chi^2=25,531$, $p<0,001$, $\rho=0,215$). (Πίνακας 14).

Αν και αδύνατες οι συσχετίσεις μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η πιο υψηλή συσχέτιση φάνηκε να ήταν με τα παιδιά που εκφόβησαν και υπέστησαν εκφοβιστική συμπεριφορά το ίδιο χρονικό διάστημα (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Συσχέτιση σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI-2 \geq 20)

	0-19	\geq 20	Σύνολο	X ²	P value	Spearman
	n (%)					Correlation
Εκφοβιστές				0,186	0,667	0,018
Ποτέ/1-2 φορές	454(85,8)	75(14,2)	529(100)			
Τουλάχιστον 2-3 φορές	19(82,6)	4(17,4)	23(100)			
Δέκτες				13,952	<0,001	0,159
Ποτέ/1-2 φορές	373(88,8)	47(11,2)	420(100)			
Τουλάχιστον 2-3 φορές	100(75,8)	32(24,2)	132(100)			
Εκφοβιστές-Δέκτες				25,531	<0,001	0,215
Ποτέ/1-2 φορές	433(88,4)	57(11,6)	490(100)			
Τουλάχιστον 2-3 φορές	40(64,5)	22(35,5)	62(100)			
	473(85,7)	79(14,3)	552(100)			

5.8 Δυνατότητες και δυσκολίες

5.8.1 Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών από αυτό-αναφορές

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών (90,9%, n= 502) χαρακτήρισαν το εαυτό τους ότι είναι στα φυσιολογικά πλαίσια όσο αφορά τις δυνατότητες και τις δυσκολίες, ενώ τα ποσοστά του οριακά κλινικό και κλινικό κυμαίνονται πολύ κοντά με 4.3% (n=24) και 4,7(n=26) αντίστοιχα. Συνολικά, τα παιδιά που αυτό-αξιολογήθηκαν στο φάσμα του οριακά κλινικό/κλινικό ήταν το 9,1% (n=50).(Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών (αυτό-αναφορές)

	Φυσιολογικό	Οριακό/ Κλινικό	Κλινικό	Οριακά Κλινικό / Κλινικό
SDQ-Συνολική Βαθμολογία (Αυτό-αναφορές)	502(90,9)	24(4,3)	26(4,7)	50(9,1)
Συναισθηματικές δυσκολίες	501(90,8)	24(4,3)	27(4,9)	51(9,2)
Προβλήματα συμπεριφοράς	453(82,1)	49(8,9)	50(9,1)	99(17,9)
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	514(93)	22(4)	16(2,9)	23(4,6)
Προβλήματα σχέσεων με συνομήλικους	419(90,4)	44(8)	9(1,6)	53(9,6)
Θετική συμπεριφορά	515(93,3)	16(2,9)	21(3,8)	37(6,7)

Όσο αφορά τις υποκλίμακες, τα περισσότερα παιδιά που αξιολογήσαν τον εαυτό τους ότι βρίσκονται στο φάσμα του οριακά κλινικό/κλινικό ήταν στα προβλήματα επικοινωνίας με 17,9%(n=99), ενώ το πιο μικρό ποσοστό το συγκέντρωσαν η υπερκινητικότητα/διάσπαση της προσοχής με 4,6% (n=23). (Πίνακας 15).

5.8.2 Περιγραφικά Στατιστικά για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες (Αυτό-αναφορές)

Η MT(\pm TA) για την για την συνολική βαθμολογία των δυνατοτήτων και δυσκολιών από τις αυτό-αξιολογήσεις των παιδιών ήταν 7,92(\pm 5,43) (ελάχιστη=0, μέγιστη=31) με Δ =9 και E=30. Όσο αφορά τις υποκλίμακες, την υψηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσαν η υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής με MT= 2,41(\pm 1.96) και οι συναισθηματικές δυσκολίες με MT= 2,31(\pm 2,13), και στις δύο υποκλίμακες η ελάχιστη και μέγιστη τιμή ήταν οι ίδιες καθώς και η διάμεσος και το εύρος των τιμών τους (ελάχιστη=0, μέγιστη=10, Δ =2 και E=10).

Η υποκλίμακα η οποία αξιολογούσε την θετική συμπεριφορά δε συμπεριλαμβανόταν στην συνολική βαθμολογία των δυνατοτήτων και δυσκολιών. Η MT ήταν 8,49(\pm 1,71) με Δ = 9 (ελάχιστη=1, μέγιστη=10).(Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος και εύρος τιμών δυνατοτήτων και δυσκολιών (αυτό-αναφορές)

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο	Διάμεσος	Εύρος
SDQ-Συνολική Βαθμολογία (Αυτό-αναφορές)	7,92	5,43	0	31	7	30
Συναισθηματικές δυσκολίες	2,31	2,13	0	10	2	10
Προβλήματα συμπεριφοράς	2,28	1,54	0	9	2	9
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	2,41	1,96	0	10	2	10
Προβλήματα σχέσεων με συνομήλικους	1,43	1,48	0	9	2	9
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	8,49	1,71	1	10	9	9

5.8.3 Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών από τις αναφορές των γονέων

Από τις αξιολογήσεις των γονέων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους φάνηκε να σημειώνουν το ίδιο ποσοστό στα φυσιολογικά όρια (90,9% , n=502), καθώς και το οριακά κλινικό / κλινικό (9,1%, n=50). Όσο αφορά τις υποκλίμακες (οριακά κλινικό / κλινικό), το μεγαλύτερο ποσοστό από τις αξιολογήσεις των γονέων ήταν οι συναισθηματικές δυσκολίες με ποσοστό 17,9% (n=99) ακολουθώντας τα προβλήματα σχέσεων με τους συνομήλικους τους με ποσοστό 14,3%(n=79), ενώ το μικρότερο ποσοστό (6,3%, n=35) ήταν η υπερκινητικότητα /διάσπαση προσοχής. Η θετική συμπεριφορά (οριακά κλινικό / κλινικό) παιδιών από τις αξιολογήσεις των γονέων ήταν στο 13,2% (n=73). (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Συχνότητα δυνατοτήτων και δυσκολιών (αναφορές γονέων)

	Φυσιολογικό	Οριακό/ Κλινικό	Κλινικό	Οριακά Κλινικό / Κλινικό
SDQ-Συνολική Βαθμολογία (Αναφορές γονέων)	502(90,9)	23(4,2)	27(4,9)	50(9,1)
Συναισθηματικές δυσκολίες	453(82,1)	40(7,2)	59(10,7)	99(17,9)
Προβλήματα συμπεριφοράς	453(82,1)	61(11)	38(6,9)	61(11)
Υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής	517(93,7)	19(3,4)	16(2,8)	35(6,3)
Προβλήματα σχέσεων με συνομήλικους	473(85,7)	36(6,5)	43(7,8)	79(14,3)
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	479(86,8)	38(6,9)	35(6,3)	73(13,2)

5.8.4 Περιγραφικά Στατιστικά για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες (αναφορές γονέων)

Η $MT(\pm TA)$ για την συνολική βαθμολογία των δυνατοτήτων και δυσκολιών από τις αξιολογήσεις των γονέων ήταν $6,73(\pm 4,86)$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=30) με $\Delta=6$ και $E=30$. Όσο αφορά τις υποκλίμακες, την υψηλότερη βαθμολογία συγκέντρωσαν η υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής με $MT= 2,14(\pm 1,88)$, $\Delta=2$ και $E=9$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=10) και οι συναισθηματικές δυσκολίες με $MT= 1,94(\pm 1,86)$ και $\Delta=1,94$ και $E=10$ (ελάχιστη=0, μέγιστη=10).

Για την θετική συμπεριφορά η MT ήταν $7(\pm 1,32)$ με $\Delta= 7$ (ελάχιστη=1, μέγιστη=8). (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος και εύρος τιμών δυνατοτήτων και δυσκολιών (αναφορές γονέων)

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστο	Διάμεσος	Εύρος
SDQ-Συνολική Βαθμολογία (αναφορές γονέων)	6,73	4,86	0	30	6	30
Συναισθηματικές δυσκολίες	1,94	1,86	0	10	1,94	10
Προβλήματα συμπεριφοράς	1,38	1,31	0	7	1	7
Υπερκινητικότητα/ διάσπαση προσοχής	2,14	1,88	0	9	2	9
Προβλήματα σχέσεων με συνομήλικους	1,27	1,44	0	8	1	8
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	7,00	1,32	1	8	7	7

5.8.5 Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αυτό-αναφορές)

Το 92% (n=46) των παιδιών που αυτό-αξιολόγησα τον εαυτό τους στο φάσμα του οριακά κλινικό/κλινικό στην συνολική βαθμολογία των δυνατοτήτων και δυσκολιών φάνηκε να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τα παιδιά που ήταν στα φυσιολογικά όρια και είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα, το ποσοστό ήταν μόλις στο 6,6% (n=33), ($\chi^2=270,587$, $p<0,001$). (Πίνακας 19).

Σε όλες τις υποκλίμακες υπήρχε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των παιδιών που ήταν στα φυσιολογικά όρια και των παιδιών που ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό και σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στις συναισθηματικές δυσκολίες με τα παιδιά που ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό να σημειώνουν πολύ πιο υψηλά ποσοστά (62,7%,n=32) καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τα παιδιά που ήταν στα φυσιολογικά όρια και είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα (9,4%,n=47) ($\chi^2=107,486$, $p<0,001$), ενώ η μικρότερη

Πίνακας 19: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (CDI-2 \geq 20)(αυτό-αναφορές)

SDQ		0-19	\geq 20	Σύνολο	χ^2	P value	Spearman
		n (%)					
Αυτό-αναφορές							
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	469(93,4)	33(6,6)	502(100)	270,587	<0,001	0,700
	Οριακό/κλινικό	4(8)	46(92)	50(100)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	454(90,6)	47(9,4)	501(100)	107,486	<0,001	0,441
	Οριακό/κλινικό	19(37,3)	32(62,7)	51(100)			
Προβλήματα συμπεριφοράς	Φυσιολογικό	411(90,7)	42(9,3)	453(100)	52,230	<0,001	0,308
	Οριακό/κλινικό	62(62,6)	37(37,4)	99(100)			
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	455(88,5)	59(11,5)	514(100)	48,865	<0,001	0,298
	Οριακό/κλινικό	18(47,4)	20(52,6)	38(100)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	447(89,6)	52(10,4)	499(100)	64,154	<0,001	0,341
	Οριακό/κλινικό	26(49,1)	27(50,9)	53(100)			
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	450(87,4)	65(12,6)	515(100)	17,899	<0,001	0,180
	Οριακό/κλινικό	23(62,2)	14(37,8)	37(100)			

διαφορά παρατηρήθηκε στη θετική συμπεριφορά με 37,8%, (n=14) τα παιδιά που ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό συγκριτικά με το 62,2%(n=23) τα παιδιά που ήταν στα φυσιολογικά όρια και είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα(Πίνακας 19).

Όσο αφορά τους δείκτες συσχέτισης, η πιο ισχυρή συσχέτιση ήταν στην συνολική βαθμολογία με $r_{ho}=0,700$ και για τις υποκλίμακες οι συναισθηματικές δυσκολίες με $r_{ho}=0,400$, ενώ η πιο αδύνατη συσχέτιση παρατηρήθηκε στην θετική συμπεριφορά με $r_{ho}=0,180$ (Πίνακας 19).

5.8.6 Συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αναφορές γονέων)

Επίσης, και από τις αναφορές των γονέων, σημειώθηκαν σε όλες τις συγκρίσεις στατιστική σημαντική διαφορά, μεταξύ των παιδιών που αναφέρθηκαν στα φυσιολογικά όρια και των παιδιών που ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό και παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα, με μικρότερη όμως ποσοστιαία διαφορά από τις αυτό-αναφορές των παιδιών τους.

Η συνολική βαθμολογία για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες σημείωσε το πιο υψηλό ποσοστό με 42% (n=21) έναντι 11,6%(n=58) ($\chi^2=34,371$, $p<0,001$). Για τις υποκλίμακες η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στην υπερκινητικότητα/διάσπαση της προσοχής με 34,3%(n=12) έναντι 13%(n=67) ($\chi^2=12,157$, $p<0,001$). Η μικρότερη διαφορά παρατηρήθηκε στη θετική συμπεριφορά με 21,9%(n=16) έναντι 13,2%(n=63) ($\chi^2=12,157$, $p=0,046$). (Πίνακας 20).

Δεν υπήρχαν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των αναφορών των γονέων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Παρόλα αυτά την πιο υψηλή συσχέτιση είχε η συνολική βαθμολογία με $r_{ho}=0,250$ ενώ η πιο αδύνατη ήταν με την θετική συμπεριφορά με $r_{ho}=0,085$. (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (CDI-2 \geq 20)

SDQ		0-19	\geq 20	Σύνολο	χ^2	P value	Spearman Correlation
		n (%)					
<u>Αναφορές Γονέων</u>							
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	444(88,4)	58(11,6)	502(100)	34,371	<0,001	0,250
	Οριακό/κλινικό	29(58)	21(42)	50(100)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	401(88,5)	52(11,5)	453(100)	16,525	<0,001	0,173
	Οριακό/κλινικό	72(72,7)	27(27,3)	99(100)			
Προβλήματα συμπεριφοράς	Φυσιολογικό	398(87,9)	55(12,1)	453(100)	9,701	0,002	0,133
	Οριακό/κλινικό	75(75,8)	24(24,2)	99(100)			
Υπερκινητικότητα / Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	450(87)	67(13)	517(100)	12,157	<0,001	0,148
	Οριακό/κλινικό	23(65,7)	12(34,3)	35(100)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	418(88,4)	55(11,6)	473(100)	19,410	<0,001	0,188
	Οριακό/κλινικό	55(69,6)	24(30,4)	79(100)			
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	416(86,8)	63(13,2)	479(100)	3,969	0,046	0,085
	Οριακό/κλινικό	57(78,1)	16(21,9)	73(100)			

5.8.7 Συσχέτιση σχολικού εκφοβισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες

Όσο αφορά τη συσχέτιση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες, από τις αυτό-αναφορές των παιδιών, στατιστικές σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε πολλές από τις υποκλίμακες, καθώς, και στην συνολική βαθμολογία των δυνατοτήτων και δυσκολιών. Συγκεκριμένα, όσο αφορά τα παιδιά που διέπραξαν εκφοβιστική συμπεριφορά του τελευταίου δύο μήνες για τουλάχιστον 2-3 φορές, φάνηκε να σημειώνουν με στατιστική σημαντική διαφορά προβλήματα συμπεριφοράς

(οριακό/κλινικό) με ποσοστό 39,1%(n=90) συγκριτικά με τα παιδιά που δεν διέπραξαν εκφοβισμό ή διέπραξαν εκφοβιστική συμπεριφορά 1-2 φορές τους τελευταίους δύο μήνες και είχαν προβλήματα συμπεριφοράς, όπου το ποσοστό τους ήταν στο 17%(n=90) ($\chi^2 = 7,326$, $p=0,007$). Επίσης, η πιο πάνω ομάδα παιδιών σημείωσαν με στατιστική διαφορά πιο χαμηλή βαθμολογία στη θετική συμπεριφορά με ποσοστό 17,4%(n=4) συγκριτικά με τα παιδιά που δεν εκφοβίστηκαν ή εκφόβησαν 1-2 φορές τους τελευταίους δύο μήνες και σημείωσαν χαμηλή βαθμολογία στη θετική συμπεριφορά όπου το ποσοστό τους έφτανε μόλις το 6,2%(n=33) ($\chi^2 = 4,384$, $p=0,036$). (Πίνακας 21).

Τα παιδιά που είχαν υποστεί εκφοβιστική συμπεριφορά, φάνηκε από τις αυτό-αξιολογήσεις τους να σημειώνουν περισσότερο από τα διπλάσια ποσοστά (15,9%,n=21) με στατιστική σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας (οριακά κλινικό/κλινικό) σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν εκφοβίστηκαν ή εκφοβίστηκαν 1-2 φορές τους τελευταίους δύο μήνες (2,9%,n=29)($\chi^2 = 9,885$, $p=0,002$). Επιπλέον, τα παιδιά αυτά παρουσίασαν προβλήματα στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, εμφανίζοντας σημαντικά υψηλότερα ποσοστά (21,2%, n=28) στην κατηγορία οριακό/κλινικό, σε σύγκριση με τα παιδιά που είτε δεν εκφοβίστηκαν είτε εκφοβίστηκαν 1-2 φορές (2%, n=25) ($\chi^2 = 26,945$, $p < 0,001$). (Πίνακας 21).

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παιδιά που εκφοβίστηκαν και εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα φάνηκε να σημειώνουν στατιστική σημαντική διαφορά σε όλες τις υποκλίμακες, καθώς και στην συνολική βαθμολογία, εκτός από τα προβλήματα με τους συνομηλίκους τους που παρόλο που και σε αυτή την υποκλίμακα σημείωσαν πιο υψηλά ποσοστά, δεν παρατηρήθηκε στατιστική διαφορά ($p=0,064$). Ειδικότερα, η πιο μεγάλη διαφορά παρατηρήθηκε στην συνολική βαθμολογία με ποσοστό 30,6%(n=19) συγκριτικά με τα παιδιά που δεν εκφόβησαν ή δεν εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα και ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό με το ποσοστό τους να φτάνει μόλις το 6,3%(n=31) ($\chi^2 = 35,512$, $p<0,001$), ενώ η μικρότερη αλλά στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στη θετική συμπεριφορά όπου το ποσοστό των παιδιών που εκφόβησαν ή εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα ήταν στο 17,7%(n=11) σε σχέση με τα παιδιά που δεν εκφόβησαν ή δεν εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα και ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό με το ποσοστό τους να είναι στο 5,3%(n=26) ($\chi^2 = 13,610$, $p<0,001$) (Πίνακας 22).

Όσο αφορά τις συσχετίσεις, αν και αδύνατες, οι μεγαλύτερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν στα παιδιά που εκφοβίστηκαν και εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα

και πιο συγκεκριμένα με $r=0,268$ τα παιδιά που αυτό-αξιολογήθηκαν συνολικά στο οριακά κλινικό/κλινικό και στα παιδιά με ΔΕΠΥ με $r_{ho}=0,266$ (Πίνακας 22), ενώ η μικρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε στα παιδιά που εκφόβησαν με $r_{ho}=0,089$. (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Σύσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (Εφοβιστές και Δέκτες από αυτό-αναφορές)

		Εκφοβιστές		X ²	P value	r	Δέκτες		X ²	P value	Spearman
		Ποτέ	Εκφοβιστές				Ποτέ	Δέκτες			
		n (%)					n (%)				
Αυτό-αναφορές				0,646	0,421	-0,034			9,885	0,002	0,134
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	480(90,7)	22(95,7)				391(93,1)	111(84,1)			
	Οριακό/κλινικό	49(9,3)	1(4,3)				29(6,9)	21(15,9)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	480(90,7)	21(91,3)	0,008	0,927	-0,004	389(92,6)	112(84,8)	7,232	0,007	0,114
	Οριακό/κλινικό	49(9,3)	2(8,7)				31(7,4)	20(15,2)			
Προβλήματα συμπεριφοράς	Φυσιολογικό	439(83)	14(60,9)	7,326	0,007	0,115	347(82,6)	106(80,3)	0,366	0,545	0,026
	Οριακό/κλινικό	90(17)	9(39,1)				73(17,4)	26(19,7)			
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	493(93,2)	21(91,3)	0,123	0,726	0,015	391(93,1)	123(93,2)	0,001	0,973	-0,001
	Οριακό/κλινικό	36(6,8)	2(8,7)				29(6,9)	9(6,8)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	476(90)	23(100)	2,549	0,110	-0,068	395(94)	104(78,8)	26,945	<0,001	0,216
	Οριακό/κλινικό	53(10)	0				25(6)	28(21,2)			
				4,384	0,036	0,089			0,544	0,461	-0,031

Θετική κοινωνική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	496(93,8)	19(82,6)	390(92,9)	125(94,7)
	Οριακό/ κλινικό	33(6,2)	4(17,4)	30(7,1)	7(5,3)

Πίνακας 22: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (Εκφοβιστές-Δέκτες από αυτό-αναφορές)

		Εκφοβιστές-Δέκτες				
		Ποτέ	Εκφοβιστές- Δέκτες	X ²	P value	Spearman Correlation
		n (%)				
Αυτό-αναφορές				35,512	<0,001	0,268
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	459(93,7)	43(69,4)	22,862	<0,001	0,204
	Οριακό/κλινικό	31(6,3)	19(30,6)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	455(92,9)	46(74,2)	35,177	<0,001	0,252
	Οριακό/κλινικό	35(7,1)	16(25,8)			
Προβλήματα συμπεριφοράς	Φυσιολογικό	419(85,5)	34(54,8)	39,014	<0,001	0,266
	Οριακό/κλινικό	71(14,5)	28(45,2)			
Υπερκινητικότητα/Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	468(95,5)	46(74,2)	3,429	0,064	0,079
	Οριακό/κλινικό	22(4,5)	16(25,8)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	447(91,2)	52(83,9)	13,610	<0,001	0,157
	Οριακό/κλινικό	43(8,8)	10(16,1)			
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	464(94,7)	51(82,3)			
	Οριακό/κλινικό	26(5,3)	11(17,7)			

Αξιοσημείωτο είναι ότι στις συσχετίσεις μεταξύ των αναφορών των γονέων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών τους, δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστική σημαντική διαφορά, εκτός από τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους στα παιδιά που είχαν υποστεί εκφοβιστική συμπεριφορά τους τελευταίους δύο μήνες, με το 21,2% (n=28) αυτών των παιδιών να ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό σύμφωνα με τους γονείς τους σε σχέση με τα παιδιά που δεν είχαν υποστεί αυτές τις συμπεριφορές ή είχαν εκφοβιστεί 1-2 φορές τους τελευταίους δύο μήνες και ήταν επίσης στο οριακά κλινικό/κλινικό με ποσοστό 12,1%(n=50($\chi^2=6,736$, $\rho=0,216$, $p=0,009$)).(Πίνακας 23 και Πίνακας 24).

Πίνακας 23: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (από αναφορές των γονέων)

		Εκφοβιστές		X ²	P value	Spearman	Δέκτες		X ²	P value	Spearman
		Ποτέ	Εκφοβιστές				Ποτέ	Δέκτες			
		n (%)					n (%)				
<u>Αναφορές γονέων</u>				0,646	0,421	-0,034			1,120	0,290	0,045
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	480(90,7)	22(95,7)	30,10	0,083	-0,074	385(91,7)	117(88,6)	1,919	0,166	0,059
	Οριακό/κλινικό	49(9,3)	1(4,3)				35(8,3)	15(11,4)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	431(81,5)	98(18,5)	0,236	0,627	0,021	350(83,3)	103(78)	2,707	0,100	0,070
	Οριακό/κλινικό	22(95,7)	1(4,3)				70(16,7)	29(22)			
Προβλήματα συμπεριφοράς	Φυσιολογικό	435(82,2)	18(78,3)	0,160	0,689	-0,017	351(83,6)	102(77,3)	3,5950	0,058	0,081
	Οριακό/κλινικό	94(17,8)	5(21,7)				69(16,4)	30(22,7)			
Υπερκινητικότητα / Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	495(93,6)	22(95,7)	1,943	0,163	-0,059	398(94,8)	119(5,2)	6,736	0,009	0,110
	Οριακό/κλινικό	34(6,4)	1(4,3)				22(5,2)	13(9,8)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	451(85,3)	22(95,7)	0,429	0,512	-0,028	369(87,9)	104(78,8)	1,791	0,181	0,057
	Οριακό/κλινικό	78(14,7)	1(4,3)				51(12,1)	28(21,2)			
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	458(86,6)	21(91,3)				369(87,9)	110(83,3)			
	Οριακό/κλινικό	71(13,4)	2(8,7)				51(12,1)	22(16,7)			

Πίνακας 24: Συσχέτιση δυνατοτήτων και δυσκολιών του παιδιού με τον σχολικό εκφοβισμό (Εκφοβιστές-Δέκτες από αναφορές των γονέων)

		Εκφοβιστές-Δέκτες				
		Ποτέ	Εκφοβιστές- Δέκτες	X ²	P value	Spearman Correlation
		n (%)				
<u>Αναφορές γονέων</u>				1,254	0,263	0,048
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	448(91,4)	54(87,1)	0,155	0,694	-0,017
	Οριακό/κλινικό	42(8,6)	8(12,9)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	401(81,7)	52(83,9)	2,940	0,086	0,073
	Οριακό/κλινικό	89(18,2)	10(16,1)			
Προβλήματα συμπεριφοράς	Φυσιολογικό	407(83,1)	46(74,2)	0,001	0,970	0,002
	Οριακό/κλινικό	83(16,9)	16(25,8)			
Υπερκινητικότητα/Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	459(93,7)	58(93,5)	0,113	0,737	-0,014
	Οριακό/κλινικό	31(6,3)	4(6,5)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	419(85,5)	54(87,1)	0,102	0,750	0,014
	Οριακό/κλινικό	71(14,5)	8(12,9)			
Θετική κοινωνική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	426(86,9)	53(85,5)			
	Οριακό/κλινικό	64(13,1)	9(14,5)			

5.9 Αυτοεκτίμηση

5.9.1 Συχνότητα αυτοεκτίμησης

Η ΜΤ για τους συμμετέχοντες όσο αφορά την αυτοεκτίμηση τους ήταν $21,49(\pm 5,26)$ με $\Delta=22$ και $E=29$ (ελάχιστη=1, μέγιστη=30).

Στην κλίμακα αυτοεκτίμησης, παρατηρήθηκε χαμηλή συνολική συμφωνία με θετικές δηλώσεις, με ποσοστά που κυμαίνονταν από 10,1% έως 19,7%. Αντιθέτως, η διαφωνία με αρνητικές δηλώσεις για τον εαυτό τους ξεπέρασε το 75% σε αρκετές περιπτώσεις, όπως στη δήλωση «Συνολικά, έχω την τάση να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχία» (80,3%). Ωστόσο, υψηλό ποσοστό παιδιών (51,1%) ανέφερε ότι θα επιθυμούσε περισσότερο σεβασμό για τον εαυτό του, γεγονός που υποδηλώνει διαστάσεις χαμηλότερης αυτοεκτίμησης στο δείγμα. Οι αναλυτικές κατανομές παρουσιάζονται στον Πίνακα 25.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (65%, $n=359$) των παιδιών που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ικανοποιητική αυτοεκτίμηση με βάση τις αυτό-αξιολογήσεις τους, ενώ το μικρότερο ποσοστό (10,5%, $n=58$) αξιολόγησαν τον εαυτό τους με χαμηλή αυτοεκτίμηση.

5.9.2 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Όσο αφορά την αυτοεκτίμηση και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, στατιστική σημαντική διαφορά φάνηκε στο φύλο. Συγκεκριμένα τα κορίτσια φάνηκε να σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά χαμηλής αυτοεκτίμησης (6,8%, $n=18$) συγκριτικά με τα αγόρια (13,8%, $n=40$) ($\chi^2=8,617$, $p=0,013$). Επιπρόσθετα, και ως προς την συνολική βαθμολογία σημείωσαν στατιστική διαφορά (Mann-Whitney U Test =33,830, $p=0,025$) ως προς την μέση κατάταξη τους (Mean Rank).

Επίσης, τα μικρότερα παιδιά (10-11 ετών) ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση (26,5%, $n=120$) σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα παιδιά ηλικίας 12-13 ετών (15,2%, $n=15$), διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2=6,633$, $p=0,036$). Δεν υπήρχε στατιστική σημαντική διαφορά στην συνολική βαθμολογία ως προς στην μέση κατάταξη τους ως προς την ηλικία (Mann-Whitney U Test =20,390, $p=0,125$) (Πίνακας 26).

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές όσο αφορά τα υπόλοιπα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 26).

Πίνακας 25: Κατανομή απαντήσεων των παιδιών στις δηλώσεις της Κλίμακας Αυτοεκτίμησης κατά βαθμό συμφωνίας

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Σύνολο Συμφωνίας	Σύνολο Διαφωνίας
		n(%)					
1	Σε γενικές γραμμές, είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	9(1,6)	47(8,5)	271(49,1)	225(40,8)	56(10,4)	452(89,6)
2	Κατά καιρούς, νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός	24(4,3)	141(25,5)	215(38,9)	172(31,2)	165(29,8)	387(70,2)
3	Νιώθω ότι έχω πολλές καλές ιδιότητες	14(2,5)	48(8,7)	267(48,4)	223(40,4)	62(11,2)	490(88,8)
4	Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα, όπως και οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι	14(2,5)	43(7,8)	233(42,2)	262(47,5)	57(10,3)	485(89,7)
5	Αισθάνομαι ότι έχω κάποιο λόγο για να είμαι υπερήφανο	20(3,6)	73(13,2)	235(42,5)	224(40,6)	93(16,8)	459(83,2)
6	Πραγματικά αισθάνομαι άχρηστος κατά καιρούς	35(6,3)	103(18,7)	148(26,8)	166(48,2)	138(25)	314(75)
7	Αισθάνομαι ότι είμαι άνθρωπος αξίας, τουλάχιστον το ίδιο με τα άλλα παιδιά	14(2,5)	54(9,8)	280(50,7)	204(37)	68(12)	484(88)
8	Μακάρι να μπορούσα να έχω περισσότερο σεβασμό για τον εαυτό μου	85(15,4)	197(35,7)	156(28,3)	114(20,7)	282(51,1)	270(48,9)
9	Συνολικά, έχω την τάση να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχία.	26(4,7)	83(15)	165(29,9)	278(50,4)	109(19,7)	443(80,3)
10	Παίρνω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου	16(2,9)	67(12,1)	252(45,7)	217(39,3)	83(15)	469(85)

Πίνακας 26: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Αυτοεκτίμηση			X ²	DF	P value
	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση n (%)	Υψηλή αυτοεκτίμηση			
Φύλο				8,617	2	0,013
<i>Αγόρι</i>	18(6,8)	184(70)	61(23,2)			
<i>Κορίτσι</i>	40(13,8)	175(60,6)	74(25,6)			
Ηλικία				6,633	2	0,036
<i>10-11</i>	49(10,8)	284(62,7)	120(26,5)			
<i>12-13</i>	9(9,1)	75(75,8)	15(15,2)			
*Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας				5,840	2	0,054
<i>ΟΧΙ</i>	50(10)	322(64,4)	128(25,6)			
<i>ΝΑΙ</i>	4(17,4)	18(78,3)	1(4,3)			
*Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας				2,686	2	0,261
<i>ΟΧΙ</i>	54(10,8)	324(64,5)	124(23,7)			
<i>ΝΑΙ</i>	0	16(76,2)	5(23,8)			
Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα				2,431	2	0,297
<i>ΟΧΙ</i>	54(10,5)	332(64,6)	128(24,9)			
<i>ΝΑΙ</i>	0	8(88,9)	1(11,1)			
Πόσα καλά μιλάτε Ελληνικά				1,307	2	0,520
<i>Καθόλου/Λίγο</i>	2(12,5)	12(75)	2(12,5)			
<i>Καλά/Πολύ καλά/Άριστα</i>	54(10,5)	330(64,5)	128(25)			
Τόπος διαμονής				11,193	4	0,024
<i>Αστική</i>	23(11,4)	123(63,9)	50(24,8)			
<i>Προάστια</i>	8(4,9)	106(65,4)	48(29,6)			
<i>Επαρχεία</i>	27(14,4)	124(66)	37(19,7)			

Πίνακας 26: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (συνέχεια)

	Αυτοεκτίμηση			X ²	DF	P value
	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση n (%)	Υψηλή αυτοεκτίμηση			
Επαρχεία				15,233	8	0,055
<i>Λευκωσία</i>	21(10,4)	133(66,2)	47(23,4)			
<i>Λεμεσός</i>	22(8,8)	155(61,8)	74(29,5)			
<i>Λάρνακα</i>	11(17,2)	48(75)	5(7,8)			
<i>Αμμόχωστος</i>	2(11,8)	10(58,8)	5(29,4)			
<i>Πάφος</i>	2(10,5)	13(68,4)	4(3)			
Εθνικότητα Πατέρα				10,982	4	0,027
<i>Κυπριακή</i>	48(10,1)	301(63,2)	127(26,7)			
<i>Ελληνική</i>	5(17,9)	19(67,9)	4(14,3)			
<i>Άλλη Εθνικότητα</i>	5(10,4)	39(81,2)	4(8,3)			
Εθνικότητα Μητέρας				7,705	4	0,103
<i>Κυπριακή</i>	44(10,3)	274(64)	110(25,7)			
<i>Ελληνική</i>	3(13)	11(47,8)	9(39,1)			
<i>Άλλη Εθνικότητα</i>	11(10,9)	74(73,3)	16(15,8)			
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα				7,685	4	0,104
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	6(14,6)	30(73,2)	5(12,2)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	24(9,3)	159(61,6)	75(29,1)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	28(11,1)	170(67,2)	55(21,7)			
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας						
<i>Δημοτικό/Γυμνάσιο</i>	3(13)	17(73,9)	3(13)			
<i>Λύκειο/Τεχνική σχολή</i>	33(8,8)	236(63,1)	105(28,1)			
<i>Πανεπιστήμιο/Κολλέγιο</i>	22(14,2)	106(68,4)	27(17,4)			
Οικογενειακή Κατάσταση				3,339	4	0,503
<i>Παντρεμένοι</i>	50(10,3)	312(64,3)	123(25,4)			
<i>Χωρισμένοι</i>	8(13,1)	43(70,5)	10(16,4)			
<i>Χήρος/α</i>	0	4(66,7)	2(33,3)			

Πίνακας 26: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (συνέχεια)

	Αυτοεκτίμηση			X ²	DF	P value
	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση n (%)	Υψηλή αυτοεκτίμηση			
Αριθμός Παιδιών στην Οικογένεια				0,416	4	0,981
1	2(10,5)	13(68,4)	4(21,1)			
2	49(10,4)	303(64,6)	117(24,9)			
≥3	7(10,9)	43(67,2)	14(21,9)			
Οικογενειακό εισόδημα				17,219	6	0,009
0- 19500	14(12,4)	84(74,3)	15(13,3)			
19501- 39500	16(11,7)	90(65,7)	31(22,6)			
39501- 49000	17(11,8)	92(63,9)	35(24,3)			
≥49001	11(7)	93(58,9)	54(34,2)			
Ηλικία Πατέρα				12,297	4	0,015
26-39	18(19,8)	53(58,2)	21(7,2)			
40- 43	19(112,2)	112(66,3)	194(66,4)			
≥44	21(7,2)	38(22,5)	77(26,4)			
Ηλικία Μητέρας				6,917	4	0,140
26-39	24(13,9)	114(65,9)	9(6)			
40- 43	25(10,9)	145(63,3)	100(66,7)			
≥44	9(6)	59(25,8)	41(27,3)			

5.9.3 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Το 55,2% (n=32) των παιδιών που αυτό-αξιολογήθηκαν ότι είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα με στατιστική σημαντική διαφορά από τα παιδιά που είχαν ικανοποιητική αυτοεκτίμηση (12%, n=43) ή και υψηλή αυτοεκτίμηση που το ποσοστό με καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν στο 3% (n=3) ($\chi^2=94.737$, $p<0.001$). (Πίνακας 27).

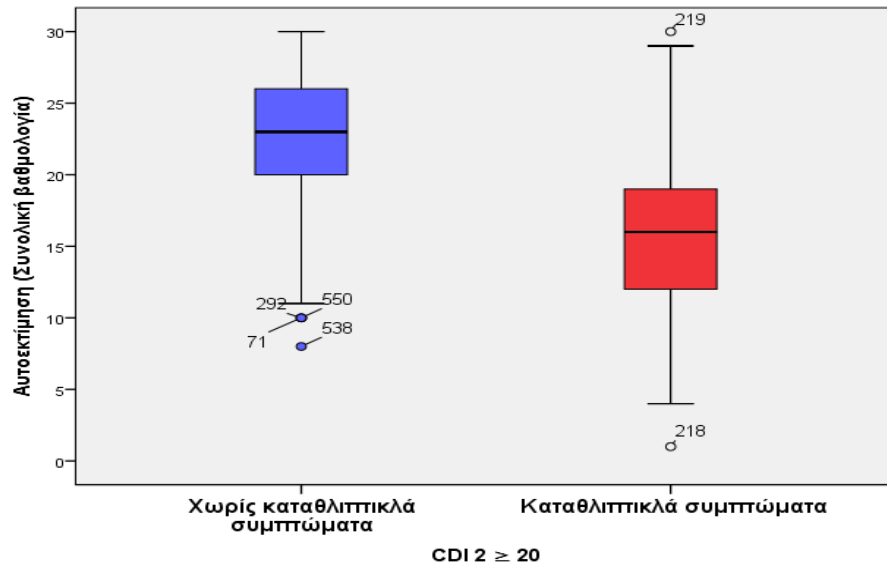
Πίνακας 27 : Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (CDI2≥20)

	0-19	≥20	Σύνολο	X ²	P value	Spearman Correlation
	n (%)					
				94,737	<0,001	-0,336
Χαμηλή αυτοεκτίμηση	26(44,8)	32(55,2)	58(100)			
Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση	316(88)	43(12)	359(100)			
Υψηλή αυτό εκτίμηση	131(97)	4(3)	135(100)			
			552(100)			

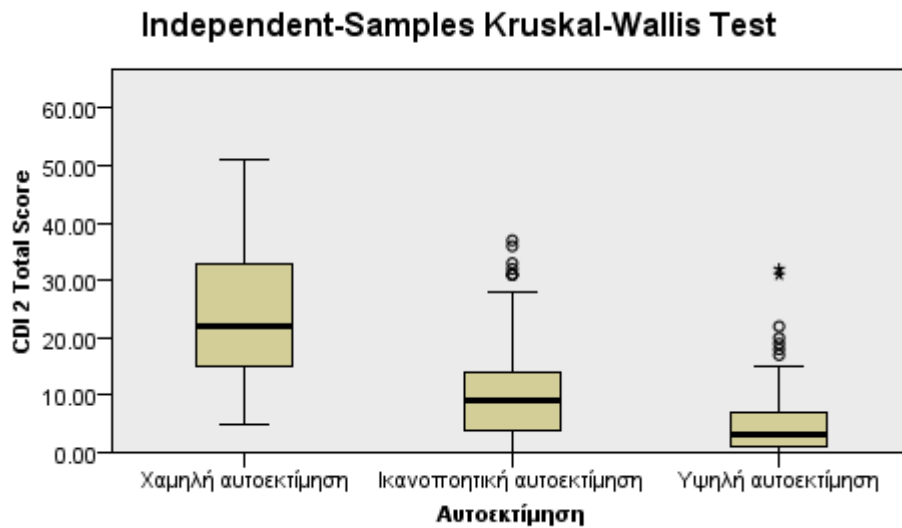
Επίσης, ο βαθμός αυτοεκτίμησης συσχετίστηκε αρνητικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα $r_s = -0.336$, δηλαδή, όσο πιο υψηλή ήταν η αυτοεκτίμηση στα παιδιά τόσο πιο χαμηλή ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Γράφημα 8), και αντίστροφα (Γράφημα 9).

Για να εξετάσουμε και τις διαφορές των υπό-ομάδων της αυτοεκτίμησης ως προς την κατάταξη τους στην συνολική βαθμολογία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων πραγματοποιήθηκε η μη παραμετρική διαδικασία Kruskal Wallis Test post hoc. Η μεγαλύτερη στατιστική σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ της χαμηλής και της υψηλής αυτοεκτίμησης (306.102), $H(2)=154,535, p<0.001$. (Διάγραμμα 3).

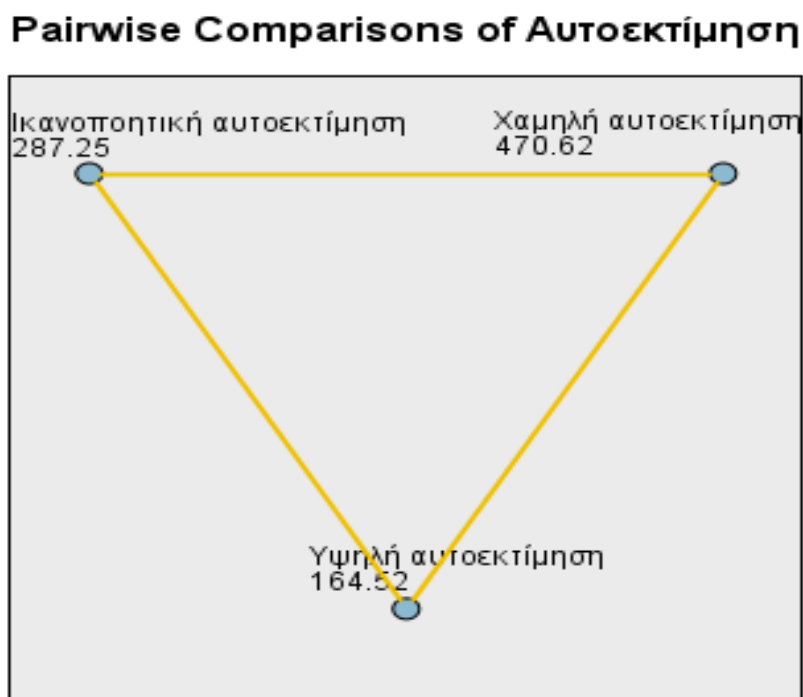
Γράφημα 8: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων



Γράφημα 9: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και συνολικής βαθμολογία της κλίμακας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Kruskal-Wallis test)



Διάγραμμα 3: Συσχέτιση υποομάδων αυτοεκτίμησης και συνολικής βαθμολογία της κλίμακας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Kruskal-Wallis test post hoc)



5.9.4 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σχολικού εκφοβισμού

Στατιστική σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των παιδιών που εμπλάκηκαν σε σχολικό εκφοβισμό είτε ως Δέκτες, είτε ως Εκφοβιστές-Δέκτες την ίδια χρονική περίοδο, σε σχέση με την αυτοεκτίμηση τους. Παρόλα αυτά η μεγαλύτερη διαφορά σημειώθηκε στα Δέκτες με το μεγαλύτερο ποσοστό τους να αξιολογούν τον εαυτό τους με χαμηλή αυτοεκτίμηση με ποσοστό 44,7% (n=26) σε σχέση με τα παιδιά που είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση και ήταν Δέκτες, το ποσοστό τους ήταν στο 11,1%(n=15) ($\chi^2=25,510, p<0,001$)(Πίνακας 27). Επίσης, τα παιδιά που εκφόβησαν και εκφοβίστηκαν παρουσίασαν με στατιστική σημαντική διαφορά πιο χαμηλή αυτοεκτίμηση. Πιο συγκεκριμένα, το 22,4%(n=13) των παιδιών αυτών, παρουσίασαν χαμηλή αυτοεκτίμηση συγκριτικά με τα παιδιά που είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση, εκφόβησαν και εκφοβίστηκαν, με το ποσοστό τους να φτάνει μόλις το 4,4%(n=6) ($\chi^2=13,712, p=0,001$)(Πίνακας 28).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά στους Εκφοβιστές και την αυτοεκτίμηση($p \geq 0,05$)(Πίνακας 28).

Η πιο δυνατή αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε στα παιδιά με ικανοποιητική αυτοεκτίμηση και τους Δέκτες με $r = -0,215$.

Πίνακας 28: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σχολικού εκφοβισμού

	Εκφοβιστές		χ^2	P	Δέκτες		χ^2	P
	Ποτέ	Εκφοβιστές			Ποτέ	Εκφοβιστές		
	n (%)				n (%)			
Χαμηλή αυτοεκτίμηση	56 (96,6)	2(3,4)	0,118	0,948	32(55,2)	26(44,8)	26,51	<0,001
Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση	343 (95,5)	16 (4,5)			268(74,7)	91(25,3)		
Υψηλή αυτό εκτίμηση	130 (96,3)	5 (3,7)			120(88,9)	15(11,1)		

Εκφοβιστές $r = -0,05$ και για Δέκτες $r = -0,215$

Πίνακας 28: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης και σχολικού εκφοβισμού (Εκφοβιστές-Δέκτες)

	Εκφοβιστές-Δέκτες		χ^2	P	r
	Ποτέ	Εκφοβιστές-Δέκτες			
	n (%)				
Χαμηλή αυτοεκτίμηση	45(77,6)	13(22,4)	13,712	0,001	-0,155
Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση	316(88)	43(12)			
Υψηλή αυτό εκτίμηση	129(95,6)	6(4,4)			

5.9.5 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αυτό-αναφορές)

Όσο αφορά τη συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών όπως αυτά αξιολόγησαν τον εαυτό τους, στατιστικές σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε όλες τις υποκλίμακες καθώς και στην συνολική βαθμολογία, έκτος τις θετικής συμπεριφοράς ($p=0.098$). Στην συνολική βαθμολογία, το 44,8% ($n=26$) των παιδιών που αξιολόγησαν το εαυτό τους ότι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανήκαν στο οριακά κλινικό/κλινικό φάσμα σε σχέση με το 6,7% ($n=24$) των παιδιών που ήταν ικανοποιητική η αυτοεκτίμηση τους και ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό, ενώ δεν υπήρχε κανένα παιδί με υψηλή αυτοεκτίμηση στο φάσμα του οριακά κλινικό./κλινικό ($\chi^2=105,987$, $p<0,001$). (Πίνακας 29).

Στις συναισθηματικές δυσκολίες παρατηρήθηκε η πιο μεγάλη στατιστική σημαντική διαφορά με το 39,7% ($n=23$) των παιδιών που είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση να είναι στο οριακά κλινικό/κλινικό σε σχέση με τα παιδιά που ήταν ικανοποιητική (7%, $n=25$) ή υψηλή (2,2%, $n=3$) η αυτοεκτίμηση τους και ανήκαν στο οριακά κλινικό/κλινικό ($\chi^2=74,132$, $p<0,001$). Η πιο μικρή διαφορά σημειώθηκε στα παιδιά με υπερκινητικότητα/διάσπαση της προσοχής με το 19% ($n=11$) των παιδιών με χαμηλή αυτοεκτίμηση να ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό φάσμα σε σχέση με τα παιδιά που ήταν ικανοποιητική (7%, $n=25$) ή υψηλή (1,5%, $n=2$) αυτοεκτίμηση τους και ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό ($\chi^2=19,357$, $p<0,001$). (Πίνακας 29).

Επίσης, η πιο δυνατή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και των δυνατοτήτων και δυσκολιών σημειώθηκε στην συνολική βαθμολογία και στην υπερκινητικότητα /διάσπαση της προσοχής με $r_s = -0.346$, ακολουθώντας τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους με $r_s = -0,292$, ενώ η πιο αδύνατη αρνητική συσχέτιση με στατιστική διαφορά ήταν τα προβλήματα επικοινωνίας $r_{ho} = 0,199$ (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και δυσκολίες(αυτό-αναφορές)

		Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση	Υψηλή αυτοεκτίμηση	X ²	r
		n (%)	n (%)	n (%)		
<u>Αυτό-αναφορές</u>						
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	32(55,2)	335(93,3)	135(100)	105,987	-0,346
	Οριακό/ κλινικό	26(44,8)	24(6,7)	0		
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	35(60,3)	334(93)	132(97,8)	74,132	-0,281
	Οριακό/ κλινικό	23(39,7)	25(7)	3(2,2)		
Προβλήματα επικοινωνίας	Φυσιολογικό	35(60,3)	295(82,2)	123(91,1)	26,100	-0,199
	Οριακό/ κλινικό	23(39,7)	64(17,8)	99(17,9)		
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	47(81)	334(93)	133(98,5)	19,357	-0,346
	Οριακό/ κλινικό	11(19)	25(7)	2(1,5)		
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	36(62,1)	329(91,6)	134(99,3)	66,483	-0,292
	Οριακό/ κλινικό	22(37,9)	30(8,4)	1(0,7)		
Θετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	51(87,9)	334(93)	130(96,3)	4,62	-0,089
	Οριακό/ κλινικό	7(12,1)	25(7)	5(3,7)		

*Για την συνολική βαθμολογία της κλίμακας SDQ και όλες τις υποκλίμακες P<0,001 εκτός από την θετική συμπεριφορά όπου p=0,079

5.9.6 Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες (αναφορές γονέων)

Στατιστικές σημαντικές διαφορές σημειώθηκαν και από τις αναφορές των γονέων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες σε σχέση με την αυτοεκτίμηση των παιδιών τους. Εντούτοις, με πολύ πιο μικρές διαφορές στα ποσοστά των υποομάδων και πιο αδύνατες συσχετίσεις.

Η μεγαλύτερη διαφορά παρατηρήθηκε στις συναισθηματικές δυσκολίες και όχι στην συνολική βαθμολογία όπως ήταν από στις αναφορές των παιδιών, με ποσοστό 34,5% (n=20) των παιδιών που είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση να ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό φάσμα σε σχέση με το 16,7% (n=60) που είχαν ικανοποιητική ή υψηλή αυτοεκτίμηση με ποσοστό 14,1% (n=19) και ήταν στο οριακά κλινικό/κλινικό φάσμα ($\chi^2=12.522$, $p=0.002$)(Πίνακας 30).

Δεν σημειώθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές στην υπερκινητικότητα/ διάσπαση της προσοχής ($p=0,200$) και στην θετική συμπεριφορά ($p=0,700$), ενώ σε όλες τις συσχετίσεις δεν φάνηκε να υπήρχε κάποια δυνατή αρνητική συσχέτιση.(Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Συσχέτιση αυτοεκτίμησης με τις δυνατότητες και δυσκολίες (αναφορές γονέων)

		Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση	Υψηλή αυτοεκτίμηση	χ^2	r
		n (%)	n (%)	n (%)		
<u>Αναφορές γονέων</u>						
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	48(82,8)	324(90,3)	130(96,3)	9,622	-0,131
	Οριακό/ κλινικό	10(17,2)	35(9,7)	5(3,7)		
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	38(65,5)	299(89,3)	116(85,9)	12,522	-0,116
	Οριακό/ κλινικό	20(34,5)	60(16,7)	19(14,1)		
Προβλήματα διαταραχής διαγωγής	Φυσιολογικό	39(67,2)	296(82,5)	118(87,4)	11,314	-0,126
	Οριακό/ κλινικό	19(32,8)	63(17,5)	17(12,6)		
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	52(89,7)	335(93,3)	130(96,3)	3,218	-0,076
	Οριακό/ κλινικό	6(10,3)	24(6,7)	35(6,3)		
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	42(72,4)	312(27,6)	119(88,1)	9,436	-0,094
	Οριακό/ κλινικό	16(27,6)	47(13,1)	16(11,9)		
Θετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	50(86,2)	309(86,1)	120(88,9)	0,696	-0,031
	Οριακό/ κλινικό	8(13,8)	50(13,9)	15(11,1)		

* Για την συνολική βαθμολογία της κλίμακας SDQ και όλες τις υποκλίμακες $P < 0,05$ εκτός από τη Υπερκινητικότητα/ διάσπασης της προσοχής και θετική συμπεριφορά όπου $P \geq 0,05$

5.10 Επίδραση της αυτοεκτίμησης στα καταθλιπτικά συμπτώματα και στον σχολικό εκφοβισμό

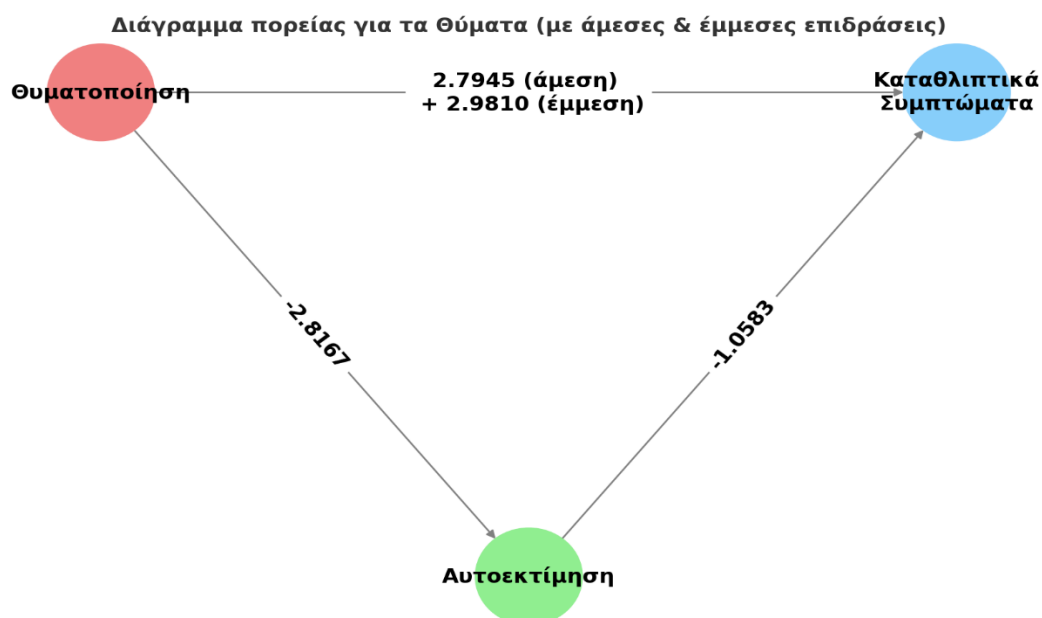
5.10.1 Η αυτοεκτίμηση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας (Mediator)

Θέλοντας να εξετάσουμε το ενδεχόμενο αν αυξομειώνονται τα καταθλιπτικά συμπτώματα μέσω της αυτοεκτίμησης, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση παλινδρόμησης Hayes process

Στη διαδικασία ανάλυσης εξετάσαμε το ενδεχόμενο άμεσης επίδρασης της ανεξάρτητης μεταβλητής (σχολικός εκφοβισμός) στην εξαρτημένη μεταβλητή (καταθλιπτικά συμπτώματα) και κατά πόσο η εξαρτημένη μεταβλητή μπορεί να έχει έμμεση επίδραση στην εξαρτημένη μέσω της αυτοεκτίμησης.

Συγκεκριμένα, τα παιδιά που εκφοβίστηκαν φάνηκε να είχαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση ($B = -2.8167, p < .001$) και η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέθηκε με υψηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ($B = -1.0583, p < .001$). Επιπλέον, η θυματοποίηση είχε άμεση θετική επίδραση στα καταθλιπτικά συμπτώματα ($B = 2.7945, p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι τα θύματα του σχολικού εκφοβισμού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ακόμα και χωρίς την επίδραση της αυτοεκτίμησης. Ταυτόχρονα, παρατηρείται σημαντική έμμεση επίδραση μέσω της αυτοεκτίμησης ($B = 2.9810, \text{Boot } 95\% \text{ CI } [1.8405, 4.2186]$), γεγονός που καταδεικνύει ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση διαμεσολαβεί σε μεγάλο βαθμό στην σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και κατάθλιψης. (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Αυτοεκτίμηση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας (mediator) μεταξύ Δέκτων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων

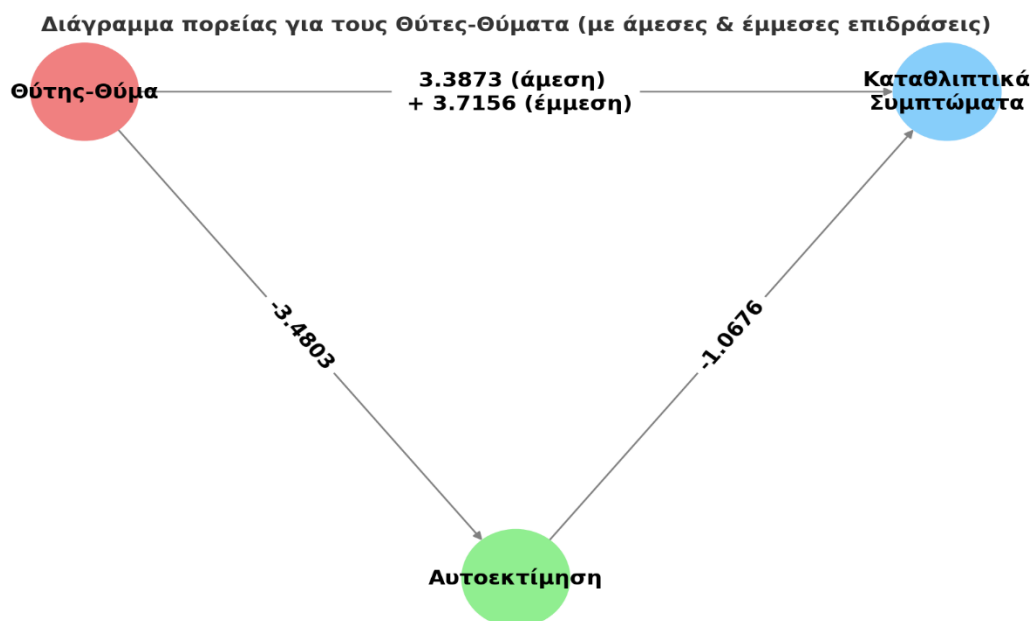


Ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων φάνηκε να διατρέχουν τα παιδιά που για το ίδιο χρονικό διάστημα εκφόβησαν και εκφοβίστηκαν. Ειδικότερα, η συνολική επίδραση των παιδιών αυτών στα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν μεγαλύτερη ($B = 7.1029$) σε σύγκριση με τη συνολική επίδραση των παιδιών που μόνο εκφοβίστηκαν ($B = 5.7755$). Επίσης, τα παιδιά που εκφόβησαν και εκφοβίστηκαν των ίδιο χρονικό διάστημα είχαν σημαντικά χαμηλότερη αυτοεκτίμηση ($B = -3.4803$, $p < .001$). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, με τη σειρά της, συνδέεται με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα ($B = -1.0676$, $p < .001$). Η άμεση επίδραση του ρόλου του θύτη-θύματος στα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι θετική και στατιστικά σημαντική ($B = 3.3873$, $p = .0005$), γεγονός που σημαίνει ότι ανεξάρτητα από την αυτοεκτίμηση, τα παιδιά που είναι θύτες και θύματα ταυτόχρονα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Επιπλέον, υπάρχει και σημαντική έμμεση επίδραση μέσω της αυτοεκτίμησης ($B = 3.7156$, Boot 95% CI [2.2146, 5.3204]), υποδηλώνοντας ότι ένα μεγάλο μέρος της σχέσης μεταξύ του ρόλου του θύτη-θύματος και της κατάθλιψης εξηγείται από τη χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Διάγραμμα 6).

Όσο αφορά τους συμμετέχοντες που εκφόβησαν δεν φάνηκε στατιστική σημαντική διαφορά είτε στην συνολική ($B = 2.0061$, $p = 0,3062$), είτε στην άμεση ($B = 1.8069$, $p = ,2330$) ή έμμεση επίδραση ($B = 0.1993$, Boot 95% CI [-1.8983, 2.2563]) με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Διάγραμμα 6: Αυτοεκτίμηση ως διαμεσολαβητικός παράγοντας (mediator) μεταξύ των Εφοβιστών-Δέκτων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων



5.10.2 Η αυτοεκτίμηση ως μετριαστικός παράγοντας (Moderator)

Αφού διαπιστώθηκε ότι η αυτοεκτίμηση διαμεσολαβεί στην αύξηση ή τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, πραγματοποιήθηκε η ίδια στατιστική ανάλυση (παλινδρόμηση με τη μέθοδο Hayes Process), εισάγοντας τον όρο «αλληλεπίδραση» και εξετάζοντας την αυτοεκτίμηση ως ρυθμιστικό παράγοντα (moderator). Στόχος ήταν να διερευνηθεί σε ποιες περιπτώσεις η αυτοεκτίμηση λειτουργεί ως ρυθμιστής στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, δηλαδή πώς επηρεάζει τη δύναμη και την κατεύθυνση αυτής της σχέσης.

Στατιστική σημαντική διαφορά όμως σε αυτή την περίπτωση παρατηρήθηκε μόνο στη σχέση μεταξύ θυματοποίησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Πίνακας 32).

Πιο συγκεκριμένα φάνηκε η αλληλεπίδραση της αυτοεκτίμηση με τη θυματοποίηση επηρεάζει την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα η χαμηλή αυτοεκτίμηση είχε το πιο μεγάλο μέγεθος επίδραση και συγκεκριμένα στο 16 της κλίμακας της αυτοεκτίμησης το E.S ήταν 4,1329 (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Συνθήκες αλληλεπίδρασης της αυτοεκτίμησης και των Δεκτών σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα

Αυτοεκτίμηση	Επίδραση (Effect size)	T.Σ	t	p	LLCI	ULCI
16	4,1329	0,89	4,622	< 0,01	2,376	5,889
22	2,1685	0,75	2,859	0,044	0,678	3,658
27	0,5318	1,15	0,4603	0,645	-1,736	2,799

T.Σ:Τυπικό σφάλμα, LLCI: Lower Limit Confidence Interval, ULCI :Upper Limit Confidence Interval

Πίνακας 92: Αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοεκτίμησης και θύματα σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μοντέλο 2)

Παράγοντας	Συντελεστής (Coefficient)	T.Σ	t	p	LLCI	ULCI
Σταθερά	30,41	1,54	19,74	< 0,01	27,39	33,44
Δέκτες	9,37	2,73	3,44	< 0,01	4,01	14,73
Αυτοεκτίμηση	-0,97	0,07	-14,31	< 0,01	-1,11	-0,84
Αλληλεπίδραση	-0,33	0,13	-2,50	0,012	-0,58	-0,07

T.Σ:Τυπικό σφάλμα, LLCI: Lower Limit Confidence Interval, ULCI :Upper Limit Confidence Interval

Αντίθετα, στις άλλες δύο περιπτώσεις δεν φάνηκε να παρουσιάζετε η αλληλεπίδραση της αυτοεκτίμησης ως τροποποιητικός παράγοντας για τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Πίνακας 33 και Πίνακας 34).

Πίνακας 33: Αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοεκτίμησης και Εκφοβιστών σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μοντέλο 1)

Παράγοντας	Συντελεστής (Coefficient)	T.Σ	t	p	LLCI	ULCI
Σταθερά	34,03	1,29	26,36	< 0,01	31,5	36,57
Εκφοβιστές	2,52	7,60	0,33	0,74	-12,4	17,43
Αυτοεκτίμηση	-1,09	0,06	-19,00	< 0,01	-1,22	-0,99
Αλληλεπίδραση	-0,03	0,35	-0,09	0,92	-0,72	0,65

T.Σ:Τυπικό σφάλμα, LLCI: Lower Limit Confidence Interval, ULCI :Upper Limit Confidence Interval

Πίνακας 34: Αλληλεπίδραση μεταξύ αυτοεκτίμησης και Εκφοβιστών-Δέκτων σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Μοντέλο 1)

Προγνωστικός Παράγοντας	Συντελεστής (Coefficient)	T.Σ	t	p	LLCI	ULCI
Σταθερά	33.27	1,39	23,29	<0,001	29,555	34,99
Εκφοβιστές- Δέκτες	7,56	3.60	3,16	0,134	0,695	14,81
Αυτοεκτίμηση	-1,04	0,61	-16,87	<0,001	-1,16	-0,92
Αλληλεπίδραση	-0,23	0,18	-1,26	0,208	-0,59	0,13

T.Σ:Τυπικό σφάλμα, LLCI: Lower Limit Confidence Interval, ULCI :Upper Limit Confidence Interval

5.11 Αυτοτραυματισμός

5.11.1 Πρόθεση για αυτοτραυματισμό και συσχέτιση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα

Το 14,8 (n=79) είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους αλλά δεν το έχουν πράξει, ενώ το 3,6%(n=19) ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους.

Όσο αφορά τη συσχέτιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τα παιδιά που είχαν πρόθεση για αυτοτραυματισμό, φάνηκε να σημειώνουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκριμένα, το 48,1% (n=79) των παιδιών που σκέφτηκαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους αλλά δεν το έχουν κάνει και το 73% (n=14) των παιδιών που ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με το 6,2% (n=27) των παιδιών που δεν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους ($\chi^2=147,390$, $p<0,001$) και είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα(Πίνακας 35).

Πίνακας 35: Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με τα καταθλιπτικά συμπτώματα(n=534)

	0-19	≥20	Σύνολο	X ²	P value	Spearman Correlation
	n (%)					
Δεν έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου	409(93,8)	27(6,2)	436(81,6)	147,390	<0,001	0,519
Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά δεν το έχω κάνει	41(51,9)	38(48,1)	79(14,8)			
Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου	5(26,3)	14(73)	14(3,6)			
			534(100)			

Ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ πρόθεσης για αυτοτραυματισμό και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν $r_s=0.519$.

5.11.2 Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με το σχολικό εκφοβισμό

Η σκέψη ή η πρόθεση των παιδιών για αυτοτραυματισμό φάνηκε να συσχετίζεται περισσότερο με τα παιδιά που εκφοβίστηκαν ή για το ίδιο χρονικό διάστημα εκφόβησαν και εκφοβίστηκαν.

Τα παιδιά που είχαν υποστεί εκφοβισμό παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά σκέψεων ή πρόθεσης αυτοτραυματισμού. Συγκεκριμένα, το 28,6% (n=36) αυτών ανέφεραν ότι είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους, χωρίς όμως να το έχουν πράξει, ενώ το 4% (n=5) δήλωσαν ότι ήθελαν να αυτοτραυματιστούν, έχοντας δεχτεί εκφοβιστική συμπεριφορά τουλάχιστον 2-3 φορές τους τελευταίους δύο μήνες. Αντίθετα, στα παιδιά που είτε δεν είχαν δεχτεί ποτέ εκφοβισμό είτε είχαν δεχτεί μόνο 1-2 φορές, τα ποσοστά ήταν σημαντικά χαμηλότερα, με το 10,5% (n=43) να αναφέρουν σκέψεις αυτοτραυματισμού και το 3,4% (n=14) πρόθεση να βλάψουν τον εαυτό τους ($\chi^2=25,303$, $p<0,001$). (Πίνακας 36).

Επιπλέον, τα παιδιά που ήταν Εκφοβιστές-Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα και είχαν σκεφτεί (27,9%, n=17) ή ήθελα να κάνουν κακό στον εαυτό τους (6,6%, n=4) φάνηκε να σημειώνουν στατιστική σημαντική διαφορά ($\chi^2=11,153$, $p=0.003$) συγκριτικά με τα παιδιά που δεν ήταν Εκφοβιστές-Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα αλλά είχαν σκεφτεί (13,1%, n=62) ή ήθελα να κάνουν κακό στον εαυτό τους (3,2%, n=15). (Πίνακας 36).

Δεν παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των παιδιών που εκφόβησαν και της σκέψη ή την πρόθεση για αυτοτραυματισμό. ($p=0,574$). (Πίνακας 36).

Η πιο δυνατή συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης των συμμετεχόντων για αυτοτραυματισμό και του σχολικού εκφοβισμού φάνηκε να ήταν με τα Δέκτες με $\rho=0,213$. (Πίνακας 36).

Πίνακας 36: Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με το σχολικό εκφοβισμό(n=534)

	Δεν έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου	Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά δεν το έχω κάνει	Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου	χ^2	P value	Spearman Correlation
	n (%)					
Εκφοβιστές				1,567*	0,574*	0,042
Ποτέ/1-2 φορές	419(82)	74(14,5)	18(3,5)			
Τουλάχιστον 2-3 φορές	17(73,9)	5(21,7)	1(4,3)			
Δέκτες				25,303	<0,001	0,213
Ποτέ/1-2 φορές	351(86)	43(10,5)	14(3,4)			
Τουλάχιστον 2-3 φορές	85(67,5)	36(28,6)	5(4)			
Εκφοβιστές- Δέκτες				11,153*	0,003*	0,148
Ποτέ/1-2 φορές	396(83,7)	62(13,1)	15(3,2)			
Τουλάχιστον 2-3 φορές	40(65,6)	17(27,9)	4(6,6)			

* Fisher's Exact Test και Monte Carlo

5.11.3 Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και τις δυσκολίες(αυτό-αναφορές)

Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των δυνατοτήτων και δυσκολιών και της πρόθεσης για αυτοτραυματισμό, παρατηρήθηκε στην συνολική βαθμολογία. Το 30,4%(n=24) των παιδιών που σκέφτηκαν να κάνουν κακό στο εαυτό τους αλλά δεν το έχουν κάνει και το 36,8% (n=7) των παιδιών που ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους, ήταν στο οριακά κλινικό /κλινικό σε σχέση με τα παιδιά που δεν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους και ήταν στο οριακά κλινικό/ κλινικό φάσμα (4,4%, n=19) ($\chi^2=70,893$, $p<0,001$), ενώ την μικρότερη διάφορα σημείωσαν τα παιδιά με περισσότερη θετική συμπεριφορά με τα παιδιά που είχαν σκεφτεί (15,2%, n=12) ή ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους (15,8%, n=3), σε σχέση με τα παιδιά που δεν σκέφτηκαν να κάνουν κακό στο εαυτό τους και ήταν στο οριακά κλινικό/ κλινικό (4,8%, n=21) ($\chi^2=14,012$, $p=0,001$)(Πίνακας 37).

Επίσης, η μεγαλύτερη συσχέτιση της πρόθεσης για αυτοτραυματισμό και των δυνατοτήτων και δυσκολιών παρατηρήθηκε στην συνολική βαθμολογία με $r_{ho} = 0,364$ και η συναισθηματικές δυσκολίες με $r_s = 0,262$, ενώ την μικρότερη συσχέτιση η θετική συμπεριφορά με $r_{ho} = 0,162$.

Πίνακας 37: Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με τις δυνατότητες και δυσκολίες (n=534)

		Δεν έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου	Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά δεν το έχω κάνει	Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου	X ²	P	r
		n (%)	n (%)	n (%)			
<u>Αυτοαναφορές</u>							
Συνολική βαθμολογία	Φυσιολογικό	417(95,6)	55(69,6)	12(63,2)	70,893	<0,001	0,364
	Οριακό/κλινικό	19(4,4)	24(30,4)	7(36,8)			
Συναισθηματικές δυσκολίες	Φυσιολογικό	411(94,3)	59(74,7)	14(73,7)	36,893	<0,001	0,262
	Οριακό/κλινικό	25(5,7)	20(25,3)	5(26,3)			
Προβλήματα διαταραχής διαγωγής	Φυσιολογικό	374(85,8)	47(59,5)	14(73,7)	31,389	<0,001	0,229
	Οριακό/κλινικό	62(14,2)	32(40,5)	5(26,3)			
Υπερκινητικότητα/ Διάσπαση της προσοχής	Φυσιολογικό	415(95,2)	67(84,8)	15(78,9)	17,254	<0,001	0,178
	Οριακό/κλινικό	21(4,8)	12(15,2)	4(21,1)			
Προβλήματα με τους συνομήλικους	Φυσιολογικό	405(92,9)	62(78,5)	16(84,2)	16,962	<0,001	0,172
	Οριακό/κλινικό	31(7,1)	17(21,5)	3(15,8)			

Θετική συμπεριφορά	Φυσιολογικό	415(95,2)	67(84,8)	16(84,2)	14,012	0,001	0,162
	Οριακό/κλινικό	21(4,8)	12(15,2)	3(15,8)			

5.11.4 Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με τη αυτοεκτίμηση

Όσο αφορά την αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων και την πρόθεση για αυτοτραυματισμό, φάνηκε ότι, το 39,7% (n=23) και το 10,3%(n=6) των παιδιών που είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση σκέφτηκαν ή είχαν πρόθεση να κάνουν κακό στον εαυτό τους, αντίστοιχα, συγκριτικά με τα παιδιά που είχαν ικανοποιητική αυτοεκτίμηση και σκέφτηκαν(14,4%, n=50) ή ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό(2%,n=6) ή με τα παιδιά που είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση όπου τα ποσοστά των παιδιών που σκέφτηκαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους αλλά δεν το έχουν πράξει, ήταν πολύ πιο χαμηλά (4,7%,n=6) ή ήθελαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους (4,7%, n=7)($\chi^2=52,060$, $\rho=-0,236$, $p<0,001$) (Πίνακας 38).

Πίνακας 38 : Συσχέτιση πρόθεσης αυτοτραυματισμού με την αυτοεκτίμηση(n=534)

	Δεν έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου	Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά δεν το έχω κάνει n (%)	Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου	χ^2	P value	Spearman
Χαμηλή αυτοεκτίμηση	29 (50)	23(39,7)	6(10,3)	52,060	<0,001	-0,236
Ικανοποιητική αυτοεκτίμηση	290(83,6)	50(14,4)	6 (2)			
Υψηλή αυτοεκτίμηση	117(90,7)	6(4,7)	7(4,7)			

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Ερμηνεία / Σχολιασμός Αποτελεσμάτων

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εμπλοκής σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο. Ειδικότερα, η μελέτη εξέτασε τη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σκέψεων αυτοτραυματισμού στον συγκεκριμένο πληθυσμό, καθώς και τις πιθανές συσχετίσεις τους με την εμπλοκή σε σχολικό εκφοβισμό (είτε ως Δέκτες είτε ως Εκφοβιστές ή/και Δέκτες-Εκφοβιστές), αλλά και με δημογραφικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά. Επίσης, εντόπισε τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών που σχετίζονται με τη ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα, δηλαδή εντόπισε τα προβλήματα των παιδιών που αφορούσαν την κοινωνικοποίηση, τα συναισθηματικά προβλήματα, την υπερκινητικότητα/διάσπαση της προσοχής και τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους και τυχόν συσχετίσεις με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον σχολικό εκφοβισμό. Ακόμη, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει το βαθμό στον οποίο επηρεάζει η αυτοεκτίμηση των παιδιών στην σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και του σχολικού εκφοβισμού.

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι, τα κορίτσια, και παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, τα αγόρια έχουν περισσότερες πιθανότητες να προβούν σε εκφοβιστική συμπεριφορά, ενώ τα υπέρβαρα/παχύσαρκα αγόρια να υποστούν εκφοβισμό. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν Εκφοβιστές-Δέκτες.

Είτε Εκφοβιστές, είτε Δέκτες, είτε παιδιά που είναι και Εκφοβιστές-Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα διατρέχουν κίνδυνο για να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, με τα παιδιά που γίνονται Δέκτες να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να διαδραματίζει εν μέρη τον ρυθμιστικό ρόλο.

Παρ' όλα αυτά, και στις τρεις περιπτώσεις των παιδιών που εμπλέκονται στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να διαμεσολαβεί μεταξύ του φαινομένου και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Όσο αφορά την αυτοεκτίμηση τα κορίτσια και ηλικίες 12-13 ετών φάνηκε να έχουν πιο χαμηλή αυτοεκτίμηση συγκριτικά με του υπόλοιπους συμμετέχοντες. Ακόμη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση φάνηκε να συσχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και γενικά με τα παιδιά που αντιμετωπίζουν συνολικά δυσκολίες, όπως συναισθηματικές δυσκολίες, προβλήματα με του συνομήλικους τους, ΔΕΠΥ, προβλήματα επικοινωνίας καθώς και λιγότερο θετική συμπεριφορά.

Όσο αφορά τα παιδιά που σκέφτηκα ή εξέφρασαν την επιθυμία για αυτοτραυματισμό, ήταν περισσότερο τα παιδιά που σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα, είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αντιμετωπίζουν συνολικά δυσκολίες, κυρίως συναισθηματικές, καθώς και εμπλέκθηκαν με οποιοδήποτε τρόπο στο σχολικό εκφοβισμό, περισσότερο όμως ως Δέκτες.

6.1 Συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Σχεδόν ένα στους επτά συμμετέχοντες (14,3%) ηλικίας 10-13 ετών σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ο επιπολασμός των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους (12-17 ετών) κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όπως αναδεικνύεται από πρόσφατες μετά-αναλύσεις, κυμάνθηκε από 25,2% έως 31% (Racine et al.,2021, Deng et.al., 2022). Πριν από την πανδημία, τα ποσοστά των συμπτωμάτων παιδικής κατάθλιψης (MT=18,81±0,83)στις ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνονταν από 7,1% έως 19,4% (Balázs et al.,2012). Ωστόσο, η μεγάλη διακύμανση στα επίπεδα των συμπτωμάτων κατάθλιψης μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, η επίπτωση της κατάθλιψης τείνει να είναι υψηλότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-19 ετών από ό,τι μεταξύ των παιδιών ηλικίας 10-14 ετών (Hua et al.,2024).

Επιπλέον, διάφοροι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν τη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά. Ο συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ή την ανθεκτικότητα στην παιδική κατάθλιψη (Goodman, 2020, Lipsky et al., 2022). Το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο τρεις με πέντε φορές περισσότερο για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά (Van Dijk et al.,2021), ενώ οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, ενδέχεται να επηρεάζονται από τα κοινωνικό-πολιτισμικά περιβάλλοντα στα οποία ανήκουν τα άτομα (Flores et al.,2023, Vaughn-Coaxum et al., 2016), η οικονομική ύφεση

(Mostert et al.,2023, Golberstein et al.,2019) και η οικογενειακή λειτουργικότητα(family functioning) (Huang et al., 2022, Ng et al., 2017, Ziaian et al.,2023].

Ωστόσο, με βάση τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα για την Κύπρο σχετικά με τα συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα, ο επιπολασμός αναφέρθηκε στο 10,25% (Sokratous et al.,2017), υποδηλώνοντας έτσι μια αναμενόμενη αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Ludwig-Walz H. Et al., 2022)

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων επηρεάζεται τόσο από τα ατομικά όσο και από τα οικογενειακά χαρακτηριστικά των παιδιών. Όσο αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά υπήρξε διαφορά στο φύλο, με τα κορίτσια να παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων κατάθλιψης από τα αγόρια. Αυτό το εύρημα ευθυγραμμίζεται με τις ευρύτερες τάσεις που παρατηρούνται στη βιβλιογραφία, όπου οι γυναίκες συχνά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους άνδρες (Pedersen et al., 2023). Ομοίως, τα κορίτσια τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από ότι τα αγόρια (Sun et al.,2023, Yoon et al., 2023, Li et al., 2023). Αν και οι διαφορές των φύλων δεν είναι πλήρως κατανοητές, οι πιο πρώιμες παραλλαγές στα συμπτώματα κατάθλιψης παρατηρούνται μεταξύ των ηλικιών 12 και 14 ετών (Khesht-Masjedi et al., 2017). Επιπλέον, οι διαφορές φύλου μπορεί να εξηγηθούν από γενετικές διαφορές στη λειτουργία του εγκεφάλου μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Zhao et al.,2020) ή από την τάση των ατόμων, ιδιαίτερα των κοριτσιών, να αξιολογούν αρνητικά τη συμπεριφορά τους, η οποία έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης (Hards et al.,2023). Η διερεύνηση των υποκειμενικών λόγων αυτής της διαφοράς φύλου θα μπορούσε να προσφέρει πολύτιμες γνώσεις για την αιτιολογία και τις εκδηλώσεις της κατάθλιψης κατά την πρώιμη εφηβεία.

Επιπλέον, η μελέτη υπογραμμίζει την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων πτυχών της ψυχικής υγείας, αναδεικνύοντας ότι τα παιδιά με νευροαναπτυξιακές διαταραχές και ειδικότερα τα παιδιά με ΔΕΠΥ φάνηκε να είναι πιο επιρρεπή στο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της υιοθέτησης ολιστικών προσεγγίσεων για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν συνυπάρχουσες συνθήκες και λαμβάνουν υπόψη τις μοναδικές ανάγκες κάθε ατόμου. Εξάλλου, πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει την ΔΕΠΥ και τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Doering et al., 2023, Powell et al., 2020, Gustavson et al., 2021, Levy et al., 2020). Αυτή

η συσχέτιση θα μπορούσε να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στο σχολείο λόγω απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας. Τέτοιες προκλήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε απογοήτευση, αισθήματα ανεπάρκειας και αρνητική αυτοαντίληψη (Betancourt et al., 2024, Viesel-Nordmeyer et al., 2023). Με την πάροδο του χρόνου, οι συναισθηματικές αρνητικές εμπειρίες μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επιπλέον, η παρορμητική συμπεριφορά ή η δυσκολία συγκέντρωσης μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απόρριψη ή απομόνωση (Kang et al., 2024). Η εμπειρία της μοναξιάς και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Kang et al., 2024). Η ΔΕΠΥ συνδέεται συχνά με συναισθηματική δυσρύθμιση, καθώς τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή μπορεί να βιώνουν έντονα συναισθήματα, απότομες εναλλαγές διάθεσης και δυσκολία στη διαχείριση της απογοήτευσης (Hernandez et al., 2024). Αυτές οι συναισθηματικές διακυμάνσεις ενδέχεται να συμβάλλουν στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, είναι πιθανό να συνυπάρχουν συννοσηρότητες, όπως αγχώδεις διαταραχές ή εναντιωματική προκλητική διαταραχή (oppositional defiant disorder), οι οποίες αυξάνουν περαιτέρω τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (CDC, 2023; Cuffe et al., 2020).

Η ΔΕΠΥ εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο στα αγόρια και στα κορίτσια. Στα αγόρια κυριαρχεί η υπερκινητικότητα, ενώ στα κορίτσια συχνά παρατηρούνται λιγότερα προβλήματα διάσπασης προσοχής, αποδιοργάνωση, υπερβολική πίεση προς τον εαυτό τους ή έλλειψη κινήτρου και προσπάθειας (Young et al., 2020; Greven et al., 2018). Για τον λόγο αυτό, έχει παρατηρηθεί ότι η ΔΕΠΥ διαγιγνώσκεται λιγότερο συχνά στα κορίτσια. Η διαφοροποίηση αυτή ενδέχεται να επηρεάζει και την αντίληψη των γονέων σχετικά με την πιθανότητα το παιδί τους να έχει ΔΕΠΥ (Mowlem et al., 2019). Συγκεκριμένα, έχει τεκμηριωθεί ότι τα αγόρια εμφανίζουν συχνότερα εξωστρεφή και εμφανή συμπτώματα, όπως η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα, ενώ τα κορίτσια παρουσιάζουν κυρίως απροσεξία και εσωστρεφή συμπεριφορά, η οποία συχνά δεν αναγνωρίζεται ως προβληματική (Mowlem et al., 2019). Αυτή η διαφοροποίηση μπορεί να οδηγεί σε αυξημένη πιθανότητα διάγνωσης στα αγόρια, λόγω της μεγαλύτερης ορατότητας των συμπτωμάτων, ενώ στα κορίτσια η αναγνώριση μπορεί να καθυστερεί ή και να παραλείπεται. Ως εκ τούτου, οι αντιλήψεις των γονέων φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαφοροποίηση των ποσοστών διάγνωσης μεταξύ των φύλων.

Παρά ταύτα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στις ηλικιακές αυτές ομάδες η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη, καθώς ορισμένα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής και της ΔΕΠΥ συχνά συνυπάρχουν και ενδέχεται να επικαλύπτονται (Fraser et al., 2018; Angold et al., 1999). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-5, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή στα παιδιά μπορεί να εκδηλωθεί κυρίως με ευερέθιστη διάθεση, σύμπτωμα που συναντάται και σε παιδιά με ΔΕΠΥ (Cohen et al., 2023; Cuffe et al., 2020).

6.2 Συχνότητα σχολικού εκφοβισμού και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο σχολικός εκφοβισμός είναι ένα παγκόσμιο και πολύπλοκο φαινόμενο που έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών αφού, οι επιπτώσεις είναι τόσο βραχυπρόθεσμες όσο και μακροπρόθεσμες με τα ποσοστά ποικίλουν (Bettencourt et al., 2023, Lidberg, et al., 2023). Όσο αφορά τη συχνότητα του σχολικού εκφοβισμού, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι σχεδόν τέσσερα στα δέκα παιδιά (39,3%) που συμμετείχαν στην μελέτη είχαν εμπλακεί σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού, είτε ως Εκφοβιστές, είτε ως Δέκτες, είτε Εκφοβιστές-Δέκτες για τουλάχιστον δύο με τρεις φορές του τελευταίους δύο μήνες. Ποσοστά τα οποία είναι σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία αφού, όπου η συχνότητα του σχολικού εκφοβισμού φαίνεται να κυμαίνεται σε ένα ευρύ φάσμα. Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή του σχολικού εκφοβισμού, τα αποτελέσματα της διεθνούς έρευνας που αφορά τις συμπεριφορές υγείας έδειξαν ότι ο εκφοβισμός ήταν πιο διαδεδομένος στην Υποσαχάρια Αφρική (48%), στη Βόρεια Αφρική (43%) και στη Μέση Ανατολή (41%) ενώ ο επιπολασμός του εκφοβισμού στην Ευρώπη φαίνεται να ήταν χαμηλότερος (25%) (UNESCO, 2018).

Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, έδειξαν ότι το 4,2% των συμμετεχόντων προέβησαν μόνο σε εκφοβιστική συμπεριφορά τους τελευταίους δύο μήνες, ποσοστά που ταυτίζονται με δεδομένα από την τελευταία μελέτη συσχέτισης του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας. Η μελέτη αφορούσε συμπεριφορές υγείας σε παιδιά σχολικής ηλικίας 11 και 13 ετών, όπου για την Κύπρο το ποσοστό ήταν στο 4% και 7% στις αντίστοιχες ηλικίες, ενώ ο μέσος όρος για τις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν 6,1% για την ηλικία των 11 ετών και 6,8% για την ηλικία

των 13 ετών (HBSC,2023).Σε αντίθεση, διεθνώς ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 10%-31% (UNESCO,2019, Hymel, S. & Swearer, S.,2015).

Από την άλλη μεριά, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που ήταν Δέκτες στην παρούσα μελέτη είναι πολύ πιο υψηλά φτάνοντας το 23,9%, ενώ ο στις Ευρωπαϊκές χώρες τα ποσοστά κυμαίνονται από 6%-34% και για την Κύπρο 6%-10% (HBSC,2023), ενώ διεθνώς ο επιπολασμός βρίσκεται στο 32%(UNESCO,2019). Η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί σε πολλαπλούς παράγοντες. Πρώτον, στη μελέτη HBSC η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά ενώ στην παρούσα μελέτη τα δεδομένα συλλέχθηκαν με έντυπα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώθηκαν ανώνυμα και δια ζώσης, υπό την εποπτεία του ερευνητή. Η προσέγγιση αυτή ενδέχεται να ενίσχυσε την αίσθηση ασφάλειας και ειλικρίνειας κατά την απάντηση. Δεύτερον, υπάρχει διαφοροποίηση στο ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων, καθώς η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει παιδιά 10–13 ετών, ενώ η HBSC εστιάζει σε ηλικίες 11 και 13 ετών, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει τη συχνότητα των αναφορών. Τέλος, και ίσως πιο ουσιαστικά, στη δική μας μελέτη έγινε σαφής διαχωρισμός μεταξύ των ρόλων (Εκφοβιστής, Δέκτης, Εκφοβιστής-Δέκτης), επιτρέποντας την αποτύπωση του να είναι κάποιος μόνο Δέκτης , ενώ στη μελέτη HBSC, τα φαινόμενα αυτά καταγράφονται συνδυαστικά (“bullying involvement”), δηλαδή συμμετοχή στο φαινόμενο ανεξαρτήτως ρόλου. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της μεμονωμένης στοχοποίησης ή και σε συγχώνευση ρόλων, αλλοιώνοντας έτσι τη σύγκριση. Επομένως, το υψηλότερο ποσοστό των συμμετέχοντων που ήταν Δεκτες που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη ενδέχεται να αποτυπώνει με μεγαλύτερη ακρίβεια την εμπειρία των παιδιών, λαμβάνοντας υπόψη τη σαφή μεθοδολογική στόχευση και την ευαισθησία των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν.

Όσον αφορά τα παιδιά που εντοπίστηκαν ως Εκφοβιστές-Δέκτες κατά την ίδια χρονική περίοδο, στη παρούσα μελέτη καταγράφηκε ποσοστό 11,2%, το οποίο δεν αποτελεί το χαμηλότερο, όπως συμβαίνει στις περισσότερες διεθνείς μελέτες, όπου η συγκεκριμένη ομάδα παρουσιάζει συνήθως τα μικρότερα ποσοστά συμμετοχής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το ποσοστό των Εκφοβιστών-Δεκτών κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 2% και 7% (Shahrour et al., 2020· Kalogerakis et al., 2022).

Το μεγάλο εύρος του σχολικού εκφοβισμού που καταγράφεται ανά το παγκόσμιο φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικό, ξεκινώντας από την μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται σε κάθε έρευνα και το εύρος των ηλικιών που συμμετέχουν στις έρευνες

καθώς και οι στρατηγικές που εφαρμόζει κάθε χώρα για την μείωση του φαινομένου. Ο σχολικός εκφοβισμός εμφανίζει μια δυναμική που αλλάζει με την ηλικία, και τα ποσοστά του τείνουν να κορυφώνονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, ενώ σε άλλες, μειώνεται. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικίες μεταξύ 11 και 14 ετών είναι ιδιαίτερα κρίσιμες για την εμφάνιση του εκφοβισμού, με τα ποσοστά να κορυφώνονται κατά τη μετάβαση από το δημοτικό στο γυμνάσιο. Στη συνέχεια, καθώς οι μαθητές μεγαλώνουν, τα περιστατικά εκφοβισμού τείνουν να μειώνονται (López-Castro L. et al.,2023, Modecki et al., 2020).

Επιπλέον, άλλοι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με τον σχολικό εκφοβισμό είναι κάποια ατομικά χαρακτηριστικά των παιδιών, περιβαλλοντικοί (οικογένεια και σχολείο) και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Ghardallou M. et al.,2024, Katsantonis I. et al., 2024, Chow A. et al.,2022, Xu S. et al.,2020). Μέσα από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα αγόρια φάνηκε να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκφοβίσουν από ότι τα κορίτσια, αποτελέσματα που επιβεβαιώνονται και από την υπάρχουσα βιβλιογραφία (HBSC,2023, Smith, P. et al., 2019). Οι διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στον σχολικό εκφοβισμό έχουν βαθιές ρίζες στις κοινωνικές προσδοκίες και στα πρότυπα φύλου που διαμορφώνονται από νεαρή ηλικία. Τα κοινωνικά πρότυπα φύλου (gender norms) επιβάλλουν συγκεκριμένες συμπεριφορές σε αγόρια και κορίτσια, δημιουργώντας ένα πλαίσιο στο οποίο η μη συμμόρφωση με τα στερεότυπα μπορεί να οδηγήσει σε εκφοβισμό (Abdelrheem S. et al.,2024)

Ο εκφοβισμός συχνά χρησιμοποιείται ως μέσο επιβεβαίωσης της αρρενωπότητας και διατήρησης της κοινωνικής ιεραρχίας, ιδίως μεταξύ των αγοριών. Οι έφηβοι τείνουν να εσωτερικεύουν τα κοινωνικά πρότυπα που προάγουν την ηγεμονική αρρενωπότητα, όπου η επιθετικότητα θεωρείται αποδεκτός τρόπος επιβεβαίωσης εξουσίας (Malonda-Vidal. et al., 2021). Αυτό εξηγεί γιατί τα αγόρια εμπλέκονται συχνότερα σε φυσική επιθετικότητα, ενώ τα κορίτσια τείνουν να χρησιμοποιούν μορφές κοινωνικού εκφοβισμού, όπως ο αποκλεισμός και η διάδοση φημών (Hellström L. and Beckman L. J.,2019).

Η ανισότητα εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών σε κοινωνικό επίπεδο ενισχύει αυτές τις διαφορές. Οι κοινωνίες που προωθούν την ανισότητα των φύλων ενδέχεται να ενθαρρύνουν τις επιθετικές συμπεριφορές στα αγόρια και να επιβάλλουν στα κορίτσια υποτακτικούς ρόλους, γεγονός που οδηγεί σε διαφοροποιημένες μορφές εκφοβισμού (Cosma, A. et al., 2022). Επιπλέον, σε κοινωνίες με υψηλότερη έμφυλη ανισότητα, οι

διαφορές αυτές είναι πιο έντονες, καθώς τα παιδιά τείνουν να συμμορφώνονται με πιο αυστηρά στερεότυπα φύλου (Cosma, A. et al., 2022).

Συνολικά, η έμφυλη διάσταση του εκφοβισμού μπορεί να είναι αποτέλεσμα που διαμορφώνεται μέσα από τη διαδικασία κοινωνικοποίησης των παιδιών και τα ευρύτερα κοινωνικά πλαίσια, τα οποία καθορίζουν τις προσδοκίες και τα αποδεκτά πρότυπα συμπεριφοράς για κάθε φύλο. Η αντιμετώπιση του εκφοβισμού απαιτεί μια πιο ισότιμη κοινωνική προσέγγιση, η οποία θα αποδομεί τα στερεότυπα φύλου και θα προωθήει ένα ασφαλές περιβάλλον για όλους.

Όσο αφορά τα παιδιά που εκφοβίστηκαν, φάνηκε ότι τα υπέρβαρα και τα παχύσαρκα αγόρια έχουν περισσότερο από τις διπλάσιες πιθανότητες να εκφοβιστούν από ότι τα αγόρια με φυσιολογικό σωματικό βάρος, δεδομένα που υποστηρίζονται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Σε γενικές γραμμές μέσα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, τα παιδιά που είναι υπέρβαρα ή και παχύσαρκα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού, οποιασδήποτε μορφής ή κατάστασης (Gong Z., 2019, Carey et al., 2018, Rupp K. and McCoy, S., 2019, Cheng S. et. 2022). Η εμπλοκή στον σχολικό εκφοβισμό των υπέρβαρων ατόμων οφείλεται κυρίως στο κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με το βάρος, στις αρνητικές στερεοτυπικές αντιλήψεις και στην τάση των ανθρώπων να κατηγορούν τα ίδια τα υπέρβαρα άτομα για την κατάσταση τους (Tanas R. et al., 2022). Σύμφωνα με τη θεωρία της απόδοσης, οι υπέρβαροι θεωρούνται υπεύθυνοι για το βάρος τους, γεγονός που ενισχύει τη διαμόρφωση αρνητικών αντιλήψεων, όπως ότι είναι τεμπέληδες, απείθαρχοι και αδιάφοροι (Crandall, 1994) Οι προκαταλήψεις αυτές οδηγούν σε στίγμα που αφορά το βάρος, το οποίο συχνά εκδηλώνεται με τη μορφή σχολικού εκφοβισμού (Tanas R. et al., 2022). Επιπλέον, η κοινωνική απόρριψη που βιώνουν τα υπέρβαρα παιδιά μπορεί να επιδεινώσει την ψυχοκοινωνική τους κατάσταση, οδηγώντας σε χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα (Puhl R. et al., 2022). Ο σχολικός εκφοβισμός επιδεινώνει αυτές τις επιπτώσεις, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο διαταραχών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να συμβάλλουν σε περαιτέρω αύξηση βάρους και επιδείνωση της υγείας.

Επομένως, αναδεικνύεται σημαντική η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του σωματικού βάρους και του σχολικού εκφοβισμού, ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλες παρεμβάσεις που θα προάγουν την υγεία και την ευημερία των παιδιών και των εφήβων.

Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να γίνουν είτε Εκφοβιστές- Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα, αποτελέσματα που επιβεβαιώνονται από πολλές μελέτες (Abregú-Crespo R. et al., 2024, Ahmed G.K. et al., 2022, Murray A. et al., 2021). Συγκεκριμένα, μέσα από μελέτες, τα παιδιά με ΔΕΠΥ λόγω αυξημένης παρορμητικότητας συγκριτικά με άλλα παιδιά όχι μόνο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε εκφοβισμό, (Bong S et al., 2021) αλλά είναι και πιο επιρρεπή στο να γίνουν Δέκτες εκφοβιστικής συμπεριφοράς (Orengul, A. C. Et al., 2023, Liu T. et al., 2021). Επίσης, χαρακτηρίστηκα της ΔΕΠΥ όπως το έντονο δυσφορικό συναίσθημα στην απογοήτευση, η επιθετικότητα καθώς και οι μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες τους, αυξάνουν τις πιθανότητες τους για εμπλοκή στο σχολικό εκφοβισμό (Liu T. et al., 2021, Bong S et al., 2021, Cuba Bustinza, C. Et al., 2022).

Σε γενικές γραμμές μέσα από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι τα παιδιά με κάποιου είδους αναπηρία, έχουν πολύ πιο υψηλές πιθανότητες να εμπλακούν στον σχολικό εκφοβισμό (Gage N. et al., 2022, Malecki C. et al., 2020, Bear G. et al., 2015), όπως φαίνεται και σε πρόσφατες μετά-αναλύσεις καταδεικνύουν τα μεγάλα ποσοστά εμπλοκής των νέων με αυτισμό και ΔΕΠΥ σε σχολικό εκφοβισμό που φτάνει το 40% με 60% (Trundle G. et al., 2023, Park I. et al., 2020).

6.3 Καταθλιπτικά συμπτώματα και σχολικός εκφοβισμός

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι επιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού στην ψυχική υγεία και ιδιαίτερα στις διαταραχές διαθέσεις φαίνεται να είναι αδιαμφισβήτητη αφού οι πλείστες μελέτες δείχνουν την γραμμική συσχέτιση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Hill R. et al., 2107).

Στην παρούσα μελέτη στατιστική σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, τα πιο υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων σημειώθηκαν στα παιδιά που είχαν εκφοβιστεί ή προέβησαν σε εκφοβιστική συμπεριφορά και υπέστησαν εκφοβισμό το ίδιο χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά την ισχυρότερη συσχέτιση είχαν οι συμμετέχοντες που είχαν εκφοβιστεί και εκφοβιστεί το ίδιο χρονικό διάστημα, ευρήματα που είναι σε συμφωνία με πολλές μελέτες αφού γενικά η εμπλοκή στο φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού θεωρείται πλέον ένας παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην παιδική

και εφηβική ηλικία(Ye Z. Et al., 2023) ή και αντιστρόφως τα παιδιά με καταθλιπτικά συμπτώματα να εμπλακούν στο σχολικό εκφοβισμό. Συγκεκριμένα, σε πρόσφατες μετά-αναλύσεις (Ye Z. Et al., 2023, Zaen N. et al.,2022) φάνηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που ήταν Εκφοβιστές- Δέκτες το ίδιο χρονικό διάστημα να έχουν τριπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, χωρίς όμως να αποκλείονται και οι άλλες δύο κατηγορίες (Ye Z. Et al., 2023). Αυτή η συσχέτιση μπορεί να οφείλεται στα χαρακτηριστικά των παιδιών που εμπλέκονται στον εκφοβισμό. Πιο συγκεκριμένα οι Δέκτες έχουν δυσκολία στην ρύθμιση των συναισθημάτων τους, θεωρούνται πιο ευάλωτοι και με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που πολλές φορές μπορεί να τους οδηγήσει στον αυτοτραυματισμό, στην απόπειρα αυτοκτονίας ή και αυτοκτονία στην εφηβεία (Kennedy A. et al.,2024, Ye Z. Et al., 2023, Vacca M., et al, 2023, Mukherjee K., et al., 2022, Zhong M., et al., 2021).

Επιπλέον, όσο αφορά τους Εκφοβιστές-Δέκτες, μελέτες όπως οι Choi JK. et.al.(2021) ανέδειξαν ότι τα άτομα που είχαν εκφοβίσει και είχαν υποστεί εκφοβισμό βίωσαν εντονότερα αρνητικά συναισθήματα, κατάθλιψη και άγχος, καθώς και χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα αυτά βιώνουν τις αρνητικές συνέπειες τόσο του να είναι Δέκτες όσο και του να εμπλέκονται ως Εκφοβιστές. Ως αποτέλεσμα, εμφανίζουν μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, χαμηλό αυτοέλεγχο, αυξημένη ευαλωτότητα στην απόρριψη από συνομηλίκους και τα υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Ye Z. Et al., 2023)

Όσο αφορά τους παράγοντες που μπορεί να διαμεσολαβήσουν μεταξύ της σχέσης αυτής, μεταξύ άλλων είναι και αυτοεκτίμηση, συγκεκριμένα τα παιδιά και οι έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιο ευάλωτοι στις επιπτώσεις του εκφοβισμού εν συνέχεια ο εκφοβισμός μπορεί να μειώσει περαιτέρω την αυτοεκτίμηση, αυξάνοντας τον κίνδυνο για κατάθλιψη(Mullan V. Et.al., 2023, Balluerka N. et al.,2023, Ho T. et. al.,2021).

Επιπλέον, οι κοινωνική υποστήριξη, η ύπαρξη δηλαδή ενός υποστηρικτικού δικτύου, είτε από την οικογένεια(Zhang J. et al., 2024) τους φίλους, είτε από το σχολείο (Du C. et al.,2018) μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις του εκφοβισμού. Τα παιδιά με ισχυρή κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Al-Smadi M.et al., 2024)

Επίσης, η οικογενειακή δυναμική φάνηκε να διαδραματίζει ένα ουσιαστικό ρόλο, ο τρόπος που λειτουργεί η οικογένεια δηλαδή, όπως η επικοινωνία και η συναισθηματική στήριξη και διαθεσιμότητα στο σπίτι παίζουν σημαντικό ρόλο. Δυσλειτουργικές οικογένειες μπορεί να ενισχύσουν την αρνητική επίδραση του εκφοβισμού και κατ' επέκταση στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων(Zhang J. et al., 2024).

Σε αντίθεση, οι στρατηγικές αντιμετώπισης από τα ίδια τα παιδιά, ίσως έχουν ένα από τους πιο καθοριστικούς ρόλους στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά και οι έφηβοι διαχειρίζονται το στρες που προκαλείται από τέτοιες δύσκολες και στρεσογόνες καταστάσεις όπως ο εκφοβισμός είναι καίριας σημασίας, ιδιαίτερα τα παιδιά που βρίσκονται σε ένα αναπτυξιακό στάδιο όπως η προ-εφηβεία και εφηβεία όπου αρχής γενομένης είναι ένα δύσκολο αναπτυξιακό στάδιο. Ακόμη πιο δύσκολη η διαχείριση τέτοιων τραυματικών γεγονότων φάνηκε να είναι στις πιο ευάλωτες ομάδες των παιδιών όπως έχουμε προαναφέρει όπως είναι τα παιδιά με ΔΕΠΥ, αποτέλεσμα το οποίο φάνηκε και στην την παρούσα μελέτη. Μελέτες έχουν δείξει ότι όσα παιδιά είχαν θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης (π.χ. αναζήτηση βοήθειας, ανθεκτικότητα) είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Lin L. et al., 2022).

Είναι σημαντικό λοιπόν στις στρατηγικές καθώς και στις πρακτικές που εφαρμόζονται που από επαγγελματίες υγείας μεταξύ άλλων θα ήταν καλό να γίνεται εκμάθηση των τρόπων αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων στα παιδιά και στους εφήβους.

6.4 Αυτοεκτίμηση και ο ρόλος της ως διαμεσολαβητής μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Μεταξύ άλλων όπως έχουμε ήδη προαναφέρει η αυτοεκτίμηση είναι ένας πολύ σημαντικός και ίσως καθοριστικός παράγοντας για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού.

Η αυτοεκτίμηση είναι ένας παράγοντας που έχει διερευνηθεί διαχρονικά για τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει στην προσωπικότητα ενός ατόμου ιδιαίτερα στην παιδική και εφηβική ηλικία όπου διαμορφώνεται η προσωπικότητα ενός ατόμου, καθώς καθορίζει το πώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον ρόλο του στον κόσμο (Baumeister R. F.,1998, Campbell J. D.,1990).

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη αυτοεκτίμηση ενός παιδιού είναι πολλοί, μεταξύ άλλων, μπορεί να είναι κάποια ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το φύλο, η ηλικία και το ταπεραμέντο του (Peker O.et al., 2023), οικογενειακά χαρακτηριστικά, όπως είναι η λειτουργία της οικογένειας και το περιβάλλον της (π.χ η κακοποίηση και δυσλειτουργικές οικογένειας(Farmakoroulou I.et al.2024) καθώς και τραυματικές εμπειρίες όπως είναι ο σχολικός εκφοβισμός (Dou Y. et al., 2022).

Όσο αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά, στην παρούσα μελέτη φάνηκε τα κορίτσια να σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά χαμηλής αυτοεκτίμησης συγκριτικά με τα αγόρια. Σε γενικές γραμμές μέσα από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι τα κορίτσια έχουν την τάση να αυτό αξιολογούν τον εαυτό τους με πιο χαμηλή αυτοεκτίμηση από ότι τα αγόρια (Yan Y.et al., 2024, Zhang X.et al., 2022, Bang et al., 2020), παρόλα αυτά υπάρχουν και οι μελέτες οι οποίες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών (Mullan V. et. al., 2023, Kuscuoglu, A. et.al.,2022). Αυτές οι διαφορές μπορεί ίσως να ερμηνεύονται από τις κοινωνικές προσδοκίες και τους στερεοτυπικούς ρόλους των φύλων. Τα κορίτσια, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία αντιμετωπίζουν αυξημένη πίεση για την εμφάνιση και την κοινωνική τους αποδοχή, κάτι που συχνά οδηγεί σε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (Helfert S., & Warschburger P. 2013). Οι κοινωνικές συγκρίσεις και η εικόνα του σώματος επηρεάζουν τις αντιλήψεις των κοριτσιών για την αυτοεκτίμησή τους, ενώ τα αγόρια τείνουν να έχουν πιο σταθερή αυτό-εικόνα (Marquez J. et al.,2023,Rees & Main, 2015).Επίσης, βιολογικοί και αναπτυξιακοί παράγοντες όπως οι ορμονικές αλλαγές κατά την εφηβεία μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη συναισθηματική σταθερότητα των κοριτσιών, καθιστώντας τα πιο ευάλωτα σε καταστάσεις άγχους και φόβου αποτυχίας, κάτι που ενισχύει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση (Marquez J. et al.,2023). Αυτές οι διαφορές είναι πολυδιάστατες και ίσως απαιτούν πολύπλευρη προσέγγιση για να βελτιωθεί η ψυχική υγεία και η αυτοεκτίμηση των παιδιών, με έμφαση ίσως σε διαφορετικούς τομείς και με εξατομικευμένη προσέγγιση. Οι διαφορές αυτές μεταξύ του φύλου φάνηκε και από την μετά-ανάλυση των Chen et al. (2019) που αξιολόγησαν την ικανοποίηση από την ζωή μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, τα αγόρια ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από τα κορίτσια σε ορισμένους τομείς, όπως είναι η εικόνα για τον εαυτό τους, η αυτοπεποίθηση, η εμφάνιση, το σώμα, η υγεία και ο ελεύθερος χρόνος ενώ χαμηλότερη σε άλλους όπως το σχολείο, στις σχέσεις με την οικογένεια και τους συνομηλίκους τους.

Τα ευρήματα αυτά ενδεχομένως υποδηλώνουν μια διαφοροποίηση ως προς το φύλο, με τα κορίτσια να συσχετίζονται περισσότερο με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ τα αγόρια να εμφανίζουν αυξημένη εμπλοκή σε περιστατικά σχολικού εκφοβισμού.

Ένας πιθανός λόγος για τη διαφωνία που παρατηρείται στη βιβλιογραφία σχετικά με τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση μπορεί να είναι το ηλικιακό φάσμα των συμμετεχόντων στις μελέτες, το οποίο φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όπου οι συμμετέχοντες ηλικίας 10–11 ετών εμφάνισαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με τα παιδιά ηλικίας 12–13 ετών. Εξάλλου πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ένα μεγάλο εύρος ηλικιών ίσως για να είναι πιο ξεκάθαρες οι διαφορές στις ανάλογες ηλικιακές ομάδες.

Χαρακτηριστική είναι η μετά-ανάλυση των Orth U. et.al(2018) θέλοντας να αξιολογήσουν την πορεία της αυτοεκτίμησης, χρησιμοποίησαν διαχρονικές μελέτες από το 1975-2016 με ένα μεγάλο δείγμα από 164,168 συμμετέχοντες, με εύρος ηλικιών από 4 μέχρι 94 ετών, όπου τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, από την από την ηλικία των 4 με μέχρι των 11 ετών έχει μια αυξανόμενη τάση η αυτοεκτίμηση, από τα 11-15 παραμένει σταθερή, ενώ από τα 15-30 υφίσταται μια απότομη αύξηση της που μπορεί να εκτείνεται μέχρι 60 χρονών. Η αύξηση που παρατηρείται στην ηλικιακό φάσμα 4-11 ετών μπορεί να εξηγηθεί από τον αυτό-έλεγχο και την αυτονομία που προσπαθούν να αποκτήσουν σε αυτές τις ηλικίες, ενώ στη εφηβεία φαίνεται να αυξάνεται απότομα (Orth U. et.al., 2018). Αυτό ίσως συμβαίνει λόγω της ολοένα και μεγαλύτερης προσωπικής αυτονομίας και ελευθερίας των εφήβων, στην επιλογή δραστηριοτήτων και των σχέσεων τους(Orth U. et.al., 2018).

Η μετα-ανάλυση αυτή συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης, καθώς το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων (10–13 ετών) αντιστοιχεί στη φάση κατά την οποία, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η αυτοεκτίμηση σταθεροποιείται. Το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, ιδίως στα κορίτσια και στα παιδιά που εμφάνισαν εμπλοκή σε εκφοβισμό ή/και καταθλιπτικά συμπτώματα, ενδέχεται να υποδηλώνει δυσκολίες στη διαμόρφωση μιας σταθερής και θετικής εικόνας εαυτού κατά την κρίσιμη αυτή αναπτυξιακή περίοδο. Συνεπώς, τα ευρήματα των Orth et al. (2018) προσφέρουν ένα χρήσιμο θεωρητικό και αναπτυξιακό πλαίσιο, μέσα από το οποίο μπορούν να ερμηνευθούν

οι σχέσεις που αναδείχθηκαν στη μελέτη μας μεταξύ αυτοεκτίμησης, ψυχικής υγείας και κοινωνικής εμπλοκής.

Όσο αφορά τις τραυματικές εμπειρίες όπως είναι ο σχολικός εκφοβισμός, τα παιδιά που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη και ήταν Δέκτες φάνηκε να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τα υπόλοιπα παιδιά. Τα ευρήματα αυτά φαίνονται να επιβεβαιώνονται από πολλές μελέτες(Liu Y. et al.,2023, Shattnawi K. et.al., 2022, Choi B. et al., 2021, Tsaousis, I.,2016, Teng, Z.et al., 2015). Συγκεκριμένα, κάποιες μελέτες αναδεικνύουν από αδύνατη έως μέτρια την αρνητική συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την επιθετικότητα δηλαδή όσο πιο χαμηλή ήταν η αυτοεκτίμηση τόσο περισσότερη ήταν η επιθετικότητα(Tsaousis, I.,2016, Teng, Z.et al., 2015), αποτέλεσμα το οποίο δεν φάνηκε στην παρούσα μελέτη. Παρ' όλα αυτά η διεθνής βιβλιογραφία είναι σε συμφωνία για την ύπαρξη της σχέσης σχολικού εκφοβισμού και θυματοποίησης με την χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η σχέση αυτή προσπάθησε να εξηγηθεί από τον Olweus (1992) εξηγώντας ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση τείνουν να προσελκύουν την προσοχή των συνομήλικό τους προκαλώντας συγκεκριμένες συμπεριφορές εκφοβισμού, ουσιαστικά τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση αποφεύγουν συχνά τις κοινωνικές επαφές, μιλούν απαξιωτικά για τον εαυτό τους, δεν έχουν πολλούς φίλους και προτιμούν να περνούν περισσότερο χρόνο μόνοι τους· τέτοιες στάσεις ή/και συμπεριφορές ενδέχεται να παρερμηνευτούν από τους συμμαθητές, λειτουργώντας ως αφορμή για την εκδήλωση εκφοβιστικών συμπεριφορών εις βάρος τους(Tsaousis, I.,2016). Επίσης σύμφωνα με τους Hodges και Perry (1999) τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανά να αμυνθούν αποτελεσματικά.

Υπό το πρίσμα αυτό φαίνεται ότι αναπτύσσεται ένας φαύλος κύκλος, στον οποίο η χαμηλή αυτοεκτίμηση αφενός πυροδοτεί ίσως την εκφοβιστική συμπεριφορά και αφετέρου η θυματοποίηση οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης(Park I. et al.,2020). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν αυτή τη δυναμική, καθώς έδειξαν ότι η αυτοεκτίμηση διαδραματίζει διαμεσολαβητικό ρόλο αποκλειστικά στην περίπτωση των δεκτών εκφοβισμού, υποδεικνύοντας ότι η έκθεσή τους σε επαναλαμβανόμενες αρνητικές κοινωνικές εμπειρίες μπορεί να επιφέρει σημαντική φθορά στην εικόνα εαυτού και να ενισχύσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι δεν είναι δυνατό να εξαχθούν αιτιώδη συμπεράσματα μεταξύ αυτοεκτίμησης και συμπεριφορών εκφοβισμού λόγω του σχεδιασμού της παρούσας μελέτης όπου ήταν περιγραφική συσχέτιση. Ωστόσο,

διαχρονικές μελέτες παρείχαν, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, κάποια στοιχεία που υποστηρίζουν την αιτιακή σχέση μεταξύ των δύο (Park I. et al.,2020).

Επιπρόσθετα, στατιστική σημαντική διαφορά φάνηκε να υπάρχει μεταξύ των παιδιών που είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό (55,2%) των παιδιών που αξιολόγησαν τον εαυτό τους με χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα, συγκριτικά με τα υπόλοιπα παιδιά που είχαν ικανοποιητική ή υψηλή αυτοεκτίμηση. Ευρήματα τα οποία επιβεβαιώνεται και από πολλές μελέτες (Yeo G. et.al., 2023, Zhang, X. et al.,2024, Pereira da Silva B. et al., 2022 Masselink M. et.al,2018).

Διαχρονικά μέσα από τη βιβλιογραφία έχει αναδειχθεί η σημαντικότητα του ρόλου και η επίδραση της αυτοεκτίμηση στην εκδήλωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς και άλλες διαταραχές όπως το άγχος. Ειδικότερα, πολλές έρευνες έχουν αξιολογήσει την αυτοεκτίμηση ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που σε συνδυασμό με άλλα χαρακτηριστικά όπως είναι η αυτό-συμπόνια (self-compassion), αυτό-αποδοχή (self-awareness) η αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) και αυτό-ρύθμιση (self-regulation) επηρεάζουν τη ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Ενδεικτικά, οι Yeo G. et.al (2023) σε μια πρόσφατη μετά-ανάλυση σε ένα μεγάλο δείγμα μελετών 298 μελετών και 274370 έφηβους από 39 χώρες φάνηκε ότι η αυτοεκτίμηση και η αυτό-συμπόνια είχαν την μεγαλύτερη επίδραση στις συσχετίσεις με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες μελέτες προσέγγισαν την αυτοεκτίμηση ως ρυθμιστικό παράγοντα στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, πρόσφατες μετα-αναλύσεις επιχείρησαν να αξιολογήσουν τον ρόλο της αυτοεκτίμησης είτε ως παράγοντα που επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, είτε ως διαμεσολαβητικό μηχανισμό μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού (συμπεριλαμβανομένου και του διαδικτυακού) και της εκδήλωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ άλλες την εξέτασαν ως τροποποιητικό παράγοντα (Mullan V. et al., 2023· Balluerka N. et al., 2023· Ho T. et al., 2021).

Υπό το πρίσμα αυτό, η παρούσα μελέτη αξιολόγησε και τους δύο πιθανούς ρόλους της αυτοεκτίμησης, εντοπίζοντας σημαντικά ευρήματα. Συγκεκριμένα, ως διαμεσολαβητικός παράγοντας, η χαμηλή αυτοεκτίμηση φάνηκε να παρεμβαίνει κυρίως στη σχέση εκφοβισμού και κατάθλιψης στους Δέκτες, ενώ παρουσίασε και ισχυρή άμεση επίδραση στην εκδήλωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η αυτοεκτίμηση λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στις δύο από τις τρεις κατηγορίες εμπλοκής στον σχολικό εκφοβισμό (Εκφοβιστές και Εκφοβιστές-Δέκτες), με την ισχυρότερη έμμεση και άμεση επίδραση να παρατηρείται στους Εκφοβιστές-Δέκτες. Ως ρυθμιστικός παράγοντας, η αυτοεκτίμηση ανέδειξε στατιστικά σημαντικό ρόλο μόνο στην περίπτωση των Δεκτών. Το εύρημα αυτό πιθανόν αντανακλά την ιδιαίτερη ψυχοκοινωνική ευαλωτότητα των Δεκτών, καθώς στην ανάλυση μετριασμού φάνηκαν να επηρεάζονται περισσότερο όταν η αυτοεκτίμηση λειτουργεί προστατευτικά, μειώνοντας την αρνητική επίδραση του εκφοβισμού. Αντίθετα, όταν εξετάζεται ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός, η αυτοεκτίμηση δεν φαίνεται να ερμηνεύει επαρκώς τη σύνδεση μεταξύ εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι ο ρόλος της αυτοεκτίμησης είναι σύνθετος και εξαρτάται από το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο της εκάστοτε μελέτης.

Αν και η ύπαρξη της σχέσης υποστηρίζεται από πληθώρα ερευνητικών δεδομένων, η πλειοψηφία των μελετών την αναδεικνύει ασθενή έως μέτρια. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Zhong M. et al. (2021), αξιολογήθηκε η επίδραση της αυτοεκτίμησης ως διαμεσολαβητικού παράγοντα μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υψηλή συχνότητα θυματοποίησης συσχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, τα οποία, με τη σειρά τους, συνδέθηκαν με αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Επίσης, σύμφωνα με τους Wang X.(2024) χαρακτήρισαν την σχέση αυτή αμφίδρομη, όπου βρέθηκαν σταθερές διαχρονικές συσχετίσεις μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της θυματοποίησης και από την αυτοεκτίμηση έως τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε τρία χρονικά σημεία. Η αυτοεκτίμηση λειτουργεί ως διαμεσολαβητής μέσω της οποίας η θυματοποίηση πιθανόν να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά όχι το αντίστροφο.

Εν κατακλείδι, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σε συνδυασμό με τη διεθνή βιβλιογραφία, αναδεικνύουν τον σημαντικό, αλλά όχι αποκλειστικά προστατευτικό ρόλο της αυτοεκτίμησης στη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παρόλο που η αυτοεκτίμηση διαμεσολαβεί τη συγκεκριμένη σχέση, ο σχολικός εκφοβισμός φαίνεται να ασκεί και άμεση επίδραση στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γεγονός που υποδεικνύει ότι η ενίσχυση της αυτοεικόνας δεν επαρκεί από μόνη της. Παρ' όλα αυτά, προγράμματα ενδυνάμωσης της αυτοεκτίμησης

από νεαρή ηλικία παραμένουν ιδιαίτερα σημαντικά, όταν συνδυάζονται με στοχευμένες δράσεις για την πρόληψη του εκφοβισμού και την προαγωγή της ψυχικής υγείας των παιδιών (Guest et al., 2022, Liu et al., 1991, Meehl, 1962, Chicoine et al., 2021).

6.5 Οι δυνατότητες και δυσκολίες σε σχέση με την αυτοεκτίμηση, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον σχολικό εκφοβισμό

Από την άλλη μεριά, στο οικοδόμημα της αυτοεκτίμησης του παιδιού, στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και στον σχολικό εκφοβισμό φάνηκε διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο κάποιες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά, όπως είναι η συναισθηματικές δυσκολίες, τα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι τα προβλήματα επικοινωνίας, τα προβλήματα με τους συνομήλικους του, καθώς και η υπερκινητικότητα/ διάσπαση της προσοχής.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι δυνατότητες και οι δυσκολίες από τις αυτό-αναφορές των παιδιών, συσχετίστηκαν τόσο με τα καταθλιπτικά συμπτώματα όσο και με τον σχολικό εκφοβισμό καθώς και με την χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Συγκεκριμένα, όσο αφορά τα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε όλες τις προαναφερθέντες περιπτώσεις φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση. Παρόλα αυτά την ισχυρότερη συσχέτιση παρουσίασαν τα παιδιά που αντιμετώπιζαν δυσκολίες συνολικά σε όλες τις κατηγορίες (συνολική βαθμολογία), καθώς επίσης και με τις συναισθηματικές δυσκολίες. α αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την αρχική μας υπόθεση ότι τα παιδιά που ανέφεραν συναισθηματικές δυσκολίες ήταν πιθανότερο να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Αποτελέσματα τα οποία επιβεβαιώνονται και από την βιβλιογραφία(Thi Thuy N. et al., 2024, Fonseca-Pedrero E. et al.,2020).Ειδικότερα, κατά την περίοδο της πανδημίας που έχει γίνει η συλλογή των δεδομένων φάνηκε και σε άλλες μελέτες ότι υπήρξε αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά και στους έφηβους και ειδικότερά στις διαταραχές διάθεσης(Zuccolo P. et al.,2022).

Από την άλλη μεριά μια πιθανή εξήγηση είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα παιδιά και οι έφηβοι για να αντιμετωπίσουν το στρες, οι απόψεις που έχουν για των εαυτό τους(self-theory) καθώς και ικανότητες τους, φαίνεται να επηρεάζουν τόσο την ρύθμιση των συναισθημάτων τους καθώς και την συμπεριφορά τους (Rosenberg et al., 2016).

Στον αντίποδα, η θετική κοινωνική συμπεριφορά που δεν συμπεριλαμβανόταν στην συνολική βαθμολογία των δυσκολιών, φάνηκε να έχει πολύ αδύνατη συσχέτιση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα από τις αναφορές των γονέων και από τις αναφορές των παιδιών. Εξάλλου σύμφωνα με την βιβλιογραφία η θετική κοινωνική συμπεριφορά είναι ένας προστατευτικός παράγοντας στην ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Gautam, N. et al., 2024, Preston A. and Rew L.,2021).

Αξιοσημείωτη, είναι η συμφωνία που παρατηρήθηκε μεταξύ των αναφορών των γονέων με τις αναφορές των παιδιών όσο αφορά τις δυνατότητες και τις δυσκολίες σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι διαφορές εντοπίζονται στην δύναμη της συσχέτισης, όπου στα παιδιά φάνηκε να εντοπίζεται η πιο δυνατή συσχέτιση στις συναισθηματικές δυσκολίες, ενώ από τις αναφορές των γονέων φάνηκε να παρουσιάζουν πιο δυνατή συσχέτιση τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους.

Σε αντίθεση με τις συγκρίσεις που έγιναν για τον σχολικό εκφοβισμό, από τις αναφορές των γονέων δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστική σημαντική διαφορά, εκτός από τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους στα παιδιά που είχαν υποστεί εκφοβιστική συμπεριφορά τους τελευταίους δύο μήνες.

Όσο αφορά τις αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες τους σε σχέση με τον σχολικό εκφοβισμό, τα παιδιά που εκφόβησαν φάνηκε συνολικά να αντιμετωπίζουν δυσκολίες, περισσότερο όμως συναισθηματικές, και προβλήματα με τους συνομήλικους, αποτελέσματα τα οποία εν μέρη επιβεβαιώνονται και από την στατιστική σημαντική διαφορά που φάνηκε μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και παιδιών που έχουν εκφοβιστεί. Σε γενικές γραμμές τα παιδιά που ήταν Δέκτες εκφοβιστικής συμπεριφοράς φαίνεται και από την βιβλιογραφία αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες είτε συναισθηματικής είτε συμπεριφορικής φύσεως (Gautam, N. et al., 2024)

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανάδειξαν την ομάδα των παιδιών που εκφοβήσαν και εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα, εξίσου ευάλωτη, αφού φάνηκε να σημειώνουν στατιστική σημαντική διαφορά σχεδόν σε όλες τις υποκλιμακες, καθώς και στην συνολική βαθμολογία. Αποτελέσματα τα οποία φανερώνουν τα χαρακτηριστικά των παιδιών που εμπλέκονται με διαφορετικό τρόπο στον εκφοβισμό, όπως επιβεβαιώθηκαν και στις συγκρίσεις που έγιναν με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπου τα παιδιά που ήταν διαγνωσμένα με ΔΕΠΥ είχαν σχεδόν τετραπλάσιες πιθανότητες να γίνουν Εκφοβιστές-Δέκτες.

Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση, τέσσερα στα δέκα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση αυτοαξιολογήθηκαν ως οριακό/ κλινικό στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας Δυνατοτήτων και Δυσκολιών, με την ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση να παρατηρείται τόσο στη συνολική βαθμολογία όσο και στην υποκλίμακα υπερκινητικότητας/διάσπασης προσοχής. Παρόμοια ευρήματα προέκυψαν και από τις αξιολογήσεις των γονέων, οι οποίες εμφάνισαν πιο ασθενείς αρνητικές συσχετίσεις, με εξαίρεση την υπερκινητικότητα/διάσπαση προσοχής και τη θετική συμπεριφορά, για τις οποίες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση τείνουν να αντιμετωπίζουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες. Αποτελέσματα τα οποία επιβεβαιώνονται διαχρονικά μέσα από την βιβλιογραφία (Pedersen A. B., 2024, Ogundele M., 2018, Kashdan 2004, Wingefeld S. A., 2002, Robins et al., 2001).

Διαπιστώνοντας ότι τα παιδιά με συναισθηματικά και συμπεριφορά προβλήματα αποτελούν ευάλωτη ομάδα παιδιών, έχοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και εμπλέκονται στον σχολικό εκφοβισμό. Είναι σημαντικό λοιπόν να γίνονται προσυμπτωματικοί έλεγχοι από επαγγελματίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, ώστε να γίνονται έγκαιρα η απαραίτητες και εξατομικευμένες παρεμβάσεις.

6.6 Αυτοτραυματισμός σε σχέση με καταθλιπτικά συμπτώματα, το σχολικό εκφοβισμό και την αυτοεκτίμηση

Μέσα από αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φάνηκε ότι το 14,3% των συμμετεχόντων είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους αλλά δεν το έχουν πράξει, ενώ το 3,6% είχαν πρόθεση να κάνουν κακό στον αυτό τους.

Οι σκέψεις ή οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό τα τελευταία χρόνια παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις αφού ο επιπολασμός του αυτοτραυματισμού μεταξύ των ηλικιών 11-18 ετών κυμαίνεται από 16% μέχρι 20%. (Farkas, F. et al., 2023, Xiao et al., 2022). Για τις ηλικίες 10-13 ετών, τα ποσοστά σκέψεων αυτοτραυματισμού είναι χαμηλότερα από ό,τι σε μεγαλύτερους εφήβους. Μελέτες δείχνουν ότι το 7%-10% των παιδιών σε αυτές τις ηλικίες είχαν σκέψεις για αυτοτραυματισμό ή συμπεριφορές αυτοτραυματισμού χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό. Η

έναρξη της συμπεριφοράς αυτής αρχίζει συνήθως από την ηλικία των 12 ετών, με τα ποσοστά να αυξάνονται καθώς τα παιδιά πλησιάζουν στην εφηβεία (Bürger A. et al., 2023)

Η σχέση μεταξύ αυτοτραυματισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα στην ψυχική υγεία, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε κλινικό επίπεδο και όσο και σε επίπεδο πρόληψη.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το σχεδόν οι μισοί από αυτούς που είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους χωρίς όμως να το πράξουν, καθώς επίσης και η πλειοψηφία (επτά στους δέκα) από αυτούς που είχαν την επιθυμία να κάνουν κακό στον εαυτό τους, παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ευρήματα τα οποία επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες οι οποίες αναδεικνύουν τη στενή σχέση μεταξύ σκέψεις ή και πράξεις αυτοτραυματισμού χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό στα παιδιά και τους εφήβους με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Niu S. et al., 2024, Wu Y. et al., 2024, Guan M., et al. 2024, Millon E. et. al., 2022). Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται ή έχουν σκέψεις αυτοτραυματισμού είναι πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, με τις πιθανότητες να αυξάνονται όσο πιο συχνές είναι οι σκέψεις ή οι πράξεις αυτοτραυματισμού (Predescu E. & Sipos R., 2023, Gili M. et. al., 2019)

Άλλες μελέτες αναδεικνύουν ότι τα παιδιά που έχουν μόνο σκέψεις αυτοτραυματισμού διατρέχουν χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης συγκριτικά με εκείνα που προχωρούν σε πράξεις αυτοτραυματισμού (Zeynep B. et. al., 2021). Ωστόσο, ακόμα και οι σκέψεις αυτοτραυματισμού είναι ένδειξη ότι τα παιδιά βιώνουν ψυχικό πόνο, με τον κίνδυνο να κλιμακώνεται εάν δεν υπάρξει έγκαιρη παρέμβαση (O'Connor et al., 2020).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως ένας ίσως από τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψιν στην πρόθεση για αυτοτραυματισμό. Η υψηλή συσχέτιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτοτραυματισμού είναι σε συμφωνία με πολλές μελέτες που δείχνουν ότι τα παιδιά που βιώνουν συναισθηματική δυσφορία και αδυναμία να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, είναι πιο πιθανό να στραφούν στον αυτοτραυματισμό ως έναν τρόπο να ανακουφίσουν τον ‘‘πόνο’’ τους (Stänicke L. et. Al., 2021, Zeynep B. et. al., 2021, Plener et al., 2015).

Μια πιθανή ερμηνεία της διαφοράς των ποσοστών μεταξύ των παιδιών που έχουν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους και αυτών που το έχουν πρόθεση, είναι η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας για το αν τα παιδιά θα προχωρήσουν σε αυτοτραυματισμό.(Niu S. et al., 2024, Zeynep B. et.al.,2021).

Παρ' όλα αυτά αν και η σχέση μεταξύ αυτοτραυματισμού και κατάθλιψης είναι αποδεκτή από πολλούς ερευνητές, η κατεύθυνση της σχέσης είναι ασαφής από την σκέψη για αυτοτραυματισμό σε αυτοτραυματισμό χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό με την παρουσία ή μη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Zeynep B. et.al.,2021).

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση του σχολικού εκφοβισμού με τον αυτοτραυματισμό. Συγκεκριμένα, στις δύο από τις τρεις περιπτώσεις εμπλοκής στο σχολικό εκφοβισμό φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση (Δέκτες, Εκφοβιστές, Δέκτες-Εκφοβιστές), με την μεγαλύτερη όμως διαφορά να παρατηρείται στα παιδιά που ήταν Δέκτες, ευρήματα τα οποία ακολουθούν την διεθνή βιβλιογραφία (Myklestad I. & Straiton, M., 2021, Serafini, G.et al., 2021).

Η εμπλοκή ως δέκτης εκφοβισμού φαίνεται να αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης για την ανάπτυξη σκέψεων ή και προθέσεων για συμπεριφορές αυτό-τραυματισμού. Ενδεικτικό είναι ότι τα παιδιά που είναι Δέκτες έχουν μέχρι τρεις με πέντε φορές περισσότερες πιθανότητες να προβούν σε συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, συγκριτικά με τα παιδιά που δεν υπέστησαν εκφοβισμό (Wang Y. et.al.,2022, Huang H. et al.2022, Myklestad I. & Straiton, M., 2021).

Επίσης, η συχνότητα που τα παιδιά γίνονται Δέκτες φαίνεται διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον αυτοτραυματισμό με τα παιδιά που είχαν θυματοποιηθεί πιο συχνά είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν σκέψεις για αυτοτραυματισμό(Myklestad, I. and Straiton, M. L.,2021, Serafini G., et.al., 2021). Οι επαναλαμβανόμενες θυματοποιήσεις ενισχύουν την αίσθηση της αποξένωσης και της αδυναμίας, που συχνά οδηγούν τα παιδιά στον αυτοτραυματισμό ως τρόπο ανακούφισης(Townsend M. et.al.,2022, Myklestad, I. and Straiton, M. L.,2021).

Η βιβλιογραφία έχει καταδείξει ότι οι Δέκτες εκφοβισμού αναπτύσσουν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων, άγχους και κοινωνικής απόσυρσης, που συνδέονται άμεσα με την αυξημένη πιθανότητα αυτοτραυματισμού (Kupferberg A. & Hasler G.,2023, Nixon et al., 2023, Myklestad I. & Straiton, M., 2021). Ο αυτοτραυματισμός συχνά λειτουργεί ως μηχανισμός ελέγχου και αποφυγής των αρνητικών συναισθημάτων που προκαλούνται από τον σχολικό εκφοβισμό. Τα παιδιά που υποφέρουν επαναλαμβανόμενη θυματοποίηση νιώθουν συχνά αβοήθητα και χωρίς υποστήριξη, και αυτή η συνεχής πίεση μπορεί να οδηγήσει στην επιλογή του αυτοτραυματισμού ως διέξοδος (Myklestad, I. and Straiton, M. L.,2021).

Όσον αφορά τα παιδιά που εκφόβισαν, παρόλο που στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη σκέψη για αυτοτραυματισμό, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα άτομα αυτά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, υπογραμμίζει ότι και τα παιδιά που εμπλέκονται σε επιθετικές συμπεριφορές βιώνουν συναισθηματικές δυσκολίες. Αναδεικνύει ότι τα παιδιά που δρουν ως Εκφοβιστές συχνά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα εσωτερικών συναισθηματικών συγκρούσεων, θυμού και ενοχών, τις οποίες δεν εκφράζουν με θετικούς τρόπους, οδηγούμενα τελικά στον αυτοτραυματισμό. Χαρακτηριστικό είναι ότι η κατάσταση στη όποια τα ίδια άτομα τα όποια είναι επιθετικά και προβαίνουν σε αυτοτραυματισμό κατά την διάρκειά της ζωής ονομάζεται ‘‘διπλός τραυματισμός’’(Shafti M. et al., 2021, Slade, 2019), άτομα τα οποία όπως φαίνεται έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως ένα μοτίβο επικίνδυνων συμπεριφορών που τους θέτουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ψυχικής διαταραχές (Shafti M. et al., 2021).

Επίσης, τα παιδιά που εκφόβισαν και εκφοβίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα φάνηκε να έχουν πρόθεση ή και σκέψεις για να κάνουν κακό στον εαυτό τους. Όπως φαίνεται μέσα από την βιβλιογραφία τα παιδιά που εμπλέκονται ταυτόχρονα και στις δύο περιπτώσεις του σχολικού εκφοβισμού είναι μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, καθώς βιώνουν ταυτόχρονα τις αρνητικές συνέπειες τόσο της επιθετικότητας όσο και της θυματοποίησης. Αν και πιο περιορισμένες οι μελέτες που εξέτασαν αυτήν την ομάδα παιδιών(Serafini, G.et al., 2021)έχει ίσως την πιο σοβαρή ψυχική επιβάρυνση και εμφανίζει υψηλά επίπεδα αυτοτραυματισμού και άλλων ψυχικών διαταραχών (Huang H. et al.2022, Myklestad I. & Straiton, M., 2021, Serafini, G.et al., 2021). Τα παιδιά αυτά βιώνουν επίσης απόρριψη και

δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, γεγονός που τα καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτα σε συμπεριφορές αυτοτραυματισμού. Σύμφωνα με μελέτες που εξέτασαν ειδικά αυτή την ομάδα, τα παιδιά αυτά έχουν από τρεις έως και έξι φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να προβούν σε αυτοτραυματισμό.(Huang H. et al.2022, Myklestad I. & Straiton, M., 2021).

Η επεξήγηση της επίπτωσης του σχολικού εκφοβισμού προσπάθησε να εξηγηθεί και σε μοριακό επίπεδο. Ο σχολικός εκφοβισμός αποτελεί μια μορφή συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης που μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνιες αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου, όπως περιγράφεται στις μελέτες για τις μοριακές επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης. Έρευνες δείχνουν ότι η χρόνια έκθεση σε εκφοβισμό οδηγεί σε δυσλειτουργία του άξονα ανταπόκρισης στο στρες, προκαλώντας αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης και διαταραχή στη ρύθμιση του στρες, αντίστοιχα με τα ευρήματα για άτομα που έχουν βιώσει σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση (Ibrahim P. et al.,2021) Επιπλέον, επιγενετικές αλλαγές, σε γονίδια (NR3C1, CRHR1) φάνηκε να συνδέονται με μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο στρες και αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης (Ibrahim P. et al.,2021) ή ακόμα και με απόπειρες αυτοκτονία (Vargas-Medrano J. et al.,2020). Επίσης, παρατηρήθηκαν διαταραχές στη συνδεσιμότητα νευρωνικών κυκλωμάτων, ιδιαίτερα στον προμετωπιαίο φλοιό και τον ιππόκαμπο, επηρεάζουν τη συναισθηματική ρύθμιση και τη λήψη αποφάσεων, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει τη μακροχρόνια ευαλωτότητα των Δέκτων εκφοβισμού σε ψυχικές διαταραχές. Παράλληλα, η απορρύθμιση στο σύστημα GABA, βασικού ανασταλτικού νευροδιαβιβαστή, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ευαισθησία στο στρες και προβλήματα στη συναισθηματική σταθερότητα (Ibrahim P. et al.,2021.) Συνολικά, τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο σχολικός εκφοβισμός δεν είναι απλώς ένα παροδικό κοινωνικό φαινόμενο, αλλά ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει μόνιμες επιδράσεις στον εγκέφαλο, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές και δυσλειτουργίες στην ενήλικη ζωή. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης.

Εξάλλου, όσο αφορά τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά, φάνηκε και από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όπου στο πλαίσιο αξιολόγησης των δυνατοτήτων και δυσκολιών, συνολικά τα παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες (οριακά κλινικό/κλινικό) όπως οι συναισθηματικές δυσκολίες, τα προβλήματα επικοινωνίας, η

υπεκινητικότητα/διάσπασης της προσοχής καθώς και τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους φάνηκε παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά πρόθεσης ή και σκέψης για αυτοτραυματισμό. Αποτελέσματα που επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφία (Ayer L. et al., 2014, Emerson, E. et al., 2019). Σε γενικές γραμμές επειδή όλες οι κατηγορίες που εξετάζουν τις δυνατότητες και τις δυσκολίες έχουν σχέση είτε έμμεσα είτε άμεσα με την ρύθμιση των συναισθημάτων τους έχουν έως αποτέλεσμα είτε να εσωτερικεύουν είτε να εξωτερικεύουν τη δυσκολία αυτή είτε με συναισθηματικές διαταραχές είτε με προβλήματα συμπεριφοράς συνεπώς όπως έχουμε αναλύσει και σε προηγούμενη μας ενότητα είναι πιθανότερο να καταφύγουν σε συμπεριφορές όπως ο αυτοτραυματισμός.

Στη προσπάθεια να εξηγηθεί ο αυτοτραυματισμός με ή χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό ένας από του παράγοντες που έχει διερευνηθεί επαρκώς και έχει τεθεί ως παράγοντας κινδύνου είναι και η αυτοεκτίμηση (Lin S, et al., 2023, Uh S. et al., 2021, Nock, 2010). Σχέση η οποία φάνηκε και από την παρούσα μελέτη, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών με χαμηλή αυτοεκτίμηση σκέφτηκαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους ή είχαν πρόθεση για να κάνουν κακό στον εαυτό τους σε σχέση με τα παιδιά που είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση όπου τα ποσοστά των παιδιών που σκέφτηκαν να κάνουν κακό στον εαυτό τους αλλά δεν το έχουν πράξει, ήταν πολύ πιο χαμηλά.

Αντίστοιχα με άλλα ερευνητικά ευρήματα, η αυτοεκτίμηση φαίνεται να λειτουργεί ως κρίσιμος ενδιάμεσος παράγοντας, μέσα σε μια σειρά αλληλεπιδράσεων μεταξύ βιολογικών και περιβαλλοντικών επιρροών. (Lin S, et al., 2023). Τα παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και δυσκολία στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων. Αυτά τα παιδιά μπορεί να αισθάνονται ανεπαρκή ή ανίκανα να διαχειριστούν δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις, κάτι που οδηγεί στην αναζήτηση άμεσων τρόπων για να εκτονώσουν το άγχος ή τη δυσφορία τους.

Εν κατακλείδι, η πρόθεση για αυτοτραυματισμό, η σκέψη ή ακόμη και η πράξη αυτοτραυματισμού στα παιδιά και στους εφήβους αποτελεί μια ιδιαίτερα ανησυχητική ένδειξη και απαιτεί άμεση προσοχή από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, καθώς και από τους γονείς. Οι σκέψεις αυτοτραυματισμού, ακόμη και χωρίς την εκδήλωση πράξης, υποδηλώνουν σοβαρή ψυχική δυσφορία και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με έγκαιρη παρέμβαση και συστηματική υποστήριξη.

Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας στο σχολικό περιβάλλον, ανάπτυξη κοινωνικοσυναισθηματικών δεξιοτήτων, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και δημιουργία ασφαλών διαύλων επικοινωνίας με ενήλικες. Η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να επιτευχθεί μέσα από ομαδικές ή ατομικές παρεμβάσεις από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και μέσα από τη στήριξη των γονέων με ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα.

7 Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φωτίζουν την πολυπαραγοντική φύση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην προεφηβική ηλικία και αναδεικνύουν την κεντρική σημασία της αυτοεκτίμησης ως παράγοντα ψυχικής ευαλωτότητας, αλλά και εν δυνάμει ενίσχυσης της ανθεκτικότητας. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να ενισχύει τη σοβαρότητα αυτής της σχέσης, ιδιαίτερα στην περίπτωση των παιδιών που υφίστανται εκφοβισμό.

Ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η σύνδεση μεταξύ χαμηλής αυτοεκτίμησης, συναισθηματικών δυσκολιών και σκέψεων αυτοτραυματισμού, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για έγκαιρο εντοπισμό παιδιών που παρουσιάζουν ενδείξεις εσωστρέφειας, απόσυρσης ή αρνητικής εικόνας εαυτού. Επιπλέον, τα παιδιά που εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσίαζαν συχνά και άλλες δυσκολίες, όπως προβλήματα με συνομηλίκους, συναισθηματικές διαταραχές, μειωμένη θετική κοινωνική συμπεριφορά, καθώς και αυξημένα ποσοστά διάγνωσης ΔΕΠΥ, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της συνολικής ψυχοκοινωνικής εκτίμησης.

Αναδεικνύεται έτσι η ανάγκη για υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης πρόληψης από τη σχολική κοινότητα, σε συνεργασία με τις οικογένειες και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να εστιάζουν όχι μόνο στην αντιμετώπιση του εκφοβισμού, αλλά και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, της συναισθηματικής έκφρασης, της κοινωνικής ένταξης και των θετικών δεξιοτήτων.

Συμπερασματικά, η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην παιδική ηλικία δεν αποτελεί απλώς απόρροια ατομικών χαρακτηριστικών, αλλά αποτέλεσμα μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης κοινωνικών εμπειριών, ψυχολογικών μηχανισμών και αναπτυξιακών παραγόντων. Η κατανόηση αυτής της αλληλεπίδρασης μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη διαμόρφωση στοχευμένων πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας των παιδιών.

8 Εισηγήσεις

Υπό το πρίσμα των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης αναδεικνύονται οι ανάγκες τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο παρέμβασης. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι αυτά τα παιδιά βρίσκονται σε ένα αναπτυξιακό στάδιο όπου οι αλλαγές γίνονται πολύ γρήγορα τόσο σωματικά όσο και γνωστικά, οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι άμεσες.

Όπως έχουμε ήδη προαναφέρει η παιδική κατάθλιψη καθώς και σχολικός εκφοβισμός έχουν πολύπαραγοντικές αιτίες και πολλούς παράγοντες κινδύνου, επόμενος και οι παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι πολύπλευρές, εστιάζοντας στους πυλώνες που αναπτύσσεται και μεγαλώνει ένα παιδί, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο και η κοινωνία.

8.1 Έρευνα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε κρίσιμες συσχετίσεις μεταξύ της εμπλοκής σε σχολικό εκφοβισμό, της αυτοεκτίμησης, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του αυτοτραυματισμού στην προεφηβική ηλικία. Ωστόσο, για την εις βάθος κατανόηση των φαινομένων αυτών, καθώς και της χρονικής και αιτιακής τους αλληλουχίας, αναδεικνύεται η ανάγκη για στοχευμένες ερευνητικές προσεγγίσεις.

1. Διαχρονικές μελέτες (longitudinal studies)

Η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την έναρξη και εξέλιξη της σχέσης μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εμπλοκής στον σχολικό εκφοβισμό. Ο διαχρονικός σχεδιασμός επιτρέπει την παρακολούθηση παιδιών σε διαφορετικές αναπτυξιακές φάσεις, ώστε να εντοπιστούν κρίσιμες περίοδοι ευαλωτότητας, όπως εκείνες κατά τις οποίες μειώνεται απότομα η αυτοεκτίμηση.

Επιπρόσθετα, τέτοιες μελέτες μπορούν να συμβάλουν στην κατανόηση της διαφορετικής πορείας της αυτοεκτίμησης ανά φύλο, καθώς στη βιβλιογραφία έχει καταγραφεί σταθερά η πτώση της αυτοεκτίμησης στα κορίτσια κατά την προεφηβεία και εφηβεία. Η εστίαση σε ευάλωτες ομάδες, όπως παιδιά με ΔΕΠΥ ή μεταναστευτικό υπόβαθρο, μπορεί να αποκαλύψει πρόσθετους παράγοντες κινδύνου ή προστασίας που δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς σε τοπικό επίπεδο.

2. Μελέτες παρέμβασης

Παρότι η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης θεωρείται προστατευτικός παράγοντας για την ψυχική υγεία, η αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που στοχεύουν αποκλειστικά στο παιδί παραμένει αμφιλεγόμενη. Ενδείκνυται η αξιολόγηση δομημένων ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και η συσχέτισή τους με τη μείωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή/και της εμπλοκής σε εκφοβιστικές συμπεριφορές.

Ωστόσο, είναι σημαντικό τέτοιες παρεμβάσεις να εντάσσονται σε ένα ολοκληρωμένο, πολυεπίπεδο πλαίσιο που να περιλαμβάνει δράσεις πρόληψης, ενδυνάμωσης του σχολικού περιβάλλοντος και κατάρτισης εκπαιδευτικών. Σε διαφορετική περίπτωση, ελλοχεύει ο κίνδυνος ενίσχυσης της εσφαλμένης αντίληψης ότι η ευθύνη για τις επιπτώσεις του εκφοβισμού βαρύνει το ίδιο το παιδί (victim-blaming), ιδιαίτερα όταν η παρέμβαση εστιάζει αποκλειστικά στην “αυτορρύθμιση” του δέκτη.

3. Αναδρομικές μελέτες

Η αναδρομική διερεύνηση της εμπειρίας εκφοβισμού κατά την παιδική ηλικία μπορεί να προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τις μακροχρόνιες συνέπειες στην ψυχική υγεία, την αυτοεκτίμηση, καθώς και στη σχολική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των διαφορών μεταξύ ατόμων που υπήρξαν δέκτες, εκφοβιστές ή και τα δύο, σε σύγκριση με όσους δεν είχαν καμία εμπλοκή. Η βιβλιογραφία έχει ήδη τεκμηριώσει συσχετίσεις με αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στην ενήλικη ζωή.

4. Ποιοτικές μελέτες για τον αυτοτραυματισμό

Η ενίσχυση της ερευνητικής γνώσης μέσω ποιοτικών μελετών σε παιδιά που έχουν αναφέρει σκέψεις ή πρόθεση αυτοτραυματισμού μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για το βίωμα αυτής της συμπεριφοράς. Μέσα από την αφήγηση των ίδιων των παιδιών, μπορεί να αναδειχθεί η εσωτερική λογική της πράξης, το νόημα που της αποδίδουν, οι ψυχοπαιστικοί παράγοντες που βιώνουν και τα κενά στη στήριξη που λαμβάνουν από το σχολικό ή οικογενειακό πλαίσιο.

Οι παραπάνω ερευνητικοί σχεδιασμοί μπορούν να συμβάλουν στον προσδιορισμό βασικών παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ή ευαλωτότητα των παιδιών, όπως οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, οι οικογενειακές συνθήκες, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι διαταραχές συμπεριφοράς και οι διαφορές φύλου. Στην Κύπρο, αυτού του

είδους οι προσεγγίσεις παραμένουν σε αρχικό στάδιο, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία ενίσχυσης της σχετικής ερευνητικής δραστηριότητας.

8.2 Εκπαίδευση

Η ενίσχυση της ψυχικής υγείας των παιδιών μέσα από το εκπαιδευτικό σύστημα αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα πρόληψης και παρέμβασης. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σε συνδυασμό με τη διεθνή βιβλιογραφία, υπογραμμίζουν την ανάγκη για ανάπτυξη και ενσωμάτωση εκπαιδευτικών δράσεων που στοχεύουν τόσο στην καλλιέργεια ατομικών δεξιοτήτων όσο και στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού σχολικού περιβάλλοντος.

1. Ενίσχυση δεξιοτήτων ψυχικής ανθεκτικότητας και αυτοεκτίμησης

Με βάση τον ρόλο που διαδραματίζει η αυτοεκτίμηση στη σχέση μεταξύ εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, προτείνεται η ενσωμάτωση προληπτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που περιλαμβάνουν:

- ασκήσεις κοινωνικών δεξιοτήτων,
- δραστηριότητες αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων,
- ενθάρρυνση της θετικής αυτοεικόνας.

Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν στη μείωση της ψυχικής ευαλωτότητας και στην ενίσχυση της συναισθηματικής ρύθμισης. Παράλληλα, η ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας ενδυναμώνει την ικανότητα των παιδιών να ανταποκρίνονται θετικά σε δύσκολες εμπειρίες, όπως ο σχολικός εκφοβισμός, ενισχύοντας την αυτό-αποτελεσματικότητα και τη συναισθηματική αυτορρύθμιση (Lin et al., 2022; Hu & Wang, 2015).

2. Καταπολέμηση του σχολικού εκφοβισμού με εστίαση στην πρόληψη

Αν και υπάρχουν υφιστάμενα προγράμματα πρόληψης και καταγραφής περιστατικών βίας (όπως το Παρατηρητήριο για τη Βία στο Σχολείο), η επίδρασή τους παραμένει περιορισμένη. Επομένως, κρίνεται σημαντικό να ενισχυθούν προγράμματα που:

- εκπαιδεύουν τους μαθητές σε δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων,
- καλλιεργούν την ενσυναίσθηση και τον αλληλοσεβασμό,
- ενδυναμώνουν τη φωνή των παιδιών ως ενεργών μελών της σχολικής κοινότητας.

Η πρόληψη του εκφοβισμού δεν επιτυγχάνεται μεμονωμένα μέσω της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης, αλλά απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει αλλαγές στο σχολικό κλίμα, ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών και δημιουργία κουλτούρας συμπερίληψης.

3. Εμπλοκή γονέων και εκπαιδευτικών

Η αποτελεσματικότητα κάθε εκπαιδευτικής παρέμβασης ενισχύεται όταν συμμετέχουν ενεργά οι γονείς/κηδεμόνες και οι εκπαιδευτικοί. Η επιμόρφωσή τους σε θέματα όπως:

- η αναγνώριση πρώιμων ενδείξεων καταθλιπτικών συμπτωμάτων,
- η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσω καθημερινής αλληλεπίδρασης,
- η κατανόηση της σημασίας της συναισθηματικής διαθεσιμότητας,

μπορεί να ενισχύσει την ικανότητά τους να υποστηρίξουν τα παιδιά και να ενεργούν προληπτικά.

Ιδιαίτερα η ενεργή εμπλοκή των πατέρων φαίνεται να συνδέεται με τη μείωση προβλημάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά (Dhungel et al., 2023; Opondo et al., 2017; Scourfield et al., 2016), και καλό είναι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις να τους συμπεριλαμβάνουν ουσιαστικά.

4. Ενίσχυση διεπιστημονικών υπηρεσιών στο σχολείο

Η παροχή συστηματικής υποστήριξης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (όπως Ψυχολόγοι, Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί) εντός του σχολικού πλαισίου κρίνεται καθοριστικής σημασίας. Η διαθεσιμότητα τέτοιων υπηρεσιών διευκολύνει:

- την έγκαιρη παρέμβαση σε περιπτώσεις παιδιών με ενδείξεις ψυχικής δυσφορίας,
- την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης με επιστημονικά τεκμηριωμένο περιεχόμενο,
- τη δημιουργία ενός ασφαλούς, υποστηρικτικού και συμπεριληπτικού σχολικού περιβάλλοντος.

8.3 Πολιτική/Διοίκηση

Παρά τις ενισχυμένες προσπάθειες των αρμόδιων φορέων την τελευταία δεκαετία για την πρόληψη και αντιμετώπιση του σχολικού εκφοβισμού, εξακολουθούν να υποεκτιμώνται οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του φαινομένου στην ψυχική υγεία των παιδιών και των οικογενειών τους. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη για πιο στοχευμένες και δομικές παρεμβάσεις σε επίπεδο εθνικής πολιτικής.

1. Ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στα σχολεία

Κρίνεται σκόπιμη η ενσωμάτωση παρεμβάσεων ενίσχυσης της ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για την Παιδική και Εφηβική Ψυχική Υγεία, με έμφαση στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Προτείνεται:

- η επέκταση του θεσμού των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας σε όλα τα σχολεία, με προτεραιότητα σε περιοχές με υψηλότερους δείκτες κοινωνικής ή πολιτισμικής ευαλωτότητας,
- η δημιουργία σταθερών διεπιστημονικών ομάδων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, με τη συμμετοχή Ψυχολόγων, Νοσηλευτών, Κοινωνικών Λειτουργών και Εκπαιδευτικών Συντονιστών,
- η θεσμοθέτηση μηχανισμών συνεχούς παρακολούθησης της ψυχικής ευημερίας των μαθητών.

2. Χρήση αξιόπιστων εργαλείων και μηχανισμών έγκαιρης ανίχνευσης

Η χρήση σύντομων, σταθμισμένων εργαλείων ανίχνευσης (screening tools) μπορεί να συμβάλει στην πρόωπη αναγνώριση ψυχικής δυσφορίας, καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή εμπλοκής σε περιστατικά εκφοβισμού. Η χορήγησή τους προτείνεται να γίνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στο πλαίσιο οργανωμένων προληπτικών δράσεων, με:

- επιστημονική εποπτεία από το Υπουργείο Παιδείας,
- θεσμική συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας,
- ενιαίες κατευθυντήριες οδηγίες, ώστε να διασφαλίζεται η εγκυρότητα της διαδικασίας και η διαφύλαξη των δικαιωμάτων των παιδιών.

3. Χάραξη πολιτικών βάσει ερευνητικών δεδομένων

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει για πρώτη φορά στην Κύπρο τη σύνδεση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικίες 10–13 ετών, συνεκτιμώντας τη συμβολή της αυτοεκτίμησης, της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ των μαθητών. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την πολυπαραγοντική φύση του φαινομένου και αναδεικνύουν την ανάγκη:

- για χάραξη τεκμηριωμένων πολιτικών που βασίζονται σε τοπικά ερευνητικά δεδομένα,
- για ανάπτυξη εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών πρόληψης, ανίχνευσης και παρέμβασης στα προβλήματα ψυχικής υγείας παιδιών σχολικής ηλικίας,
- για διασύνδεση του σχολείου με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της κοινότητας.

Εν κατακλείδι, η παρούσα έρευνα παρουσιάζει για πρώτη φορά στην Κύπρο την σχέση σχολικού εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικίες 10-13 ετών συνυπολογίζοντας το κοινωνικό-δημογραφικό τους προφίλ, την αυτοεκτίμηση και την ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν το μέγεθος και την πολυπλοκότητα του προβλήματος και ίσως δώσει το ερέθισμα για περαιτέρω έρευνα και ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών για την έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση στα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών.

9 Περιορισμοί της μελέτης

Ένας από τους βασικούς περιορισμούς της παρούσας μελέτης είναι ότι τα δεδομένα βασίστηκαν σε αυτό-αναφορές των παιδιών. Σε αυτές τις ηλικίες, οι δεξιότητες αντικειμενικής αυτοαξιολόγησης και αυτοαντίληψης ενδέχεται να μην είναι πλήρως ανεπτυγμένες, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ακρίβεια των απαντήσεων. Η υποκειμενικότητα αυτή θα μπορούσε να οδηγήσει σε υπερεκτιμήσεις ή υποτιμήσεις των εμπειριών και συναισθημάτων τους.

Για τη μείωση του σχετικού κινδύνου, εφαρμόστηκαν κατευθυντήριες στρατηγικές που προτείνει η βιβλιογραφία. Αν και οι απόψεις δίστανται, η τήρηση συγκεκριμένων αρχών

πριν και κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης συνέβαλε στη μείωση πιθανών σφαλμάτων εκτίμησης. Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκαν σαφή κριτήρια, όπως προτείνουν οι Andrade και συν. (2007, 2010), ενώ η γλώσσα και η δομή των εργαλείων προσαρμόστηκαν στην ηλικία των παιδιών. Οι στόχοι και η διαδικασία εξηγήθηκαν με τρόπο κατανοητό, ενώ παρέχονταν παράλληλα υποστήριξη και καθοδήγηση, σύμφωνα με τις συστάσεις των Panadero και συν. (2016), ενισχύοντας την αίσθηση ασφάλειας και μειώνοντας την επίδραση κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη συλλογή των δεδομένων για τις Δυνατότητες και Δυσκολίες, η οποία βασίστηκε στις αναφορές των παιδιών και των γονέων. Αν και η συμμετοχή των δασκάλων θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο σφαιρική αξιολόγηση, οι απαντήσεις εμφάνισαν συνέπεια με τα υπόλοιπα εργαλεία αξιολόγησης της κατάθλιψης και του σχολικού εκφοβισμού.

Επιπλέον, ο συγχρονικός (διαστρωματικός) σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων αιτίας-αποτελέσματος. Οι διαπιστωμένες σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών είναι συσχετιστικές και δεν μπορούν να ερμηνευτούν ως αιτιακές. Παρά ταύτα, προσφέρουν σημαντικές ενδείξεις για μελλοντική διερεύνηση.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, γεγονός που ενδέχεται να επηρέασε την ψυχική κατάσταση των παιδιών. Η αυξημένη αβεβαιότητα, η κοινωνική απομόνωση και οι αλλαγές στην καθημερινότητά τους θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τις απαντήσεις τους, ειδικά σε ζητήματα άγχους, διάθεσης ή κοινωνικής συμπεριφοράς.

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος, αυτό ήταν επαρκές για περιγραφικές αναλύσεις και εκτιμήσεις παραμέτρων σε επίπεδο συνόλου. Ωστόσο, δεν παρείχε επαρκή στατιστική ισχύ για την ασφαλή διερεύνηση όλων των συσχετίσεων και διαφορών, ιδιαίτερα στο πλαίσιο πολυμεταβλητών μοντέλων. Είναι επομένως πιθανό κάποια μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα να οφείλονται στη μειωμένη ισχύ και όχι στην απουσία πραγματικής σχέσης.

Τέλος, αν και διερευνήθηκαν βασικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, δεν συμπεριλήφθηκαν σημαντικοί συγχυτικοί παράγοντες, όπως:

- οικογενειακές δυσκολίες (π.χ. ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, διαζύγιο),
- η ποιότητα της κοινωνικής στήριξης (από γονείς, συνομηλίκους ή εκπαιδευτικούς),

- καθώς και χαρακτηριστικά του σχολικού περιβάλλοντος (όπως το κλίμα ή το επίπεδο υποστήριξης).

Η απουσία ελέγχου για τέτοιες μεταβλητές περιορίζει την ερμηνευτική ισχύ των αποτελεσμάτων, καθώς δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο αυτές να επηρέασαν τις σχέσεις που διαπιστώθηκαν. Η ενσωμάτωσή τους σε μελλοντικές πολυμεταβλητές αναλύσεις θα μπορούσε να προσφέρει πληρέστερη εικόνα των μηχανισμών που διαμορφώνουν την ψυχική ευαλωτότητα στην παιδική ηλικία.

10 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdelrheem, S. S., El-Gibaly, O., & Khairy, H. (2024). Perception of gender norms and its association with bullying behavior among adolescent students. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 99(1). <https://doi.org/10.1186/s42506-024-00151-1>
- Abregú-Crespo, R., Garriz-Luis, A., Ayora, M., Martín-Martínez, N., Cavone, V., Carrasco, M. Á., Fraguas, D., Martín-Babarro, J., Arango, C., & Díaz-Caneja, C. M. (2024). School bullying in children and adolescents with neurodevelopmental and psychiatric conditions: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8(2), 122–134. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00289-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00289-4)
- Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>
- Adler, N., & Stewart, J. (2004). Self-esteem. *Psychosocial Working Group*. Retrieved from <http://www.macses.ucsf.edu/research/psychosocial/selfesteem.php>
- Andrade, H. (2010). "Students as the definitive source of formative assessment: Academic self-assessment and the self-regulation of learning." In H. Andrade & G. Cizek (Eds.), *Handbook of formative assessment* (pp. 90–105). New York: Routledge.
- Andrade, H., & Du, Y. (2007). "Student responses to criteria-referenced self-assessment." *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 32(2), 159–181. DOI: 10.1080/02602930600801928
- Ahmed, G. K., Metwaly, N. A., Elbeh, K., Galal, M. S., & Shaaban, I. (2022). Prevalence of school bullying and its relationship with attention deficit-hyperactivity disorder and conduct disorder: a cross-sectional study. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 58(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s41983-022-00494-6>
- Allen, J. P., Pettit, C., Costello, M. A., Hunt, G. L., & Stern, J. A. (2024). A social-development model of the evolution of depressive symptoms from age 13 to 30. *Development and Psychopathology*, 36(1), 280–290. doi:10.1017/S0954579422001183
- Allen, K. A., Kern, M. L., Rozek, C. S., McInerney, D., & Slavich, G. M. (2021). Belonging: A Review of Conceptual Issues, an Integrative Framework, and Directions for Future Research. *Australian journal of psychology*, 73(1), 87–102. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1883409>

- Alsaad AJ, Azhar Y, Al Nasser Y. Depression in Children. (2024). StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534797>
- Al-Smadi, M., Abu Khait, A. F., Shahrour, G., Hamaideh, S. H., & Al-Omari, H. (2024). The mediation role of social support in the relationship between bullying and depressive symptoms among Jordanian adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 78, e375-e382. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.07.028>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed. text rev). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00424>
- Anant, N., Kaur, D., Nadarajan, R., Phua, D. Y., Chong, Y. S., Gluckman, P. D., ... & Ang, Y. (2023). Validating the children's depression inventory-2: results from the growing up in Singapore towards healthy outcomes (gusto) study. *Plos One*, 18(5), e0286197. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286197>
- Arakelyan, S., & Ager, A. (2021). Annual Research Review: A multilevel bioecological analysis of factors influencing the mental health and psychosocial well-being of refugee children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(5), 484–509. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13355>
- Ayer, L., Ohana, E., Ivanova, M. Y., Frering, H. E., Achenbach, T. M., & Althoff, R. R. (2024). Emotional and behavioral problem profiles of preteens with self-injurious thoughts and behaviors: a multicultural study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(9), 931-942. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.11.012>
- Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Kahn, J.-P., Postuvan, V., Resch, F., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, C., Carli, V., & Wasserman, D. (2012). P-259 - Prevalence of adolescent depression in Europe. *European Psychiatry*, 27, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74426-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74426-7)
- Balluerka, N., Aliri, J., Goñi-Balentiaga, O., & Gorostiaga, A. (2023). Association between bullying victimization, anxiety and depression in childhood and adolescence: The

- mediating effect of self-esteem. *Revista de Psicodidactica*, 28(1), 26–34.
<https://doi.org/10.1016/j.psicod.2022.10.001>
- Bang, H., Won, D., & Park, S. (2020). School engagement, self-esteem, and depression of adolescents: the role of sport participation and volunteering activity and gender differences. *Children and Youth Services Review*, 113, 105012.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105012>
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 1, pp. 680-740). New York, NY: McGraw-Hill.
- Bear, G. G., Mantz, L. S., Glutting, J. J., Yang, C., & Boyer, D. E. (2015). Differences in Bullying Victimization Between Students With and Without Disabilities. *School Psychology Review*, 44(1), 98–116. <https://doi.org/10.17105/SPR44-1.98-116>
- Betancourt, J. L., Alderson, R. M., Roberts, D. K., & Bullard, C. C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 108, 102394.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394>
- Bettencourt, A. F., Clary, L. K., Ialongo, N., & Musci, R. J. (2023). Long-term consequences of bullying involvement in first grade. *Journal of School Psychology*, 97, 63–76.
<https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.01.004>
- Blascovich, J. and Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, 115-160. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-590241-0.50008-3>
- Blanchflower, D. G., & Bryson, A. (2024). The adult consequences of being bullied in childhood. *Social Science & Medicine*, 345, 116690. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116690>
- Buelens, T., Costantini, G., Luyckx, K., & Claes, L. (2020). Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580922>
- Bürger, A., von Schoenfeld, C., Scheiner, C., Seidel, A., Wasserscheid, A., Gad, D., ... & Reiter, A. M. F. (2023). Universal prevention for non-suicidal self-injury in adolescents is scarce - a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1130610>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, Md. M., David de Vries, T., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying

victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, 20, 100276. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>

Bitsko, R. H., Claussen, A. H., Lichstein, J., Black, L. I., Jones, S. E., Danielson, M. L., Hoenig, J. M., Davis Jack, S. P., Brody, D. J., Gyawali, S., Maenner, M. J., Warner, M., Holland, K. M., Perou, R., Crosby, A. E., Blumberg, S. J., Avenevoli, S., Kaminski, J. W., Ghandour, R. M., & Contributor (2022). Mental Health Surveillance Among Children - United States, 2013-2019. *MMWR supplements*, 71(2), 1–42. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7102a1>

Bong, S. H., Kim, K. M., Seol, K. H., & Kim, J. W. (2021). Bullying perpetration and victimization in elementary school students diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 62, 102729. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102729>

Brechan, I. and Kvaem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>

Brill, K., McGuinness, C., & Nordstokke, D. (2025). Relations between a social emotional learning (sel) program and changes in resilience, self-esteem, and psychological flourishing in a youth sample. *Discover Mental Health*, 5(1). <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00173-x>

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley.

Campbell J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 538–549.

Casale, A. D., Zocchi, C., Kotzalidis, G. D., Fiaschè, F., & Girardi, P. (2021). Prevention of depression in children, adolescents, and young adults: the role of teachers and parents. *Psychiatry International*, 2(3), 353-364. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint2030027>

Carey, F. R., Wilkinson, A. V., Ranjit, N., Mandell, D. J., & Hoelscher, D. M. (2018). Perceived weight and bullying victimization in boys and girls. *Journal of School Health*, 88(3), 217-226. <https://doi.org/10.1111/josh.12600>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Other Concerns and Conditions with ADHD. <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/conditions.html#ref>.
- Chen, H., Guo, H., Chen, H., Cao, X., Liu, J., Chen, X., Tian, Y., Tang, H., Wang, X., & Zhou, J. (2023). Influence of academic stress and school bullying on self-harm behaviors among Chinese middle school students: The mediation effect of depression and anxiety. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1049051>
- Chen, X., Cai, Z., He, J., & Fan, X. (2019). Gender differences in life satisfaction among children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 21(6), 2279-2307. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00169-9>
- Cheng, S., Kaminga, A. C., Liu, Q., Wu, F., Wang, Z., Wang, X., ... & Liu, X. (2022). Association between weight status and bullying experiences among children and adolescents in schools: an updated meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105833. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105833>
- Chicoine, J., Marcotte, D., & Poirier, M. (2021). Bullying perpetration and victimization among adolescents: A diathesis-stress model of depressive symptoms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 77, Article 101350. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2021.101350>
- Chow, A. R. W., Pingault, J., & Baldwin, J. (2022). Early risk factors for joint trajectories of bullying victimisation and perpetration. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1723-1731. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01989-6>
- Choi, J., Teshome, T. Z., & Smith, J. P. (2021). Neighborhood disadvantage, childhood adversity, bullying victimization, and adolescent depression: a multiple mediational analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 554-562. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.041>
- Choi, B. and Park, S. (2021). Bullying perpetration, victimization, and low self-esteem: examining their relationship over time. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(4), 739-752. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01379-8>
- Cho, Y., Lee, E., Hong, S., Joung, Y., & Kim, J. (2022). Reliability and validity of the Korean version of children's depression inventory 2 short version as a screening tool: a comparison with the standard 28-item version. *Psychiatry Investigation*, 19(1), 54-60. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0296>

- Cohen, D. R., Herman, K. C., Stormont, M., Reinke, W. M., & Ostrander, R. (2023). Profiles of multi-informant ratings of depressive symptoms in children with ADHD symptomology. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 86, 101531. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101531>
- Cosma, A., Bjereld, Y., Elgar, F. J., Richardson, C., Bilz, L., Craig, W., ... & Walsh, S. D. (2022). Gender differences in bullying reflect societal gender inequality: a multilevel study with adolescents in 46 countries. *Journal of Adolescent Health*, 71(5), 601-608. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.015>
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest.. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.882>
- Cuba Bustinza, C., Adams, R. E., Claussen, A. H., Vitucci, D., Danielson, M. L., Holbrook, J. R., Charania, S. N., Yamamoto, K., Nidey, N., & Froehlich, T. E. (2022). Factors Associated With Bullying Victimization and Bullying Perpetration in Children and Adolescents With ADHD: 2016 to 2017 National Survey of Children's Health. *Journal of Attention Disorders*, 26(12), 1535–1548. <https://doi.org/10.1177/10870547221085502>
- Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L., & McKeown, R. E. (2020). ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *Journal of Attention Disorders*, 24(9), 1345–1354. <https://doi.org/10.1177/1087054715613437>
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Heybati, K., Lohit, S., Abbas, U., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Huang, E., Zuo, Q. K., Moskalyk, M., Ramaraju, H. B., & Heybati, S. (2023). Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1520(1), 53–73. <https://doi.org/10.1111/nyas.14947>
- Dhungel, B., Kato, T., Gilmour, S., Kachi, Y., Ochi, M., Nagayoshi, M., & Takehara, K. (2023). Trajectories of fathers' childcare involvement and child behavioral outcomes. *Pediatrics International*, 65(1). <https://doi.org/10.1111/ped.15682>
- Doering, S., Halldner, L., Larsson, H., Gillberg, C., Kuja-Halkola, R., Lichtenstein, P., & Lundström, S. (2022). Childhood-onset versus adolescent-onset anxiety and depression:

- Epidemiological and neurodevelopmental aspects. *Psychiatry Research*, 312, 114556. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114556>
- Dou, Y., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., O'Donnell, R. R., Bunyachatakul, S., & Pojanapotha, P. (2022). Bullying victimization moderates the association between social skills and self-esteem among adolescents: a cross-sectional study in international schools. *Children*, 9(11), 1606. <https://doi.org/10.3390/children9111606>
- Domitrovich, C. E., Durlak, J. A., Staley, K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-emotional competence: an essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development*, 88(2), 408-416. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>
- Du, C., DeGuisto, K., Albright, J., & Alrehaili, S. (2018). Peer support as a mediator between bullying victimization and depression. *International Journal of Psychological Studies*, 10(1), 59. <https://doi.org/10.5539/ijps.v10n1p59>
- Elliott. (1999). Editor's introduction. In D. Olweus & S. Limber (1999) *Blueprints for violence prevention: Bullying Prevention Program*. Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Boulder, USA.
- Emerson, E., King, T., Llewellyn, G., Milner, A., Aitken, Z., Arciuli, J., ... & Kavanagh, A. (2019). Emotional difficulties and self-harm among british adolescents with and without disabilities: cross sectional study. *Disability and Health Journal*, 12(4), 581-587. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.04.007>
- Farmakopoulou, I., Lekka, M., & Gkintoni, E. (2024). Clinical symptomatology of anxiety and family function in adolescents—the self-esteem mediator. *Children*, 11(3), 338. <https://doi.org/10.3390/children11030338>
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & community psychiatry*, 44(2), 134–140. <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>.
- Flores, M. W., Sharp, A., Carson, N. J., & Cook, B. L. (2023). Estimates of Major Depressive Disorder and Treatment Among Adolescents by Race and Ethnicity. *JAMA Pediatrics*, 177(11), 1215. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3996>
- Floros, G., Paradeisioti, A., Hadjimarcou, M., Mappouras, D. G., Kalakouta, O., Avagianou, P., & Siomos, K. (2013). Cyberbullying in Cyprus--associated parenting style and psychopathology. *Studies in health technology and informatics*, 191, 85–89.
- Fraser, A., Cooper, M., Agha, S. S., Collishaw, S., Rice, F., Thapar, A., & Eyre, O. (2018). The presentation of depression symptoms in attention-deficit/hyperactivity disorder: comparing

- child and parent reports. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(3), 243–250. <https://doi.org/10.1111/camh.12253>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press; Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Farkas, B. F., Takács, Z. K., Kollárovics, N., & Balázs, J. (2023). The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>
- Farrington, D. (1993). Understanding and preventing bullying. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research*. Chicago: University of Chicago Press. Vol. 17, pp.348-458.
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., & Pérez-Albéniz, A. (2020). Emotional and behavioural difficulties and prosocial behaviour in adolescents: a latent profile analysis. *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental (English Edition)*, 13(4), 202-212. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.01.003>
- Forbes, M. K., Fitzpatrick, S., Magson, N. R., & Rapee, R. M. (2018). Depression, anxiety, and peer victimization: bidirectional relationships and associated outcomes transitioning from childhood to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(4), 692-702. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0922-6>
- Gage, N. A., Katsiyannis, A., Rose, C., & Adams, S. E. (2021). Disproportionate Bullying Victimization and Perpetration by Disability Status, Race, and Gender: A National Analysis. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 5(3), 256–268. <https://doi.org/10.1007/s41252-021-00200-2>
- Gautam, N., Rahman, M. M., & Khanam, R. (2024). Adverse childhood experiences and externalizing, internalizing, and prosocial behaviors in children and adolescents: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 363, 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.064>
- Galanou, C., Galanakis, M., Alexopoulos, E., & Darviri, C. (2014). Rosenberg self-esteem scale greek validation on student sample. *Psychology*, 05(08), 819-827. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.58093>
- Georgiou, S. N. (2008). Bullying and victimization at school: The role of mothers. *British Journal of Educational Psychology*, 78(1), 109–125. <https://doi.org/10.1348/000709907X204363>

- Geoffroy, M., Boivin, M., Arseneault, L., Renaud, J., Perret, L. C., Turecki, G., ... & Côté, S. M. (2018). Childhood trajectories of peer victimization and prediction of mental health outcomes in midadolescence: a longitudinal population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 190(2), E37-E43. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170219>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A. I., Gabilondo, A., Pérez-Ara, M. A., A, M. M., Lagares, C., Parés-Badell, O., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Soto-Sanz, V., Alonso, J., & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*, 245, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *The Journal of pediatrics*, 206, 256–267.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>
- Ghardallou, M., Mtiraoui, A., Ennamouchi, D., Amara, A., Gara, A., Dardouri, M., Zedini, C., & Mtiraoui, A. (2024). Bullying victimization among adolescents: Prevalence, associated factors and correlation with mental health outcomes. *PloS one*, 19(3), e0299161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299161>
- Golberstein, E., Gonzales, G., & Meara, E. (2019). How do economic downturns affect the mental health of children? Evidence from the National Health Interview Survey. *Health Economics*, 28(8), 955–970. <https://doi.org/10.1002/hec.3885>
- Gong, Z., Han, Z., Zhang, H., & Zhang, G. (2019). Weight status and school bullying experiences in urban china: the difference between boys and girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 2663-2686. <https://doi.org/10.1177/0886260519880170>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, S. H. (2020). Intergenerational Transmission of Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 213–238. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071519-113915>
- Greven CU, Richards JS, Buitelaar JK. (2018) Sex differences in ADHD. In: Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A, editors. *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder*. Oxford, UK: Oxford University Press. p. 154-60.

- Gray, E., Scott, J. G., Lawrence, D., & Thomas, H. J. (2021). Concordance between adolescents and parents on the strengths and difficulties questionnaire: analysis of an Australian nationally representative sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(11), 1058-1070. <https://doi.org/10.1177/00048674211009610>
- Guan, M., Liu, J., Li, X., Cai, M., Bi, J., Zhou, P., ... & Wang, H. (2024). The impact of depressive and anxious symptoms on non-suicidal self-injury behavior in adolescents: a network analysis. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05599-1>
- Guest, E., Zucchelli, F., Costa, B., Bhatia, R., Halliwell, E., & Harcourt, D. (2022). A systematic review of interventions aiming to promote positive body image in children and adolescents. *Body Image*, 42, 58-74. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.04.009>
- Gustavson, K., Torvik, F. A., Eilertsen, E. M., Ask, H., McAdams, T. A., Hannigan, L. J., Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., & Gjerde, L. C. (2021). Genetic and environmental contributions to co-occurring ADHD and emotional problems in school-aged children. *Developmental Psychology*, 57(8), 1359–1371. <https://doi.org/10.1037/dev0001229>
- Hards, E., Orchard, F., & Reynolds, S. (2023). ‘I am tired, sad and kind’: self-evaluation and symptoms of depression in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00661-4>
- Harris, M. A., Wetzel, E., Robins, R. W., Donnellan, M. B., & Trzesniewski, K. H. (2017). The development of global and domain self-esteem from ages 10 to 16 for Mexican-origin youth. *International Journal of Behavioral Development*, 42(1), 4-16. <https://doi.org/10.1177/0165025416679744>
- Hamza, C. A., Stewart S. L., & Willoughby T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- HBSC, Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey). <https://data-browser.hbsc.org>
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2013). The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-16>
- Hellström, L. and Beckman, L. J. (2019). Adolescents’ perception of gender differences in bullying. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(1), 90-96. <https://doi.org/10.1111/sjop.12523>

- Henrich, C. C. and Shahar, G. (2014). Moderators of the effect of peer victimization during fifth grade on subsequent symptoms of (anxious) depression: the roles of engagement in bullying and baseline symptomatology. *Prevention Science*, 15(6), 888-896. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0456-9>
- Hernandez, M. L., Garcia, A. M., Spiegel, J. A., Dick, A. S., & Graziano, P. A. (2024). Multimodal Assessment of Emotion Dysregulation in Children with and without ADHD and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53(3), 444-459. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2303706>
- Hewitt, John P. (2009). "The Social Construction of Self-Esteem". In Lopez, Shane J.; Snyder, C.R. (eds.). *Oxford Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press. pp. 217-224. ISBN 978-0195187243.
- Hu, T. and Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Hua, Z., Wang, S., & Yuan, X. (2024). Trends in age-standardized incidence rates of depression in adolescents aged 10-24 in 204 countries and regions from 1990 to 2019. *Journal of Affective Disorders*, 350, 831-837. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.009>
- Huang, H., Ding, Y., Wan, X., Liang, Y., Zhang, Y., Gao L., Chen, C. (2022). A meta-analysis of the relationship between bullying and non-suicidal self-injury among children and adolescents. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22122-2>
- Huang, X., Hu, N., Yao, Z., & Peng, B. (2022). Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.962147>
- Hill, R. M., Mellick, W., Temple, J. R., & Sharp, C. (2017). The role of bullying in depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: A growth mixture model. *Journal of Affective Disorders*, 207, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.007>
- Ho, T. T. Q. and Gu, C. (2021). Cyberbullying victimization and depression: self-esteem as a mediator and approach coping strategies as moderators. *Journal of American College Health*, 71(1), 94-101. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1877718>
- Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: An introduction. *American Psychologist*, 70(4), 293-299. <https://doi.org/10.1037/a0038928>

- Ibrahim, P., Almeida, D., Nagy, C., & Turecki, G. (2021). Molecular impacts of childhood abuse on the human brain. *Neurobiology of Stress*, 15, 100343. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100343>
- Janiri, D., di Luzio, M., Montanari, S., Hirsch, D., Simonetti, A., Moccia, L., Conte, E., Contaldo, I., Veredice, C., Mercuri, E., & Sani, G. (2024). Childhood Trauma and Self-harm in Youths with Bipolar Disorders. *Current Neuropharmacology*, 22(1), 152–158. <https://doi.org/10.2174/1570159X21666230213155249>
- John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., ... & Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e129. <https://doi.org/10.2196/jmir.9044>
- Kalogerakis, Z., Lazaratou, H., Petroutsou, A., Touloumi, G., Dikeos, D., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2021). Prevalence of Bullying and its Co-occurrence with Aggression and Mental Health Problems among Greek Adolescents Attending Urban Schools. *Journal of research in health sciences*, 22(1), e00538. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2022.73>
- Kang, B., Li, Y., Zhao, X., Cui, X., Qin, X., Fang, S., Chen, J., & Liu, X. (2024). Negative parenting style and depression in adolescents: A moderated mediation of self-esteem and perceived social support. *Journal of Affective Disorders*, 345, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.132>
- Karanikola N.K .M, Lyberg A, Holm A.L , Severinsson E.(2018) .*The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review*. Hindawi, BioMed Research International, Vol. 2018, P:36.
- Kashdan T. B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1225–1232. [10.1016/S0191-8869\(03\)00213-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00213-7)
- Katsantonis, I., Barrado, B., McLellan, R., & Gimenez, G. (2024). Subjective well-being and bullying victimisation: a cross-national study of adolescents in 64 countries and economies. *Child Indicators Research*, 17(4), 1563-1585. <https://doi.org/10.1007/s12187-024-10147-0>

- Kennedy, A., & Brausch, A. M. (2024). Emotion dysregulation, bullying, and suicide behaviors in adolescents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 15, 100715. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100715>
- Kennedy, R. S. (2021). Bullying Trends in the United States: A Meta-Regression. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 914–927. <https://doi.org/10.1177/1524838019888555>
- Khesht-Masjedi, M., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Golshahi, M., & Sharif-Ghaziani, Z. (2017). Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(4), 775. https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_129_17
- Klomek, A. B., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., ... & Wasserman, D. (2018). Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of european adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 209-215. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12951>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory: Manual* (pp. p-Q8). Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. (2011). *Children's Depression Inventory 2 (CDI-2): Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kupferberg, A. and Hasler, G. (2023). The social cost of depression: investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100631. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100631>
- Kuscuoglu, A. and Hartas, D. (2022). Academic self- concept, self-esteem and school attitudes in pre and mid adolescents: gender, ses and parenting. *Research Papers in Education*, 39(3), 492-515. <https://doi.org/10.1080/02671522.2022.2150885>
- Kim, Y., Lee, H., & Park, A. (2022). Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(2), 331–341. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02129-2>
- Kim, S. Y., Schwartz, S. J., Perreira, K. M., & Juang, L. P. (2018). Culture's Influence on Stressors, Parental Socialization, and Developmental Processes in the Mental Health of Children of Immigrants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 343–370. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084925>.
- Lambooy, B., Beck, F., Tessier, D., Williamson, M. O., Fréry, N., Turgon, R., Tassie, J. M., Barrois, J., Bessa, Z., & Shankland, R. (2022). The Key Role of Psychosocial Competencies in

- Evidence-Based Youth Mental Health Promotion: Academic Support in Consolidating a National Strategy in France. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16641. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416641>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lawrence, T. I. (2024). Pro-bullying attitudes and impulsivity link polyvictimization to adolescent aggression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(3), 289–297. <https://doi.org/10.1037/pro0000553>
- Lehmann, P. S., Wingert, A. C., & Jones, M. S. (2024). Bullying Victimization, Gender, and Adolescent Substance Use: The Moderating Role of School Connectedness. *Crime & Delinquency*. <https://doi.org/10.1177/00111287241242481>
- Levy, T., Kronenberg, S., Crosbie, J., & Schachar, R. J. (2020). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and suicidality in children: The mediating role of depression, irritability and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 265, 200–206. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.022>
- Lidberg, J., Berne, S., & Frisé, A. (2023). Challenges in Emerging Adulthood Related to the Impact of Childhood Bullying Victimization. *Emerging Adulthood*, 11(2), 346–364. <https://doi.org/10.1177/21676968211051475>
- Lin, L., Chien, Y., Chen, Y., Wu, C. Y. R., & Chiou, H. (2022). Bullying experiences, depression, and the moderating role of resilience among adolescents. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.872100>
- Lin, S., Li, Y., Sheng, J., Wang, L., Han, Y., Yang, X., ... & Jun, C. (2023). Cybervictimization and non-suicidal self-injury among chinese adolescents: a longitudinal moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*, 329, 470-476. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.124>
- Lindgren, B.-M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A Systematic Literature Review of Experiences of Professional Care and Support Among People Who Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 173–192. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319309>
- Lipsky, R. K., McDonald, C. C., Souders, M. C., Carpio, C. C., & Teitelman, A. M. (2022). Adverse childhood experiences, the serotonergic system, and depressive and anxiety disorders in adulthood: A systematic literature review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104495. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.018>

- Liu, Y., Yu, X., An, F., & Wang, Y. (2023). School bullying and self-efficacy in adolescence: a meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 95(8), 1541-1552. <https://doi.org/10.1002/jad.12245>
- Liu, T.-L., Hsiao, R. C., Chou, W.-J., & Yen, C.-F. (2021). Perpetration of and Victimization in Cyberbullying and Traditional Bullying in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Roles of Impulsivity, Frustration Intolerance, and Hostility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6872. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136872>
- Liu, Q., Jiang, M., Li, S., & Yang, Y. (2021). Social support, resilience, and self-esteem protect against common mental health problems in early adolescence. *Medicine*, 100(4), e24334. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000024334>
- López-Castro, L., Smith, P. K., Robinson, S., & Görzig, A. (2023). Age differences in bullying victimisation and perpetration: evidence from cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 73, 101888. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2023.101888>
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the covid-19 pandemic in europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y>
- Man, X., Liu, J., & Xue, Z. (2022). Effects of Bullying Forms on Adolescent Mental Health and Protective Factors: A Global Cross-Regional Research Based on 65 Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2374. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042374>
- Malecki, C. K., Demaray, M. K., Smith, T. J., & Emmons, J. (2020). Disability, poverty, and other risk factors associated with involvement in bullying behaviors. *Journal of School Psychology*, 78, 115–132. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.01.002>
- Malonda-Vidal, E., García, P. S., Llorca, A., Muñoz-Navarro, R., & Mestre-Escrivá, V. (2021). Traditional masculinity and aggression in adolescence: its relationship with emotional processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9802. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189802>
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-Esteem in a Broad-Spectrum Approach for Mental Health Promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyg041>.

- Marquez, J. (2023). Gender differences in school effects on adolescent life satisfaction: exploring cross-national variation. *Child & Youth Care Forum*, 53(2), 389-409. <https://doi.org/10.1007/s10566-023-09756-7>
- Masselink, M., Roekel, E. v., & Oldehinkel, A. J. (2017). Self-esteem in early adolescence as predictor of depressive symptoms in late adolescence and early adulthood: the mediating role of motivational and social factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 932-946. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0727-z>
- Masselink, M., van Roekel, E., Hankin, B. L., Keijsers, L., Lodder, G. M. A., Vanhalst, J., Verhagen, M., Young, J. F., & Oldehinkel, A. J. (2018). The Longitudinal Association between Self-Esteem and Depressive Symptoms in Adolescents: Separating Between-Person Effects from Within-Person Effects. *European Journal of Personality*, 32(6), 653–671. <https://doi.org/10.1002/per.2179>
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17,827–838.
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
- Millon, E. M., Alqueza, K. L., Kamath, R. A., Marsh, R., Pagliaccio, D., Blumberg, H. P., ... & Auerbach, R. P. (2022). Non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors among adolescent inpatients. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(1), 48-59. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01380-1>
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2020). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602-611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>
- Moksnes, U. K., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., & Haugan, G. (2024). Validation of rosenberg self-esteem scale among norwegian adolescents – psychometric properties across samples. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02004-0>

- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425. <https://doi.org/10.1037/00332909.110.3.406>
- Mostert, C. M. (2023). Macroeconomics and health: Understanding the impact of a declining economy on health outcomes of children and young adults in South Africa. *SSM - Population Health*, 22, 101404. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101404>
- Momose, Y., & Ishida, H. (2024). Bullying experiences in childhood and health outcomes in adulthood. *PLOS ONE*, 19(7), e0305005. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305005>
- Mowlem, F. D., Agnew-Blais, J., Taylor, E., & Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet adhd diagnostic criteria? sex differences among children with high adhd symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765-773. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- Mullan, V. M. R., Golm, D., Juhl, J., Sajid, S., & Brandt, V. (2023). The relationship between peer victimisation, self-esteem, and internalizing symptoms in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 18(3), e0282224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282224>
- Mukherjee, K., & Hussain, D. (2022). The role of peer victimization and emotion dysregulation in social anxiety and disordered eating comorbidity in young adults. *Current Psychology*, 41(9), 6424–6438. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01112-5>
- Murray, A. L., Zych, I., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2021). Developmental relations between ADHD symptoms and bullying perpetration and victimization in adolescence. *Aggressive Behavior*, 47(1), 58–68. <https://doi.org/10.1002/ab.21930>
- Murphy, D., Leonard, S. J., Taylor, L. K., & Santos, F. H. (2022). Educational achievement and bullying: The mediating role of psychological difficulties. *British Journal of Educational Psychology*, 92(4), 1487–1501. <https://doi.org/10.1111/bjep.125117>
- Myklestad, I. and Straiton, M. L. (2021). The relationship between self-harm and bullying behaviour: results from a population based study of adolescents. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10555-9>
- Niu, S., Yin, X., Pan, B., Chen, H., Dai, C., Tong, C., ... & Feng, X. (2024). Understanding comorbidity between non-suicidal self-injury and depressive symptoms in a clinical sample of adolescents: a network analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 20, 1-17. <https://doi.org/10.2147/ndt.s443454>

- Nixon, C. L., Brown, W. J., Frausel, R. R., Hodge, J. J., Michael, A., & Hetzel-Riggin, M. D. (2023). Mediating effects of hopefulness in the relationship between different forms of peer victimization and adolescents' emotional dysfunction. *International Journal of Bullying Prevention*. <https://doi.org/10.1007/s42380-023-00184-8>
- Ng, Y. Y., & Wan Sulaiman, W. S. (2017). Resilience as Mediator in the Relationship between Family Functioning and Depression among Adolescents from Single Parent Families. *Akademika*, 87(01), 111–122. <https://doi.org/10.17576/akad-2017-8701-08>
- Ogundele, M. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: a brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9-26. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v7.i1.9>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers
- Olweus, D. (1999) Olweus' core programme against bullying and antisocial behavior: A teacher handbook. *Research Center for Health promotion (Hemil Center)*. Bergen, Norway
- Olweus D. The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire. Bergen: Research Center for Health Promotion; 1996.
- Opondo, C., Redshaw, M., & Quigley, M. A. (2017). Association between father involvement and attitudes in early child-rearing and depressive symptoms in the pre-adolescent period in a uk birth cohort. *Journal of Affective Disorders*, 221, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.010>
- Orengul, A. C., Meral, Y., Goker, H., Orem, M. S., Zorlu, A., & Ozkececi Cifterler, H. H. (2023). Peer Victimization in Preadolescent Children With ADHD: A Controlled Follow-up Study. *Journal of Pediatric Health Care*, 37(6), 636–642. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.06.007>
- Orth, U., Erol, R. Y., & Luciano, E. C. (2018). Development of self-esteem from age 4 to 94 years: a meta-analysis of longitudinal studies.. *Psychological Bulletin*, 144(10), 1045-1080. <https://doi.org/10.1037/bul0000161>
- Pan, Y., Yang, C., Liu, G., Chan, M., Liu, C., & Zhang, D. (2019). Peer victimization and problem behaviors: the roles of self-esteem and parental attachment among chinese adolescents. *Child Development*, 91(4). <https://doi.org/10.1111/cdev.13319>
- Panadero, E., & Alonso-Tapia, J. (2013). Self-assessment: Theoretical and practical connotations. When it happens, how is it acquired and what to do to develop it in our students. *Electronic*

Journal of Research in Educational Psychology, 11(2), 551–576. <https://doi.org/10.14204/ejrep.30.12200>

- Papacosta, E. S., Paradeisioti, A., & Lazarou, Ch. (2014). Bullying phenomenon and preventive programs in Cyprus's school system. *International Journal of Mental Health Promotion*, 16(1), 67–80. <https://doi.org/10.1080/14623730.2014.888894>
- Park, I., Gong, J., Lyons, G. L., Hirota, T., Takahashi, M., Kim, B., Lee, S., Kim, Y. S., Lee, J., & Leventhal, B. L. (2020). Prevalence of and Factors Associated with School Bullying in Students with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Yonsei Medical Journal*, 61(11), 909. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.11.909>
- Park, S., Meter, D. J., & Roggman, L. A. (2023). Life satisfaction of early adolescents: roles of child abuse, friend communication, and self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, 33(4), 1095-1107. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02561-9>
- Pedersen, G. A., Lam, C., Hoffmann, M., Zajkowska, Z., Walsh, A., Kieling, C., Mondelli, V., Fisher, H. L., Gautam, K., & Kohrt, B. A. (2023). Psychological and contextual risk factors for first-onset depression among adolescents and young people around the globe: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(1), 5–20. <https://doi.org/10.1111/eip.13300>
- Pedersen, A. B., Edvardsen, B. V., Messina, S. M., Volden, M. R., Weyandt, L. L., & Lundervold, A. J. (2024). Self-esteem in adults with adhd using the rosenberg self-esteem scale: a systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 28(7), 1124-1138. <https://doi.org/10.1177/10870547241237245>
- Peker, O., Caykoylu, A., Ugurlu, G., & Ugurlu, M. (2023). Effects of Self-Esteem and Coping Skills on Compulsive Buying in Patients with Major Depression: The Moderator Role of Temperament and Character. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(4), 214. <https://doi.org/10.5455/PBS.20230821011602>
- Pereira da Silva, B. F., Santos Vitti, L., Fiorim Enumo, S. R., & Faro, A. (2022). Do self-esteem and gender help explain depressive and/or anxiety symptoms in adolescents? *Revista de Psicologia*, 40(1), 579–601. <https://doi.org/10.18800/psico.202201.019>
- Petersen, A.C, Costelo, E.J, Compas, B.E, Brooks-Gunn, J. et al., (1993), *Depression in Adolescence*. *American Psychologist* 48:155–168.
- Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., Thapar, A., & Rice, F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression?

- Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(11), 1581–1591. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01463-w>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Predescu, E. and Sipos, R. (2023). Self-harm behaviors, suicide attempts, and suicidal ideation in a clinical sample of children and adolescents with psychiatric disorders. *Children*, 10(4), 725. <https://doi.org/10.3390/children10040725>
- Preston, A. and Rew, L. (2021). Connectedness, self-esteem, and prosocial behaviors protect adolescent mental health following social isolation: a systematic review. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(1), 32-41. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1948642>
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *Plos One*, 16(6), e0251566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Rees, G. & Main, G. (2015) *Children's views on their lives and well-being in 15 countries: A report on the Children's Worlds survey, 2013–14*. Retrieved April 7, 2023, from www.isciweb.org
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. K., & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243, 175–181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.015>
- Robins R. W., Hendin H. M., Trzesniewski K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151–161. 10.1177/0146167201272002
- Rosenberg, E., Burt, K. B., Forehand, R., & Paysnick, . (2016). Youth self-views, coping with stress, and behavioral/emotional problems: the role of incremental self-theory. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1713-1723. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0346-9>

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rupp, K. and McCoy, S. M. (2019). Bullying perpetration and victimization among adolescents with overweight and obesity in a nationally representative sample. *Childhood Obesity*, 15(5), 323-330. <https://doi.org/10.1089/chi.2018.0233>
- Sanctis, F., & Mesurado, B. (2023). Attachment Style and Empathy in Late children, Adolescents, and Adults: Meta-analytic Review. *International journal of psychological research*, 15(2), 114–129. <https://doi.org/10.21500/20112084.5409>
- Sarmiento, Á. S., Ponce, R., & Bertolín, A. G. (2021). Resilience and covid-19. an analysis in university students during confinement. *Education Sciences*, 11(9), 533. <https://doi.org/10.3390/educsci11090533>
- Sattar, N., Waqas, A., Aedma, K. K., Afzaal, T., & Majeed, M. H. (2019). Association of bullying experiences with depressive symptoms and psychosocial functioning among school going children and adolescents. *BMC Research Notes*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4236-x>
- Scourfield, J., Culpin, I., Gunnell, D., Dale, C., Joinson, C., Heron, J., ... & Collin, S. M. (2016). The association between characteristics of fathering in infancy and depressive symptoms in adolescence: a uk birth cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 58, 119-128. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.013>
- Seo, H., Jung, Y., Kim, M., & Bahk, W. (2017). Factors associated with bullying victimization among korean adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 13, 2429-2435. <https://doi.org/10.2147/ndt.s140535>
- Seong, E., Lee, K. H., Lee, J., Kim, S., Seo, D. G., Yoo, J. H., ... & Kim, J. (2024). Depression and posttraumatic stress disorder in adolescents with nonsuicidal self-injury: comparisons of the psychological correlates and suicidal presentations across diagnostic subgroups. *BMC Psychiatry*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05533-5>
- Serafini, G., Aguglia, A., Amerio, A., Canepa, G., Adavastro, G., Conigliaro, C., ... & Amore, M. (2021). The relationship between bullying victimization and perpetration and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(1), 154-175. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01231-5>

- Shafti, M., Taylor, P., Forrester, A., & Pratt, D. (2021). The co-occurrence of self-harm and aggression: a cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.586135>
- Shahrour, G., Dardas, L. A., Al-Khayat, A., & Al-Qasem, A. (2020). Prevalence, correlates, and experiences of school bullying among adolescents: A national study in Jordan. *School Psychology International*, 41(5), 430-453. <https://doi.org/10.1177/0143034320943923>
- Shao, C., Ma, Q., Zhao, Y., & Yun, X. (2021). Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Annals of Palliative Medicine*, 10(9), 9607-9613. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1951>
- Shattnawi, K. K., Al-Ali, N., & Ma'abreh, Y. M. (2022). Prevalence of adverse childhood experiences and their relationship with self-esteem among school-age children in Jordan. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(1), 60-70. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01378-9>
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry research*, 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
- Silva, J. L. d., Oliveira, W. A. d., Komatsu, A. V., Zequinão, M. A., Pereira, B., Caravita, S. C. S., ... & Silva, M. A. I. (2020). Associations between bullying and depression among students in school transition. *Trends in Psychology*, 28(1), 72-84. <https://doi.org/10.1007/s43076-020-00017-3>
- Sohn, M. N., Dimitropoulos, G., Ramirez, A., McPherson, C., Anderson, A., Munir, A., Patten, S. B., McGirr, A., & Devoe, D. J. (2023). Non-suicidal self-injury, suicidal thoughts and behaviors in individuals with an eating disorder relative to healthy and psychiatric controls: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(3), 501–515. <https://doi.org/10.1002/eat.23880>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Slade, K., Forrester, A., & Baguley, T. (2020). Coexisting violence and self-harm: dual harm in an early-stage male prison population. *Legal and Criminological Psychology*, 25(2), 182-198. <https://doi.org/10.1111/lcrp.12169>

- Sindhu, D. M., Rajkumar, E., & Romate, J. (2024). Victimization by Bullying as a Predictor of Antisocial Behavior Among Adolescents. *International Journal of Bullying Prevention*. <https://doi.org/10.1007/s42380-024-00213-0>
- Smith, Eliot R.; Mackie, Diane M. (2007). *Social Psychology* (3rd ed.). Hove: Psychology Press. p. 107. [ISBN 978-1841694085](https://doi.org/10.1007/978-1-84169-408-5).
- Smith, P. K., Kwak, K., & Toda, Y. (Eds.). (2016). *School Bullying in Different Cultures*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139410878>
- Smith, P. K., Castro, L. L., Robinson, S., & Görzig, A. (2019). Consistency of gender differences in bullying in cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.006>
- Snodgrass, M. A., Smith, S. L., & Gregus, S. (2024). Understanding Children and Adolescents' Experiences Being Bullied: A Mixed-Methods Study. *Trends in Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-024-00385-0>
- Sohn, M. N., Dimitropoulos, G., Ramirez, A., McPherson, C., Anderson, A., Munir, A., Patten, S. B., McGirr, A., & Devoe, D. J. (2023). Non-suicidal self-injury, suicidal thoughts and behaviors in individuals with an eating disorder relative to healthy and psychiatric controls: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(3), 501–515. <https://doi.org/10.1002/eat.23880>
- Stänicke, L. I. (2021). The punished self, the unknown self, and the harmed self – toward a more nuanced understanding of self-harm among adolescent girls. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.543303>
- Stavrinos, P., Tantaros, S., Georgiou, S., & Tricha, L. (2018). Longitudinal associations between parental rejection and bullying/victimization. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 23(2), 203–212. <https://doi.org/10.1080/13632752.2017.1413526>
- Sokratous, S., Christos, Z., Despo, P., & Maria, K. (2017). Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0145-8>
- Song, M. K., Yoon, J. Y., & Kim, E. (2020). Trajectories of Depressive Symptoms among Multicultural Adolescents in Korea: Longitudinal Analysis Using Latent Class Growth Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8217. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218217>

- Streit, F., Völker, M. P., Klinger-König, J., Zillich, L., Frank, J., Reinhard, I., Foo, J. C., Witt, S. H., Sirignano, L., Becher, H., Obi, N., Riedel, O., Do, S., Castell, S., Hassenstein, M. J., Karch, A., Stang, A., Schmidt, B., Schikowski, T., ... Rietschel, M. (2023). The interplay of family history of depression and early trauma: associations with lifetime and current depression in the German national cohort (NAKO). *Frontiers in Epidemiology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fepid.2023.1099235>
- Strøm, I. F., Aakvaag, H. F., Birkeland, M. S., Felix, E., & Thoresen, S. I. (2018). The mediating role of shame in the relationship between childhood bullying victimization and adult psychosocial adjustment. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418570>
- Sun, Y., Zhong, Y., Sun, W., Chu, L., Long, J., & Fan, X. W. (2023). More prevalent and more severe: gender differences of depressive symptoms in Chinese adolescents. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167234>
- Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: a meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 186-199. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.09.005>
- Tanas, R., Gil, B., Marsella, M., Nowicka, P., Pezzoli, V., Phelan, S. M., ... & Bernasconi, S. (2022). Addressing weight stigma and weight-based discrimination in children: preparing pediatricians to meet the challenge. *The Journal of Pediatrics*, 248, 135-136.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.06.011>
- Tattum, D and Tattum, E. (1992) *Social Education and Personal Development*. London: David Fulton
- Teng, Z., Liu, Y., & Guo, C. (2015). A meta-analysis of the relationship between self-esteem and aggression among chinese students. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 45-54. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.01.005>
- Thi Thuy, N. (2024). Emotional - behavioral difficulties and prosocial behaviour among vietnamese adolescents: the role of social support. *Health Psychology Research*, 12. <https://doi.org/10.52965/001c.116967>
- Thomas, J., Humeidan, M., Barrack, C., & Huffman, K. L. (2021). Mindfulness, Stress Reactivity, and Depressive Symptoms Among “Third Culture Kids” in the United Arab Emirates. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(2), 192–208. <https://doi.org/10.1177/0022022120987620>.

- Tong, Y., Xie, F., Wen, X., Li, Y., Yuan, M., Zhang, X., Chen, J., Wang, G., & Su, P. (2024). Longitudinal Association between Bullying Victimization and Depressive Symptoms in Chinese Early Adolescents: The Effect of Life Satisfaction. *Depression and Anxiety*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/6671415>
- Townsend, M. L., Jain, A., Miller, C., & Grenyer, B. F. S. (2022). Prevalence, response and management of self-harm in school children under 13 years of age: a qualitative study. *School Mental Health*, 14(3), 685-694. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09494-y>
- Trundle, G., Jones, K. A., Ropar, D., & Egan, V. (2023). Prevalence of Victimization in Autistic Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2282–2296. <https://doi.org/10.1177/15248380221093689>
- Uh, S., Dalmaijer, E. S., Šiugždaitė, R., Ford, T., & Astle, D. E. (2021). Two pathways to self-harm in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(12), 1491-1500. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.03.010>
- UNESCO. (2019). *Behind the numbers: ending school violence and bullying*. <https://doi.org/10.54675/TRVR4270> .
- UNESCO, U. N. (2018). School violence and bullying: Global status and trends, drivers and consequences. *Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246970>
- Vacca, M., Cerolini, S., Zegretti, A., Zagaria, A., & Lombardo, C. (2023). Bullying Victimization and Adolescent Depression, Anxiety and Stress: The Mediation of Cognitive Emotion Regulation. *Children*, 10(12), 1897. <https://doi.org/10.3390/children10121897>
- Van Dijk, M. T., Murphy, E., Posner, J. E., Talati, A., & Weissman, M. M. (2021). Association of Multigenerational Family History of Depression With Lifetime Depressive and Other Psychiatric Disorders in Children. *JAMA Psychiatry*, 78(7), 778. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0350>
- Van Geel, M., Goemans, A., Zwaanswijk, W., Gini, G., & Vedder, P. (2018). Does peervictimization predict low self-esteem, or does low self-esteem predict peer victimization? Meta-analyses on longitudinal studies. *Developmental Review*, 49,31–40. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.07.001>
- Vargas-Medrano, J., Diaz-Pacheco, V., Castaneda, C., Miranda-Arango, M., Longhurst, M. O., Martin, S. L. Ghumman U., Mangadu T., Chheda S.,Thompson M.P., & Gadad, B. S.

- (2020). Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: current outlooks. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 7, 100124. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100124>
- Vaughn-Coaxum, R. A., Mair, P., & Weisz, J. R. (2016). Racial/Ethnic Differences in Youth Depression Indicators. *Clinical Psychological Science*, 4(2), 239–253. <https://doi.org/10.1177/2167702615591768>
- Victor, S. E. and Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282-297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Viesel-Nordmeyer, N., Reuber, J., Kuhn, J.-T., Moll, K., Holling, H., & Dobel, C. (2023). Cognitive Profiles of Children with Isolated and Comorbid Learning Difficulties in Reading and Math: a Meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 35(1), 34. <https://doi.org/10.1007/s10648-023-09735-3>
- Wang, Y., Li, X., Ng, C. H., Xu, D., Hu, S., & Yuan, T. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (nssi) in adolescents: a meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 46, 101350. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>
- Wang, X., Wang, H., & Wang, W. (2024). Longitudinal associations among bullying victimization, self-esteem, and adolescents' depressive symptoms. *Psychology of Violence*, 14(1), 56–65. <https://doi.org/10.1037/vio0000490>
- Walters, G. D., Runell, L., & Kremser, J. (2023). Mediating the Bullying-to-Delinquency Transition With Peer Delinquency and Cognitive Insensitivity. *Crime & Delinquency*, 69(8), 1467–1488. <https://doi.org/10.1177/00111287221118885>
- Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion.. <https://doi.org/10.1007/978-1-4612-4948-1>
- Wingefeld, S. A. (2002). Assessment of behavioral and emotional difficulties in children and adolescents. *Peabody Journal of Education*, 77(2), 85-105. https://doi.org/10.1207/s15327930pje7702_7
- Wu, Y., Zhang, Y., Wang, C., & Huang, B. (2024). A meta-analysis on the lifetime and period prevalence of self-injury among adolescents with depression. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1434958>

- Wood, C., Griffin, M., Barton, J., & Sandercock, G. (2021). Modification of the Rosenberg Scale to Assess Self-Esteem in Children. *Frontiers in public health*, 9, 655892. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.655892>
- World Health Organization. (2021). Action Plan 2013-2030. *World Health Organization* . <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization.(2023),Depression,Key fact.<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2024). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
- World Health Organization. (2021), Mental health of adolescents, Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2001). *The World health report 2001: Mental health — new understanding, new hope*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- Xiang, A. H., Martinez, M. P., Chow, T., Carter, S., Negriff, S., Velasquez, B., ... & Kumar, S. (2024). Depression and anxiety among us children and young adults. *JAMA Network Open*, 7(10), e2436906. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.36906>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- Xing, J., Peng, M., Deng, Z., Chan, K. L., Chang, Q., & Ho, R. T. H. (2023). The Prevalence of Bullying Victimization and Perpetration Among the School-Aged Population in Chinese Communities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3445–3460. <https://doi.org/10.1177/15248380221129595>
- Xu, S., Ren, J., Li, F., Wang, L., & Wang, S. (2020). School bullying among vocational school students in china: prevalence and associations with personal, relational, and school factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), NP104-NP124. <https://doi.org/10.1177/0886260520907360>
- Yan, Y., Zhang, J., & Lu, N. (2024). Adverse childhood experiences and self-esteem among adolescents: the role of social capital and gender. *Journal of Adolescence*. <https://doi.org/10.1002/jad.12361>

- Ye, Z., Wu, D., He, X., Ma, Q., Peng, J., Mao, G., Feng, L., & Tong, Y. (2023). Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC psychiatry*, 23(1), 215 <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04681-4>
- Yeo, G., Tan, C., Ho, D., & Baumeister, R. F. (2023). How do aspects of selfhood relate to depression and anxiety among youth? A meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(11), 4833–4855. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001083>
- Yoon, Y., Eisenstadt, M., Lereya, S. T., & Deighton, J. (2023). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(9), 1569–1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., ... & Woodhouse, E. (2020). Females with adhd: an expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Zaen, N. A., Nuha, R. U., & Veibiani, N. A. (2022). Meta Analysis: The Effect of Bullying on Adolescents on Mental Health and Depression. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 7(1), 104–119. <https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2022.07.01.09>
- Zeynep Başgöze, Andrea Wiglesworth, Katherine A. Carosella, Bonnie Klimes-Dougan, Kathryn R. Cullen (2021). Depression, Non-Suicidal Self-Injury, and Suicidality in Adolescents: Common and Distinct Precursors, Correlates, and Outcomes. *Journal of Psychiatry and Brain Science*. 6:e210018 <https://doi.org/10.20900/jpbs.20210018>
- Zhang, J., Duan, X., Yan, Y., Tan, Y., Wu, T., Xie, Y., ... & Liu, L. (2024). Family functioning and adolescent mental health: the mediating role of bullying victimization and resilience. *Behavioral Sciences*, 14(8), 664. <https://doi.org/10.3390/bs14080664>
- Zhang, X., Li, C., & Ma, W. (2022). The Direct and Indirect Effects of Adverse Childhood Experiences on Depressive Symptoms and Self-esteem of Children: Does Gender Make a Difference? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(1), 254–278. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00871-5>
- Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., Cui, R., Xu, S., & Li, B. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Frontiers in Genetics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

- Zhong, M., Huang, X., Huebner, E. S., & Tian, L. (2021). Association between bullying victimization and depressive symptoms in children: The mediating role of self-esteem. *Journal of Affective Disorders*, 294, 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.016>
- Ziaian, T., Miller, E., Puvimanasinghe, T., Esterman, A., Dollard, M., & de Anstiss, H. (2023). Family Functioning and the Psychological Wellbeing of Refugee-Background Youth in Australia. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/15562948.2023.2238264>
- Zuccolo, P. F., Casella, C. B., Fatori, D., Shephard, E., Sugaya, L., Gurgel, W. d. S., ... & Polanczyk, G. V. (2022). Children and adolescents' emotional problems during the covid-19 pandemic in brazil. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1083-1095. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02006-6>
- Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, Υπουργείο Εσωτερικών, Κυπριακή Δημοκρατία,(2023).Πολιτική ασύλου και μετανάστευσης. https://www.pio.gov.cy/assets/pdf/newsroom/2023/06/20230606_YpEs_parousiasiMetanasteutiko.pdf

1 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Πίνακες Βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Ερευνητές, Χρονολογία & Χώρα Διεξαγωγής	Σκοπός	Σχεδιασμός	Δείγμα	Ηλικία	Εργαλεία Αξιολόγησης	Αποτελέσματα
Balluerka et al. (2022), Ισπανία	Διαμεσολαβητικός ρόλος της αυτοεκτίμησης στη σχέση σχολικού εκφοβισμού και άγχους/κατάθλιψης.	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	550 παιδιά και έφηβοι	10-17 (MT=12,2 ±1,75 έτη)	PVC, RSES, ECQAD	Θυματοποίηση σχετίζεται με άγχος (B=0.27) και κατάθλιψη (B=0.17). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είχε αρνητική επίδραση στα καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ η υψηλή αυτοεκτίμηση μειώνει τις αρνητικές συνέπειες εκφοβισμού.
Zhong et al. (2021), Κίνα	Διερεύνησαν την σχέση μεταξύ σχολικού και	Διαχρονική μελέτη	4043 Παιδιά	9-12	RSES, YSR, MPVC, BEBQ	Θετική συσχέτιση μεταξύ εκφοβισμού και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με το σχολικό

	<p>διαδικτυακού εκφοβισμού με καταθλιπτικά συμπτώματα και τον ρόλο της αυτοεκτίμησης ως διαμεσολαβητής.</p>			<p>(M.T=9,93±0,71 έτη)</p>	<p>εκφοβισμός παρουσίασε ελαφρώς μεγαλύτερη συσχέτιση ισχυρότερη συσχέτιση σε σχέση με τον διαδικτυακό(B=0.74 vs B=0.67), ενώ η αύξηση της συχνότητας θυματοποίησης με την πάροδο του χρόνου σχετίστηκε με αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και στις δύο περιπτώσεις το ίδιο (B=0,68).</p> <p>Όσο αφορά τη σχέση θυματοποίησης και αυτοεκτίμησης τα παιδιά που είχαν θυματοποιηθεί φάνηκε να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ με την πάροδο του χρόνου όσο αυξανόταν η συχνότητα της</p>
--	---	--	--	----------------------------	--

					<p>θυματοποίησης η αυτοεκτίμηση μειωνόταν στα παιδιά αυτά με μεγαλύτερη συσχέτιση η θυματοποίηση που έγινε πρόσωπο με πρόσωπο($B=0,40$).</p> <p>Η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετιστικέ με την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ($B=-0,66$) ενώ η αύξηση της αυτοεκτίμησης με την πάροδο του χρόνου συσχετίστηκε με μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων($B=-0,64$).</p> <p>Η αυτοεκτίμηση μπορεί να διαμεσολαβήσει μεταξύ θυματοποίησης και των καταθλιπτικών συμπτώματα τόσο μεταξύ του παραδοσιακού όσο και του διαδικτυακού</p>
--	--	--	--	--	---

						εκφοβισμού με πολύ μικρή διαφορά ως προς την έμμεση επίδραση(B=0,17 και B=0,18, αντίστοιχα).
Pan et al. (2019), Κίνα	Διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου της αυτοεκτίμησης μεταξύ θυματοποίησης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς και τον ρόλου της γονικής προσκόλλησης.	Διαχρονική μελέτη	466 Προ-έφηβοι και έφηβοι	11-15 (MT = 12.8 ± 0,5 έτη)	RSES, CPVSCA, SDQ	Η αυτοεκτίμηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ θυματοποίησης και προβληματικών συμπεριφορών. Ειδικότερα, η θυματοποίηση μείωσε την αυτοεκτίμηση των εφήβων, γεγονός που οδήγησε σε αύξηση τόσο των εσωτερικευμένων (B = 0,008), όσο και των εξωτερικευμένων προβλημάτων (B= 0.008,). Η πατρική προσκόλληση μετρίασε την αρνητική επίδραση της θυματοποίησης στην αυτοεκτίμηση, μειώνοντας

						τις προβληματικές συμπεριφορές.
Thomas et al. (2017), Αυστραλία	Διερευνήσαν τη σχέση μεταξύ σχολικού εκφοβισμού με την ψυχική υγεία, τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία.	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή	2967 παιδιά και έφηβοι	11-17 MT:14,6 έτη	OBVQ, SDQ, K10	Το 13,3% είχαν θυματοποιηθεί, ενώ το 1,3% είχε διαπράξει εκφοβισμό και το 1,9% και διέπραξαν εκφοβισμό και θυματοποιήθηκαν. Στις πιο νεαρές ηλικίες (11-14 ετών) αυξανόταν η πιθανότητα να θυματοποιηθούν ή να γίνουν θύτες και θύματα το ίδιο χρονικό διάστημα(OR:1,11 και OR:1,25, αντίστοιχα), με το μεγαλύτερο ποσοστό θυματοποίησης να διαπράττετε πρόσωπο με πρόσωπο (71,4%) ενώ το μικρότερο μέσω διαδικτύου (1,1%). Παιδιά που εμπλέκονται ως θύτες-θύματα

						είχαν αυξημένες πιθανότητες κατάθλιψη (OR: 7.41). Επιπλέον τα ίδια παιδιά έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να διαπράξουν αυτοτραυματισμό ή απόπειρα αυτοκτονίας και συγκεκριμένα δεκαπλάσιες πιθανότητες από τα παιδιά που δεν είχαν εμπλακεί στο σχολικό εκφοβισμό.
Wu et al. (2021), Κίνα	Σχέση σχολικού εκφοβισμού και αυτοτραυματισμού χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό εστιάζοντας στους διαμεσολαβητικούς ρόλους της αποδοχής	Κόρτης με διαχρονική ανάλυση	813 παιδιά και έφηβοι	11-16 (M.T= 13,15 έτη)	SBVS, DSSRS, BRC	Θύτες-θύματα είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για αυτοτραυματισμό χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό(OR: 2.76). Επιπλέον, η μειωμένη αποδοχή από συνομηλίκους συνδέθηκε με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, τα

	από συνομηλίκους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και στον μετριαστικό ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας.					οποία με τη σειρά τους αύξαναν τον κίνδυνο για αυτοτραυματισμό χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό (B = 0,16,). Ωστόσο, η ψυχολογική ανθεκτικότητα φάνηκε να μετριάζει την αρνητική επίδραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο αυτοτραυματισμό (B = -0,15).
Forbes et al. (2018), Ευρώπη	Αμφίδρομη σχέση κατάθλιψης, άγχους και θυματοποίησης κατά την παιδική-εφηβική μετάβαση.	Διαχρονική μελέτη	4169 παιδιά & 3956 έφηβοι	10-11 (n=4169) 12-13 (n = 3956) (M.T=12,4 έτη).	SMFQ, OBVQ, SDQ	Τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και θυματοποίησης είχαν μικρή αλλά σημαντική και μοναδική αμφίδρομη σχέση. Συγκεκριμένα, οι τρεις πιο πάνω παράγοντες έχουν συσχετιστεί στην ηλικία των 10 και 11 ετών

					<p>ενώ ήταν προγνωστικός παράγοντας για τις επιπτώσεις στην κοινωνική τους ζωή, την ποιότητα ζωής και γενικά προβλήματα στην υγεία τους στην ηλικία των 12 και 13 ετών.</p> <p>Επίσης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ηλικία των 10-11 ετών ήταν προγνωστικός παράγοντας (OR:1,5) της θυματοποίησης (relational victimization) για την ηλικία των 12-13 ετών, ενώ το άγχος ήταν προγνωστικός παράγοντας (OR:2,4) της διαδικτυακής θυματοποίησης για την ηλικία των 12-13 ετών.</p> <p>Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις σχέσεις</p>
--	--	--	--	--	---

						των τριών παραγόντων όσο αφορά το φύλο. .
Geoffroy et al. (2018), Καναδάς	Επιπτώσεις σχολικού εκφοβισμού στην ψυχική υγεία.	Προοπτική κούρτης	2120 παιδιά	6-15 (6-13 χρονών σχολικός εκφοβισμός, 15 χρονών η ψυχική υγεία)	MHSIA, SRVS	Χρόνια θυματοποίηση αυξάνει πιθανότητες κατάθλιψης (OR: 2.56), γενικευμένου άγχους (OR: 3.27), αυτοκτονικού ιδεασμού (OR: 3.46) στα 15 τους χρόνια.
Silva et al.(2020), Βραζιλία	Διερευνήσαν τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και εμπλοκής μαθητών στο σχολικό εκφοβισμό (ως θύματα, θύτες ή θύτες-θύματα) κατά τη μετάβασή από το	Περιγραφική συσχέτισης	408 παιδιά	11,3±0,62 έτη	APVS, CDI	Το 5,4% των μαθητών σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι θύτες-θύματα είχαν την μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (OR = 9,44),σε σχέση με τους μαθητές που δεν εμπλέκονταν στον εκφοβισμό.

	δημοτικό στο γυμνάσιο					Μεταξύ των κοριτσιών, τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν σημαντικά με όλες τις μορφές εκφοβισμού και θυματοποίησης (σωματική, λεκτική, σχεσιακή), ενώ στα αγόρια η συσχέτιση ήταν σημαντική μόνο για τη λεκτική και σχεσιακή θυματοποίηση.
Sattar et al. (2019) Πακιστάν	Εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του σχολικού εκφοβισμού, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας σε παιδιά και εφήβους	Περιγραφική συσχέτισης	452 Παιδιά και έφηβοι	10-17 Μ.Τ=13,93 ετών).	PHQ-A SDQ	Το 28,8% των παιδιών είχαν θυματοποιηθεί, ενώ το 32,3% ήταν θύτες και το 15,5% θύτες-θύματα. Το 35,8% σημείωσαν ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα, το 19,5% μέτρια και το 7,3% μέτρια/σοβαρά και το 4,2%

						<p>σημείωσαν σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα.</p> <p>Επιπλέον, και οι τρεις περιπτώσεις σχολικού εκφοβισμού είχαν συσχετιστεί με τα καταθλιπτικά συμπτώματα με τους θύτες που ήταν και θύματα το ίδιο χρονικό διάστημα να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επίδραση ($B = 4,90$).</p>
Seo et.al.(2017) Κορέα	Αξιολόγησαν τη συχνότητα του σχολικού εκφοβισμού και της θυματοποίηση σε σχέση με την ηλικία και το φύλο και τις	Περιγραφική συσχέτισης		10-12 (91,8%) 13,14 (8,2%) M.T=13,8 ±3,4.	CDI,	<p>Τα κορίτσια θυματοποιούνταν περισσότερο από τα αγόρια με 10,6% με 6,4% αντίστοιχα.</p> <p>Το 31,2% των συμμετεχόντων σημείωσαν καταθλιπτικά συμπτώματα με τα κορίτσια να σημειώνουν ελαφρώς πιο υψηλά</p>

	επιπτώσεις που σχετίζονται με αυτό.					<p>ποσοστά χωρίς όμως να είναι στατιστική σημαντική διαφορά. Όσο αυξανόταν η ηλικία, η θυματοποίηση μειωνόταν, συγκεκριμένα, στις ηλικίες των 10-12 χρονών ήταν 9,5%, στις ηλικίες 13-14 ήταν 8,3%, ενώ 15-17 ετών ήταν 6,4%.</p> <p>Η θυματοποίηση σχετίστηκε με το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ (OR=1,67) χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση (OR=1,77), τα καταθλιπτικά συμπτώματα (OR =1,88) και φτωχή σχέση με τους γονείς τους (OR =1,46).</p>
Henrich & Shahar(2014)	Διερευνήσαν τη σχέση μεταξύ σχολικού	Διαχρονική μελέτη	1081 παιδιά	10-12 M.T=11	KMCS, CDI-S, CBC	Υπήρξε συσχέτιση του σχολικού εκφοβισμού στην πέμπτη τάξη και των

ΗΠΑ	εκφοβισμού και Θυματοποίησης					καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη έκτη με $r=0.49$. Φάνηκε να ήταν στατιστικά σημαντικό η σχέση του σχολικού εκφοβισμού και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ένα χρόνο αργότερα, από αναφορές της μητέρας σε σχέση με τις αυτό-αναφορές των παιδιών με $B=0,19$ και $B=0,07$. αντίστοιχα
-----	---------------------------------	--	--	--	--	---

**2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Πίνακας Διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης
για την κλίμακα CDI-2**

**ΠΙΝΑΚΑΣ: Δομή για τους παράγοντες 1 και 2 από την διερευνητική
παραγοντική ανάλυση**

	Component	
	1	3
Item 27 R	0.707	
Item 9 R	0.701	
Item 18	0.686	
Item 16	0.681	
Item 7 R	0.668	
Item 6 R	0.652	
Item 26 R	0.638	
Item 13	0.628	
Item 10 R	0.557	
Item 24 R	0.549	
Item 8	0.530	
Item 2 R	0.527	
Item 17 R	0.522	
Item 1	0.508	
Item15 R	0.501	
Item 5		0.771
Item 23R		0.723
Item 11		0.719
Item 20 R		0.711

Item 19		0.681
Item 12 R		0.666
Item 25		0.633
Item 14 R		0.565
Item 21		0.494
Item 22		0.493
Item 28		0.453
Item 4		0.407
Item 3		0.403
	Eigenvalues	7.417
	Percentage of variance	33.28
		1,517
		17,82

Extraction Method: ML: Maximum Likelihood

Rotation Method: Pomax.

3 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Επιστολές/εγκρίσεις

3.1 Παράρτημα Ι- Επιστολή έγκρισης από την Εθνική Βιοηθικής Κύπρου (ΕΒΚ)



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ/ΕΠ /2020/46
Αρ. Τηλ.: 22809038 / 22809039
Αρ. Φαξ: 22353878



ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

01 Φεβρουαρίου, 2021

Δρ Σωκράτης Σωκράτους
Επίκουρος Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Βραγαδίνου 15
3041 Λεμεσός

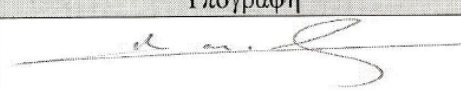
Ερευνητική πρόταση με τίτλο:

«Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο»

Σε σχέση με την πιο πάνω ερευνητική πρόταση, επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Βιοηθικής Αξιολόγησης Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας Α', ενεργώντας με βάση την εκχωρηθείσα σ' αυτήν αρμοδιότητα από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου να αξιολογεί βιοηθικά ερευνητικές προτάσεις που αφορούν την βιοϊατρική και κλινική έρευνα στον άνθρωπο, έχει πραγματοποιήσει την βιοηθική αξιολόγηση της πιο πάνω ερευνητικής σας πρότασης, η οποία σας αποστέλλεται συνημμένα.

Με εκτίμηση,

Δρ Χρίστος Πέτρου
Πρόεδρος
Επιτροπής Βιοηθικής Αξιολόγησης
Βιοϊατρικής και Κλινικής Έρευνας Α'

Τίτλος Προγράμματος			
«Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο»			
Αριθμός Πρωτοκόλλου Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου			
EEBK/ΕΠ 2020/46			
Απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής Αξιολόγησης (Εγκρίνεται ή Ζητούνται επιπρόσθετα στοιχεία ή Απορρίπτεται)			
Εγκρίνεται			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Νοείται ότι την νομική ευθύνη της επιστημονικής εγκυρότητας, αναγκαιότητας, πληρότητας και της συνολικής επιστημονικής αξίας της προτεινομένης έρευνας έχουν οι επιστημονικοί υπεύθυνοι της έρευνας και ο Φορέας του επιστημονικού υπεύθυνου. Όλοι οι πιο πάνω έχουν επίσης την νομική ευθύνη της διεξαγωγής της έρευνας με τη δέουσα επιστημονική επιμέλεια και φροντίδα. 2. Από 01/08/2012 η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου διενεργεί δειγματοληπτικό έλεγχο σε ερευνητικές προτάσεις που λαμβάνουν έγκριση. Περισσότερες λεπτομέρειες είναι διαθέσιμες στην ιστοσελίδα της Επιτροπής σε σχετική ανακοίνωση. 3. Το παρόν έντυπο απόφασης κοινοποιείται και στον χρηματοδότη της ερευνητικής πρότασης. 4. Οι ερευνητές υποχρεούνται να υποβάλλουν προς την Επιτροπή ανά εξάμηνο από σήμερα έκθεση για την εξέλιξη της έρευνας μέσω του εντύπου EEBK05. 5. Με το πέρας της έρευνας, οι ερευνητές υποχρεούνται όπως υποβάλουν στην Επιτροπή αναφορά μέσω του Εντύπου EEBK06. 6. Τονίζεται στους ερευνητές η υποχρέωσή τους να τηρούν τις εκάστοτε υποχρεώσεις τους με βάση την κείμενη νομοθεσία και κανονισμούς και ιδιαίτερος η υποχρέωσή τους να ενημερώνουν άμεσα την Επιτροπή για οποιοδήποτε έκτακτο συμβάν ή οποιαδήποτε τροποποίηση στην πρόταση ως εγκρίθηκε, με την υποβολή των νενομισμένων εντύπων. 			
Μέλη που ήταν παρόντα στη λήψη απόφασης/Αποτέλεσμα Ψηφοφορίας			
Ως αναφέρεται στη σελίδα 5 ανωτέρω και η απόφαση ήταν ομόφωνη.			
Ημερομηνία έκδοσης απόφασης ΕΒΑ:			
Ημέρα: .....01..... Μήνας: .....Φεβρουαρίου..... Έτος: .....2021.....			
Υπογράφει ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος της Επιτροπής Βιοηθικής Αξιολόγησης			
Αξίωμα	Όνομα	Επίθετο	Υπογραφή
Πρόεδρος	Χρίστος	Πέτρου	
Αντιπρόεδρος	Βίκυ	Νικολαΐδου	ΑΠΟΥΣΑ

3.2 Παράρτημα II – Επιστολή έγκρισης από το Υπουργείο Παιδείας Αθλητισμού και Νεολαίας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΛΑΙΑΣ

Αρ. Φακ.: 7.15.06.15.1/3
Αρ. Τηλ. : 22800918
Αρ. Φαξ : 22809513
E-mail : dde@moec.gov.cy

30 Μαρτίου 2021

Κύριο
Γιώργο Αλεξάνδρου
Ειρήνης 15
2107 Αγλαντζιά

Θέμα: Άδεια για διεξαγωγή έρευνας με μαθητές/μαθήτριες δημοτικών σχολείων

Αγαπητέ κύριε Αλεξάνδρου,

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στη σχετική με το πιο πάνω θέμα αίτησή σας προς το Κέντρο Εκπαιδευτικής Έρευνας και Αξιολόγησης, που υποβλήθηκε στις 22 Μαρτίου 2021, και να σας πληροφορήσω ότι εγκρίνεται το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας με μαθητές/μαθήτριες δημοτικών σχολείων που εσείς θα επιλέξετε, με θέμα «Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο», την παρούσα σχολική χρονιά 2020-2021. Η απάντηση του Κέντρου Εκπαιδευτικής Έρευνας και Αξιολόγησης σας αποστέλλεται συνημμένα, για δική σας ενημέρωση. Θα πρέπει, επίσης, να παρουσιάσετε το Αναλυτικό Σχέδιο Έρευνας, σε περίπτωση που αυτό σας ζητηθεί.

2. Νοείται, βέβαια, ότι πρέπει να εξασφαλιστεί η άδεια των διευθυντών/ριών των σχολείων, εκ των προτέρων, ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για να μην επηρεαστεί η ομαλή λειτουργία τους. Λόγω της επιδημιολογικής εικόνας της χώρας, έχουν δοθεί οδηγίες στις Διευθύνσεις των σχολείων όπως ανασταλούν, μέχρι νεοτέρας, οποιεσδήποτε επισκέψεις ή άλλες εκδηλώσεις εντός και εκτός της σχολικής μονάδας. Η έρευνα θα πρέπει να διεξαχθεί με ιδιαίτερα προσεγμένο τρόπο, ώστε να μη θίγεται το έργο των εκπαιδευτικών, το σχολικό περιβάλλον ή οι οικογένειες των μαθητών/ριών και όλες οι δραστηριότητες που θα αναπτυχθούν πρέπει να εμπίπτουν μέσα στο πλαίσιο που καθορίζεται από το Αναλυτικό Πρόγραμμα. Η έρευνα θα διεξαχθεί νοουμένου ότι η απώλεια του διδακτικού χρόνου των μαθητών/ριών θα περιοριστεί στον ελάχιστο δυνατό βαθμό, ενώ για τη συμμετοχή τους χρειάζεται η **γραπτή** συγκατάθεση των γονιών τους. Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν όλες τις σχετικές λεπτομέρειες για τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και τα στάδια μέσα από τα οποία θα εξελιχθεί. Σημειώνεται, επίσης, ότι τα πορίσματά σας κρίνεται απαραίτητο να είναι ανώνυμα και οι πληροφορίες που θα συλλέξετε να τηρηθούν απόλυτα εμπιστευτικές και αποκλειστικά και μόνο για τον σκοπό της έρευνας.



Υπουργείο Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας 1434 Λευκωσία
Τηλ: 22 800600 φαξ: 22 428277 Ιστοσελίδα: <http://www.moec.gov.cy>

3.3 Παράτημα III- Επιστολή προς τους Διευθυντές των σχολείων



Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
ΖΤ3, Βραγαδίνου 15, 3041 Λεμεσός
Τηλ:25002048, Φαξ:25 002864

Ημερομηνία: 06/9/2021

Προς: Διευθυντή/τρια δημοτικού σχολείου

ΘΕΜΑ: Διεξαγωγή έρευνας σε τελειόφοιτους μαθητές/μαθήτριες δημοτικών σχολείων στην Κύπρο

Κύριε/α,

Μετά από εξασφάλιση σχετικής άδειας από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και το Υπουργείο Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας Κύπρου (αντίγραφο επισυνάπτεται) θα ήθελα να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα όσο αφορά την ερευνητική διαδικασία.

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα: *“Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές/μαθήτριες δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο”*. Η συλλογή πληροφοριών θα γίνει με την χορήγηση ερωτηματολογίων στα παιδιά και στους γονείς.

Αναλυτικότερα:

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Στην παρούσα εργασία έχει χρησιμοποιηθεί ο σχεδιασμός αυτός με σκοπό την διερεύνηση του φαινομένου της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του σχολικού εκφοβισμού σε δείγμα παιδιών από όλη την Κύπρο. Στόχος είναι να αποκτηθούν όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό των συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά και να διερευνηθούν τυχόν συσχετίσεις (των συμπτωμάτων αυτών) με πιθανή παρουσία σχολικού εκφοβισμού, τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά των παιδιών, καθώς επίσης και συσχετίσεις με τη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού. Επιπρόσθετα, θα γίνει διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αυτοφραυματισμού και εκφοβισμού, διαμεσολαβεί από τον αυτό-στιγματισμό.

Το δείγμα της έρευνας θα αποτελέσουν τελειόφοιτοι μαθητές/μαθήτριες δημοτικής εκπαίδευσης, και τους γονείς/κηδεμόνες τους, από δημόσια δημοτικά σχολεία από όλη την Κύπρο, μετά από τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Η επιλογή των σχολείων του δείγματος έγινε σύμφωνα με τις αρχές της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, ώστε να εξασφαλιστεί σε όλα τα δειγματικά υποκείμενα ίση πιθανότητα να επιλεγούν, αυξάνοντας έτσι την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος

Θα ήθελα όπως σας είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί κατ' ιδίαν συνάντηση και με την παρουσία του υπεύθυνου δάσκαλου της Στ' τάξης για λεπτομερή επεξήγηση του σκοπού, των αναμενόμενων αποτελεσμάτων καθώς και την διαδικασία συλλογής των πληροφοριών. Είμαστε στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνηση χρειαστείτε.

Με εκτίμηση

Με εκτίμηση

Γιώργος Αλεξάνδρου

Δρ. Σωκράτης Σωκράτους

Νοσηλευτικός λειτουργός ψυχικής υγείας

PhD, MScHMang, Bsc(Hons)NsEd, BescEd(prim),
Dipl.Postcompul.ED, Dipl.MHN,RGN,RMHN

PhD(c), MRN, Msc. RN, Bsc

Assistant professor Mental health sector

Τηλ.: 99866010

Erasmus Coordinator

Email: galexandrou861@gmail.com

Department of Nursing School of Health Sciences

Cyprus University of Technology

Office: <tel:00357-25002793>, Personal mobile Tel: 00357-99433169

e-mail: sokratiss.sokratous@cut.ac.cy

3.4 Παράρτημα IV-Έντυπο συγκατάθεσης

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)
Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Στο έντυπο αυτό δίνονται εξηγήσεις σε απλή και κατανοητή γλώσσα σχετικά με το τι ζητείται από εσάς ή/και τι θα συμβεί σε εσάς, εάν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα:

1. Περιγράφονται οποιοδήποτε κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστείτε από την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.
2. Επεξηγείται με κάθε λεπτομέρεια ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στα δεδομένα που σας αφορούν και θα προκύψουν από το πρόγραμμα που θα συμμετάσχετε ή/και άλλο υλικό/δεδομένα που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα.
3. Δίνεται η χρονική περίοδος για την οποία οι υπεύθυνοι του προγράμματος θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες ή/και υλικό σας αφορά.
4. Επεξηγείται το τί ευελπιστούν να μάθουν οι υπεύθυνοι του προγράμματος σαν αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής.
5. Δίνεται μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές ή/και χρηματοδότες αυτού του προγράμματος.
6. **Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.**
7. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες.
8. Εάν αποφασίσετε να μην συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας.
9. **Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε τη συγκατάθεση για την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.**
10. Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε την συγκατάθεση σας, δεν θα έχει οποιοσδήποτε επιπτώσεις στη θεραπεία σας.
11. Πρέπει όλες οι σελίδες των εντύπων συγκατάθεσης να φέρουν το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή σας.

Επιστημονικός υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε			
Δρ Σωκράτους Σωκράτης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής			
Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Πατέρας

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Μητέρα

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Ο έχων την γονική μέριμνα:

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Παιδί

Επίθετο:		Όνομα:	
----------	--	--------	--

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)
Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Χρονική διάρκεια του Προγράμματος:
3-5 Χρόνια

Δίδετε συγκατάθεση για τον εαυτό σας ή για κάποιο άλλο άτομο;	
Εάν πιο πάνω απαντήσατε για κάποιον άλλο, τότε δώστε λεπτομέρειες και το όνομα του.	

Ερώτηση	ΝΑΙ ή ΟΧΙ
Συμπληρώσατε τα έντυπα συγκατάθεσης εσείς προσωπικά;	
Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα;	
Διαβάσατε και καταλάβατε τις πληροφορίες για ασθενείς ή/και εθελοντές;	
Είχατε την ευκαιρία να ρωτήσετε ερωτήσεις και να συζητήσετε το Πρόγραμμα;	
Δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις στα τυχόν ερωτήματά σας;	
Καταλαβαίνετε ότι μπορείτε να αποσυρθείτε από το πρόγραμμα, όποτε θέλετε;	
Καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν είναι αναγκαίο να δώσετε οποιεσδήποτε εξηγήσεις για την απόφαση που πήρατε;	
(Για ασθενείς) καταλαβαίνετε ότι, εάν αποσυρθείτε, δεν θα υπάρξουν επιπτώσεις στην τυχόν θεραπεία που παίρνετε ή που μπορεί να πάρετε μελλοντικά;	
Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα;	
Με ποιόν υπεύθυνο μιλήσατε;	

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Πατέρας

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Μητέρα

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Ο έχων την γονική μέριμνα:

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Παιδί

Επίθετο:		Όνομα:	
----------	--	--------	--

Σύντομη περιγραφή του προγράμματος (διαδικασίες και σκοπός).

Στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΙΑΚ) ,θα εκπονήσω ερευνητική μελέτη με θέμα διερεύνηση της σχέσης μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο.

Ειδικότερα, η μελέτη αποσκοπεί να διερευνήσει τη συχνότητα της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης και συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα και τυχόν συσχετίσεις, με τη παρουσία εκφοβισμού, των δημογραφικών και οικογενειακών χαρακτηριστικών. Επίσης, να εντοπίσει τις δυνατότητες και τις δυσκολίες των παιδιών που σχετίζονται με τη ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα, δηλαδή να εντοπιστούν τα προβλήματα των παιδιών όσο αφορά την κοινωνικοποίηση, τα συναισθηματικά προβλήματα, η υπερκινητικότητα και τα προβλήματα με τους συνομήλικους τους.

Αναμενόμενα αποτελέσματα και οφέλη

Μέσα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα της έρευνας θα διαφανεί κατά πόσο παρουσιάζονται συμπτώματα κατάθλιψης σε παιδιά σχολικής ηλικίας και συγκεκριμένα στους τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης, καθώς επίσης και η κλινική τους βαρύτητα. Θα ανιχνεύσει τη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης, και τις διαφορές στα ποσοστά εμφάνισης, αναλόγως οικογενειακών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των παιδιών. Θα διαφανεί επίσης η παρουσία σχολικού εκφοβισμού και η πιθανή συσχέτιση του με τη παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως επίσης και αν υπάρχει διαμεσολάβηση αυτό-στιγματισμού μεταξύ των δυο.

Λεπτομέρειες του τι θα ζητηθεί ή/και τι θα συμβεί στους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα

Διαδικασία συμμετοχής σας στη μελέτη

Μέσα στο φάκελο που σας έχει αποσταλεί υπάρχουν δύο ερωτηματολόγια, ένα για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες του παιδιού και ένα που αφορά τα δημογραφικά σας χαρακτηριστικά. Αφού το συμπληρώσετε θα τα αποστείλετε στο σχολείο οπου και θα γίνει συρραφή με της απαντήσεις του παιδιού σας. Στα ερωτηματολόγια θα υπάρχει ένας μοναδικός κωδικός, για τήρηση της ανωνυμίας των δεδομένων.

Διαδικασία συμμετοχής του μαθητή

Το παιδί θα κληθεί να απαντήσει κατά την διάρκεια μίας διδακτικής ώρας που θα ορίσει ο Διευθυντής/ρια σε σύντομα ερωτηματολόγια που αφορούν των σχολικό εκφοβισμό, συμπτώματα παιδικής κατάθλιψης, και αυτό-εκτίμησης, εφόσον λάβουν τις απαραίτητες οδηγίες και θέλουν να συμμετάσχουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι όλα τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα. Τα προσωπικά στοιχεία των μαθητών δεν πρόκειται να δημοσιευθούν με κανένα τρόπο και οι απαντήσεις που θα δοθούν δεν θα εξεταστούν μεμονωμένα, αλλά θα αναλυθούν αποκλειστικά με στατιστικές μεθόδους

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Πατέρας

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Μητέρα

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Ο έχων την γονική μέριμνα:

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Παιδί

Επίθετο:		Όνομα:	
----------	--	--------	--

Λεπτομέρειες της χρηματοδότησης του ερευνητικού προγράμματος

Δεν υπάρχει χρηματοδότηση του προγράμματος, είναι στα πλαίσια του διδακτορικού προγράμματος του κύριου ερευνητή

Λεπτομέρειες οποιονδήποτε κινδύνων που πιθανόν να υπάρξουν ή ταλαιπωρία που τυχόν θα υποστούν οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα.

Σε περίπτωση που κάποιο παιδί δεν αισθάνεται καλά ή δημιουργηθεί συναισθηματική φόρτιση στο παιδί κατά την διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, το παιδί έχει το δικαίωμα άμεσης διακοπής της έρευνας. Εξάλλου η διαδικασία συλλογής των δεδομένων θα γίνεται υπο την παρουσία του εκπαιδευτικού και του ερευνητή, όπου και θα επεξηγείται με απλή και κατανοητή γλώσσα η όλη διαδικασία. Επιπρόσθετα, σε μεταγενέστερο στάδιο αν κάποιο παιδί ή ο γονέας του παιδιού εκφράσουν ότι θα ήθελαν να μιλήσουν με κάποιο ειδικό, τότε θα δίνεται καθοδήγηση και συμβουλευτική από τον κύριο ερευνητή και παραπομπή αν χρειαστεί για περαιτέρω διερεύνηση.

Θα δίνονται όλα τα στοιχεία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας Παιδιών και εφήβων (ΟΚΥπΥ) και του Δρ. Γεώργιο Καπουλά, Παιδοψυχίατρον, μέλος της ερευνητικής ομάδας, ειδικά καταρτισμένος για να διαχειριστεί τέτοιες περιπτώσεις.

Αν προκύψει ανάγκη για ψυχολογική στήριξη, συμβουλευτική ή και θεραπεία, τα έξοδα δεν προβλέπεται να καλυφθούν άπου την εν λόγω έρευνα.

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

4/11

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Στοιχεία επικοινωνίας

Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	Τηλ.22405085	Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ
Κέντρο Πρόληψης και Ψυχοκοινωνικής Παρέμβασης – Κέντρο Ημέρας Εφήβων	Τηλ. 22378268	Οδός Πολυκράτους 4, Διαμ.201 Αγ.Ομολογητές
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	Τηλ. 25873622	Γωνία Μίλωνος 17 και Κέκρωπος, Αγ.Σπυρίδωνας Τ.Κ.3051 Λ/σός
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων	Τηλ.26803275	Γενικό Νοσοκομείο Πάφου
Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων Λάρνακας / Αμμοχώστου	Τηλ. 24813164	Αργολίδος 2, 2ος όροφος, Διαμ.201 και 202 Court 11, 7101 Αραδίππου, Λάρνακα

Δρ.Γεώργιος Καπουλάς, Παιδοψυχίατρος,

Email:kapoulas.george@hotmail.com

Τηλ.99975528

Πρότυπο Κέντρο Ψυχοθεραπείας Κύπρου.

[Λεωφόρος Ελευθερίας 103, 7101 Αραδίππου, Λάρνακα](#)

Λεπτομέρειες για το ποιες πληροφορίες ή/και τι υλικό θα συλλεγεί στα πλαίσια του προγράμματος, ποιος/ποιοι θα έχουν πρόσβαση σε αυτά και για πόσο χρονικό διάστημα.

Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ερωτηματολόγια για: τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της οικογένειας και για τις δυνατότητες και τις δυσκολίες του παιδιού σας.

Επίσης, θα ζητηθεί από το παιδί σας να συμπληρώσει ορισμένα ερωτηματολόγια για:

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τον σχολικό εκφοβισμό, τις δυνατότητες και δυσκολίες του ίδιου του παιδιού σας, την αυτοεκτίμηση και τον αυτό-στιγματισμό.

Τα ερωτηματολόγια είναι σε απλή και κατανοητή γλώσσα που μπορεί το παιδί να τα καταλάβει.

Τα δεδομένα θα συλλεχθούν αποκλειστικά μόνο από τον κύριο ερευνητή. Η μηχανογράφηση των δεδομένων θα διεξαχθεί αποκλειστικά από το κύριο ερευνητή της μελέτης. Επισημαίνεται ότι τα δεδομένα, θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας και πρόσβαση θα έχει ο υπεύθυνος του προγράμματος και ο κύριος ερευνητής (με κωδικούς πρόσβασης).

Πριν από τη χορήγηση των ερωτηματολογίων θα γίνει κωδικοποίηση των φακέλων με τα ερωτηματολόγια των παιδιών, ώστε να υπάρξει αντιστοίχιση κατά την ανάλυση των δεδομένων και να

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

5/11

ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα. Συγκεκριμένα, όλα τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και θα δοθεί ένας μοναδικός κωδικός για κάθε παιδί όπου θα υπάρχει και στα ερωτηματολόγια των ιδίων και των γονέων τους καθώς και στην συγκατάθεσής τους

Τα δεδομένα τόσο στην έντυπη μορφή τους (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) όσο και στην ηλεκτρονική τους μορφή θα παραμένουν αποκλειστικά στο γραφείο του υπεύθυνου της μελέτης, όπου θα είναι κλειδωμένα και στο οποίο πρόσβαση θα έχει μόνο ο ίδιος και ο κύριος ερευνητής και ο υπεύθυνος του προγράμματος .

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και οι φόρμες συγκατάθεσης θα φυλαχθούν σε αδιαφανές κουτί, χωρίς άλλα διακριτικά πέραν του κωδικού της μελέτης. Όλα τα σχετικά με τη μελέτη αρχεία θα διατηρηθούν για πέντε έτη μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων και στη συνέχεια θα καταστραφούν.

Όλα τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν στη μελέτη θα σταλούν και στο προσωπικό σας ηλεκτρονικό ταχυδρομείο.

Πατέρας

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Μητέρα

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Ο έχων την γονική μέριμνα:

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Επίθετο:	Όνομα:
----------	-------	--------	-------

Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Λεπτομέρειες για το ποια δεδομένα θα προκύψουν για σας στα πλαίσια του προγράμματος και ποιος/ποιοι θα έχουν πρόσβαση σε αυτά και για πόσο χρονικό διάστημα.

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Τα δεδομένα που θα προκύψουν είναι:

A) Η συχνότητα παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο.

B) Η σχέση της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης στα παιδιά, με:

1) τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα με: α) την ηλικία β) το φύλο και γ) την υπηκοότητα- εθνικότητα τους.

2) τα οικογενειακά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα α) την οικογενειακή κατάσταση των γονιών των παιδιών, β) την πιθανή απώλεια γονέα(ιών) γ) το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας δ) τις συνθήκες διαμονής και ε) την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Γ) Η συσχέτιση μεταξύ αυτό-αναφερόμενων (από τα ίδια τα παιδιά) συμπτωμάτων κατάθλιψης και συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού, και επίδρασης στη ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα (όπως αυτή αξιολογείται από τους γονείς), με βάση τις πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου αξιολόγησης δυνατοτήτων και δυσκολιών για γονείς(SDQ), οι οποίες είναι:

- 1) διαταραχές διαγωγής
- 2) διάσπαση προσοχής/υπερκινητικότητα
- 3) συναισθηματικές διαταραχές
- 4) σχέσεις με συνομήλικους
- 5) θετική κοινωνική συμπεριφορά

Δ) Η συχνότητα παρουσίας σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά, τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

E) Η σχέση, της παρουσίας σχολικού εκφοβισμού στα παιδιά, με:

1) τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα με: α) την ηλικία β) το φύλο και γ) την υπηκοότητα- εθνικότητα τους.

2) τα οικογενειακά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα α) την οικογενειακή κατάσταση των γονιών των παιδιών, β) την πιθανή απώλεια γονέα(ιών) γ) το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας δ) τις συνθήκες διαμονής και ε) την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Z) Η συσχέτιση μεταξύ αυτό-αναφερόμενων (από τα ίδια τα παιδιά), συμπτωμάτων κατάθλιψης και συμπεριφοράς αυτοτραυματισμού, και παρουσίας σχολικού εκφοβισμού

H) Η σχέση μεταξύ αυτό-στιγματισμού και:

1) ατομικών χαρακτηριστικών, συγκεκριμένα με: α) την ηλικία β) το φύλο και γ) την υπηκοότητα-εθνικότητα τους.

2) οικογενειακών χαρακτηριστικών, συγκεκριμένα α) την οικογενειακή κατάσταση των γονιών των παιδιών, β) την πιθανή απώλεια γονέα(ιών) γ) το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας δ) τις συνθήκες διαμονής και ε) την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Στα δεδομένα θα έχουν πρόσβαση ο κύριος ερευνητής και ο επιστημονικός υπεύθυνος. Όλα τα σχετικά με τη μελέτη αρχεία θα διατηρηθούν για πέντε έτη μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων και στη συνέχεια θα καταστραφούν

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

7/11

ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
 (Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
 τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Πατέρας

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Μητέρα

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Ο έχων την γονική μέριμνα:

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Αναμενόμενο όφελος για τους συμμετέχοντες

Η συλλογή των δεδομένων για την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τον σχολικό εκφοβισμό είναι απαραίτητη για τη χαρτογράφηση του φαινομένου και τον εντοπισμό των αναγκών βάσει των επιστημονικών δεδομένων.

Ακόμη, βάσει των επιστημονικών δεδομένων μπορούν να ληφθούν μέτρα που αφορούν στην ενίσχυση των δομών της εκπαίδευσης, ώστε να διασφαλιστούν, στον μέγιστο δυνατό βαθμό, η ευημερία και η υγιής ανάπτυξη των μαθητών.

Συγκεκριμένα, τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας φροντίδας, όπου η συνεχής επιστημονική γνώση τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στο σύστημα εκπαίδευσης μπορεί να επιφέρει αποτελεσματική αναγνώριση και διαχείριση του προβλήματος καθώς και των επιπτώσεων, ώστε να μπορεί να γίνουν έγκαιρα οι κατάλληλες παρεμβάσεις από τους εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας.

Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας, βάσει των αποτελεσμάτων μπορεί να ενισχυθούν τα προγράμματα πρόληψης και άμεσης παρέμβασης έναντι του σχολικού εκφοβισμού και των επιπτώσεων τους, επικεντρώνοντας σε συγκεκριμένες ηλικίες και ευάλωτες ομάδες πληθυσμού για πιο στοχευμένα προγράμματα για ανάπτυξη των δεξιοτήτων τόσο των εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας όσο και των γονέων και των μαθητών.

Γενικότερα, η σύνθεση, η κριτική ανάλυση και η παρουσίαση των ερευνητικών αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τη παρούσα έρευνα και η σύγκριση αυτών με τα διεθνείς ερευνητικά και βιβλιογραφικά δεδομένα, έχει ως πρωταρχικό στόχο να φωτίσει την απροσδιόριστη, ασαφή, φύση των ψυχικών διαταραχών στον παιδικό πληθυσμό της Κύπρου αποσαφηνίζοντας ορισμένα χαρακτηριστικά τους.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα ίσως συμβάλουν έστω και στο ελάχιστο, σαν βάση δεδομένων, για τη διερεύνηση του προβλήματος καθώς και στη διεύρυνση της επιστημονικής γνώσης όσο αφορά τη ψυχική υγεία των παιδιών.

Αναμενόμενο όφελος για ερευνητές ή/και χρηματοδότες

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Τα οφέλη που θα προκύψουν από την προτεινόμενη μελέτη για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και φυσικά πρόσωπα, αφορούν σε όλες τις θετικές επιπτώσεις που συνοδεύουν την παραγωγή επιστημονικών δεδομένων προς την εθνική και διεθνή επιστημονική κοινότητα.

Αναφορικά με τα αναμενόμενα οφέλη των φυσικών προσώπων που εμπλέκονται ως ερευνητές στη μελέτη αναμένεται βελτίωση του επιστημονικού τους υποβάθρου και των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων.

Λεπτομέρειες συνθηκών τερματισμού ή πρόωρης διακοπής του ερευνητικού προγράμματος.

Όποιο παιδί δεν θέλει να συμμετέχει ή θέλει να διακόψει την διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμεί μπορεί να το πράξει. Επίσης, όποιος γονέας/κηδεμόνας επιθυμεί να αποσύρει τη συγκατάθεση του μπορεί να το πράξει οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας το επιθυμεί αποστέλλοντας επιστολή ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στον επιστημονικό υπεύθυνο.

Αν για οποιοδήποτε λόγο τερματιστεί πρόωρα το ερευνητικό πρόγραμμα θα ενημερωθούν οι γονείς με επιστολή μέσω της διεύθυνσης του σχολείου από τον επιστημονικό υπεύθυνο του προγράμματος.

Χώρος και χρονική διάρκεια φύλαξης δεδομένων ή/και βιολογικών δειγμάτων που θα ληφθούν στο πλαίσιο του προγράμματος

Τα δεδομένα τόσο στην έντυπη μορφή τους (συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) όσο και στην ηλεκτρονική τους μορφή θα παραμένουν αποκλειστικά στο γραφείο του υπεύθυνου της μελέτης, όπου θα είναι κλειδωμένα και στο οποίο πρόσβαση θα έχει μόνο ο ίδιος και ο κύριος ερευνητής και ο υπεύθυνος του προγράμματος.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και οι φόρμες συγκατάθεσης θα φυλαχθούν σε αδιαφανές κουτί, χωρίς άλλα διακριτικά πέραν του κωδικού της μελέτης. Όλα τα σχετικά με τη μελέτη αρχεία θα διατηρηθούν για πέντε έτη μετά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων και στη συνέχεια θα καταστραφούν.

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Πατέρας

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Μητέρα

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

Ο έχων την γονική μέριμνα:

Επίθετο:		Όνομα:	
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Παιδί

Επίθετο:

Όνομα:

ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
για συμμετοχή σε ερευνητικό πρόγραμμα
(Τα έντυπα αποτελούνται συνολικά από 11 σελίδες)

Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Διερεύνηση της σχέσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σχολικού εκφοβισμού σε
τελειόφοιτους μαθητές δημοτικής εκπαίδευσης στην Κύπρο

Περιγραφή διαδικασιών χειρισμού δεδομένων ή/και βιολογικών δειγμάτων συμμετεχόντων που θα αποσυρθούν από τη μελέτη πριν την ολοκλήρωση της.

Τόσο τα δεδομένα σε έντυπη μορφή όσο και σε ηλεκτρονική μορφή μετά αφού αποσυρθούν από την διαδικασία πριν την ολοκλήρωση της μελέτης, θα καταστρέφονται αμέσως.

Πλήρη στοιχεία επικοινωνίας και θέση ατόμου στο οποίο οι συμμετέχοντες μπορούν να υποβάλλουν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχουν.

Δρ. Χαράλαμπος Χρυσοστόμου
Προϊστάμενος υπηρεσίας έρευνας και διεθνούς συνεργασίας ΤΕΠΑΚ
Email: c.chrisostomou@cut.ac.cy
Τηλ.: 25002562

Πλήρη στοιχεία επικοινωνίας και θέση ατόμου στο οποίο οι συμμετέχοντες μπορούν να απευθυνθούν για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις για το ερευνητικό πρόγραμμα.

Δρ Σωκράτους Σωκράτης , Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ)
Βραγαδίνου 15, Τ.Κ: 3041 Λεμεσός –Κύπρος
Τηλ: 25 002793
Email: sokratis.sokratous@cut.ac.cy
Γιώργος Αλεξάνδρου, Νοσηλευτικός λειτουργός ψυχικής υγείας, Υπηρεσίες ψυχικής υγείας
Υποψήφιος διδάκτωρ , Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕΠΑΚ)
Τηλ. 99866010
Email: galexandrou86@gmail.com
Δρ.Γεώργιος Καπουλάς, Παιδοψυχίατρος,
Email: kapoulas.george@hotmail.com
Τηλ.99975528

Επίθετο:	.....	Όνομα:	.....
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

(Έντυπο ΕΕΒΚ03)

11/11

4 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ- Εργαλεία αξιολόγησης

4.1 Παράτημα Ι - Δημογραφικά χαρακτηριστικά οικογένειας και παιδιού

Δημογραφικά χαρακτηριστικά οικογένειας και παιδιού

1.Φύλο παιδιού :

2.Ηλικία παιδιού:

3.Ηλικία μητέρας:

4.Ηλικία πατέρα:

5.Χώρα γέννησης Πατέρα:

6.Χώρα γέννησης Μητέρας:

7.Τόπος γέννησης παιδιού:

8.Πόσο καλά μιλάτε τα Ελληνικά: Καθόλου Λίγο Καλά Πολύ Καλά
Αριστα

9.Μορφωτικό επίπεδο

	Πατέρα	Μητέρα
1.Δημοτικό		
2.Γυμνάσιο		
3.Λύκειο		
4.Τεχνική Σχολή		
5.Πανεπισημιο- ΑΤΕΙ		

10.Επάγγελμα :

Πατέρα:

Μητέρα:

6.Οικογενειακό εισόδημα:

- 1.Μέχρι 19.500,00 2.19.500,01- 39.500 3. 39.500,01 – 49.000,00
4. Από 49.000,01

7.Οικογενειακή κατάσταση

- Παντρεμένοι
Διαζευγμένοι
Χήρος/α

Ιστορικό ψυχικής υγείας

1.Έχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας (π.χ ΔΕΠΥ. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχή υπερκινητικότητας). Αν ΝΑΙ ποιά;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

.....

2.Υπάρχει κάποιο άτομο στην οικογένεια με προβλήματα ψυχικής υγείας; Αν ΝΑΙ Ποιος και με ποια διάγνωση;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

.....

Παθολογικό Ιστορικό

1.Εχει διαγνωστεί το παιδί με κάποιο παθολογικό πρόβλημα ή χρόνια νόσημα (Π.χ Σακχαρώδη διαβήτη).Αν ΝΑΙ ποιο νόσημα.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

.....

2.BMI (Kg/m²) Παιδιού:

4.2 Παράτημα II -Ερωτηματολόγιο δυνατοτήτων και δυσκολιών για γονείς

Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (SDQ-HeI)

Για κάθε θέμα, σημειώστε αν Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Σίγουρα. Θα μας βοηθούσε αν απαντούσατε σε όλα τα θέματα όσο καλύτερα μπορείτε ακόμα και αν δεν είστε απόλυτα σίγουρος/η. Παρακαλούμε να απαντήσετε βασιζόμενοι στη συμπεριφορά του παιδιού κατά τους τελευταίους έξι μήνες ή στη διάρκεια αυτής της σχολικής χρονιάς

	Δεν ισχύει	Ισχύει Κάπως	Ισχύει σίγουρα
Λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα των άλλων			
Ανήσυχος/η και υπερδραστήριος/α, δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολύ ώρα			
Παραπονείται συχνά για πονοκεφάλους, πόνους στο στομάχι ή αδιαθεσία			
Μοιράζεται εύκολα με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια κτλ)			
Συχνά έχει ξεσπάσματα νεύρων ή είναι ευέξαπτος			
Μάλλον μοναχικός/η, τείνει να παίζει μόνος/η			
Γενικά είναι υπάκουος/η, ή συνήθως κάνει ότι του/της ζητούν οι ενήλικες			
Τον/την απασχολεί το παραμικρό, συχνά φαίνεται ανήσυχος/η			
Είναι πρόθυμος/η να βοηθήσει κάποιον που είναι πληγωμένος, αναστατωμένος, στεναχωρημένος, άρρωστος			
Συνεχώς στριφογυρίζει νευρικά ή δεν στέκεται ήσυχος/η, έχει νευρικότητα			
Έχει τουλάχιστον ένα φίλο			
Συχνά μαλώνει με τα άλλα παιδιά ή τα κοροϊδεύει, τα φοβερίζει, τα κτυπά			
Συχνά είναι δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλαίει			
Γενικά είναι συμπαθής στα άλλα παιδιά			
Η προσοχή του/της διασπάται εύκολα, δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί			
Σε καινούριες καταστάσεις είναι νευρικός/η ή δείχνει συμπεριφορά προσκόλλησης, εύκολα χάνει την αυτοπεποίθησή του/της			
Είναι καλός/η με τα μικρότερα παιδιά			
Συχνά λέει ψέματα ή εξαπατά			

Τα άλλα παιδιά τον/την έχουν στο μάτι ή τον/την κοροϊδεύουν, τον/την φοβερίζουν, τον/την χτυπούν			
Προθυμοποιείται συχνά να βοηθήσει τους άλλους (γονείς, καθηγητές, άλλα παιδιά)			
Πριν κάνει κάτι το μελετάει προσεκτικά			
Κλέβει από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού			
Τα πηγαίνει καλύτερα με τους ενήλικες παρά με τα παιδιά			
Έχει πολλούς φόβους, τρομάζει εύκολα			
Φέρνει σε πέρας μία εργασία, έχει καλή προσοχή			

4.3 Παράτημα III- Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών για παιδιά

Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών για παιδιά (SDQ)

Παρακάτω υπάρχουν μερικές προτάσεις που περιγράφουν τη συμπεριφορά των παιδιών της ηλικίας σου.

Διάβασε προσεκτικά κάθε πρόταση και σημείωσε με ένα Χ αν «δεν ισχύει» καθόλου, αν «ισχύει κάπως» ή αν «ισχύει» σίγουρα για σένα. Σε παρακαλούμε να απαντήσεις με βάση πώς είναι η δική σου συμπεριφορά τον τελευταίο καιρό και ΟΧΙ πώς ήσουν παλιότερα ΟΥΤΕ πώς θα ήθελες να είσαι. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Δεν χρειάζεται να σκέφτεσαι πολλή ώρα για κάθε πρόταση.

Συμπλήρωσε την απάντηση που σου έρχεται αυθόρμητα στο νου

	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
1. Προσπαθώ να είμαι καλός/ή με τους άλλους. Νοιάζομαι για τα συναισθήματά τους			
2. Είμαι ανήσυχος/η, δεν μπορώ να παραμείνω ήρεμος/η, ακίνητος/η για πολλή ώρα			
3. Έχω συχνά πονοκεφάλους, πόνους στο στομάχι ή αδιαθεσία			
4. Συνήθως μοιράζομαι ό,τι έχω με τα άλλα παιδιά (κεράσματα, παιχνίδια, μολύβια)			
5. Θυμώνω πολύ και συχνά χάνω την ψυχραιμία μου			

6. Είμαι συνήθως μόνος/η και γενικά παίζω ή κάθομαι μόνος/η			
7. Συνήθως κάνω ό,τι μου λένε			
8. Ανησυχώ με το παραμικρό			
9. Είμαι πρόθυμος/η να βοηθήσω κάποιον που είναι πληγωμένος, στεναχωρημένος ή άρρωστος			
10. Συνεχώς στριφογυρίζω νευρικά, δεν στέκομαι ήσυχος/η, έχω νευρικότητα			
11. Έχω έναν ή περισσότερους καλούς φίλους			
12. Μαλώνω συχνά. Μπορώ να αναγκάσω τους άλλους να κάνουν αυτό που θέλω			
13. Είμαι συχνά δυστυχισμένος/η, αποκαρδιωμένος/η ή κλαίω			
14. Τα άλλα παιδιά της ηλικίας μου γενικά με συμπαθούν			
15. Είμαι συχνά αφηρημένος, δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ			
16. Είμαι νευρικός/ή σε καινούργιες καταστάσεις. Χάνω εύκολα την αυτοπεποίθησή μου			
17. Είμαι καλός με τα μικρότερα παιδιά			

18. Συχνά με κατηγορούν ότι λέω ψέματα ή ότι εξαπατώ τους άλλους			
19. Τα άλλα παιδιά με κοροϊδεύουν και με φοβερίζουν			
20. Συχνά προθυμοποιούμαι να βοηθήσω τους άλλους (τους γονείς μου, τους δασκάλους μου, άλλα παιδιά)			
21. Σκέπτομαι πριν κάνω κάτι			
22. Παίρνω πράγματα που δεν είναι δικά μου από το σπίτι, από το σχολείο ή από αλλού			
23. Τα πηγαίνω καλύτερα με τους μεγάλους παρά με παιδιά της ηλικίας μου			
24. Έχω πολλούς φόβους, τρομάζω εύκολα			
25. Τελειώνω ό,τι έχω ξεκινήσει. Η προσοχή μου είναι καλή.			

4.4 Παράρτημα IV- Κλίμακα καταγραφή του σχολικού εκφοβισμού- Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire

Στο σχολείο πολλές φορές κάποια παιδιά μπορεί να ‘πειράξουν’ ή ‘να ενοχλήσουν’ κάποια άλλα παιδιά χωρίς αυτά να τους έχουν κάνει κάτι, με αποτέλεσμα αυτό το παιδί να νιώσει άσχημα. Εσένα σου έχει συμβεί κάτι τέτοιο τους τελευταίους 2 μήνες. Σημείωσε √

	Ποτέ	1-2 φορές	2-3 φορές	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα
1.Είπα άσχημα λόγια, κοροΐδεψα, ή πείραξα με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά).					
2.Επίτηδες δεν έπαιξα με κάποιο παιδί (η κάποια παιδιά) ή το απόκλεισα από την παρέα μου ή το αγνόησα εντελώς					
3.Κτύπησα, κλώτσησα, έσπρωξα ή κλείδωσα σε ένα δωμάτιο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά).					
4.Είπα ψέματά ή διέδωσα άσχημα πράγματα για κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) και προσπάθησα να κάνω τους άλλους να μην συμπαθήσουν αυτό το παιδί(ή αυτά τα παιδιά).					
5.Πήρα χρήματα ή άλλα πράγματα από κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή κατέστρεψα τα πράγματα (κάποιου παιδιού ή κάποιων παιδιών).					
6.Απειλήσα κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή ανάγκασα κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) να κάνουν πράγματα που δεν ήθελαν να κάνουν.					
7.Κοροΐδεψα ή είπα άσχημα λόγια για την χώρα ή των τρόπου που μιλά τα ελληνικά κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά).					

	Ποτέ	1-2 φορές	2-3 φορές	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα
8.Εκφόβησα με άσχημα λόγια, σχόλια ή χειρονομίες (σεξουαλικού περιεχομένου).					
9.Εκφόβησα κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) με άσχημα μηνύματα, τηλεφωνήματα ή εικόνες ή με κάποιο άλλο τρόπο μέσα από το κινητό μου ή μέσα από το διαδίκτυο/internet (στον υπολογιστή). (Δεν λέμε εκφοβισμό το πείραγμα που γίνεται με φιλικό και παιχνιδιάρικο τρόπο)					
10.Εκφόβησα με κάποιο άλλο τρόπο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά).					

	Ποτέ	1-2 φορές	2-3 φορές	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα
11.Μου είπε άσχημα λόγια, με κορόιδεψε, ή με πείραξε με άσχημο τρόπο κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά).					
12.Επίτηδες δεν με έπαιζε κάποιο παιδί (η κάποια παιδιά) ή με απόκλεισαν από την παρέα τους ή με αγνόησαν εντελώς.					
13.Με κτύπησε, με κλώτσησε, έσπρωξε ή με κλείδωσε σε ένα δωμάτιο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά).					
14.Είπε ψέματά ή διέδωσε άσχημα πράγματα για μένα κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) και προσπάθησε να κάνει τους άλλους να μην με συμπαθήσουν.					
15.Μου πήρε χρήματα ή άλλα πράγματα κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά) ή μου κατέστρεψε τα πράγματα μου (κάποιο παιδί ή κάποια παιδιά).					

	Ποτέ	1-2 φορές	2-3 φορές	1 φορά την εβδομάδα	Πολλές φορές την εβδομάδα
17.Με κορόιδεψε ή είπε άσχημα λόγια για την χώρα μου ή τον τρόπο που μιλώ τα ελληνικά (κάποιο παιδί ή κάποια παιδιά).					
18.Με εκφόβησαν με άσχημα λόγια, σχόλια ή χειρονομίες (σεξουαλικού περιεχομένου).					
19.Με εκφόβησε κάποιο παιδί(ή κάποια παιδιά) με άσχημα μηνύματα, τηλεφωνήματα ή εικόνες ή με κάποιο άλλο τρόπο μέσα από το κινητό μου ή μέσα από το διαδίκτυο/internet (στον υπολογιστή).					
20.Με εκφόβησαν με κάποιο άλλο τρόπο κάποιο παιδί (ή κάποια παιδιά).					

Σε περίπτωση που επιθυμείς να μιλήσεις για οποιαδήποτε εμπειρία είτε ανησυχία σου σχετικά με το κομμάτι του σχολικού εκφοβισμού, να μη διστάσεις να απευθυνθείς στον ψυχολόγο που βρίσκεται σχολείο σου ή τον δάσκαλο σου.

4.5 Παράρτημα V- Κλίμακα αυτοεκτίμησης ROSENBERG

Κλίμακα αυτοεκτίμησης

Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το πώς αντιλαμβάνεσαι τον εαυτό σου.

Κύκλωσε πόσο συμφωνείς ή διαφωνείς με κάθε μία από παρακάτω προτάσεις:

1. Σε γενικές γραμμές, είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου

- 1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

2. Κατά καιρούς, νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός.

- 1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

3. Νιώθω ότι έχω πολλές καλές ιδιότητες.

- 1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

4. Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα, όπως και οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι

- 1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

5. Αισθάνομαι ότι έχω κάποιο λόγο για να είμαι υπερήφανος.

- 1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

6. Πραγματικά αισθάνομαι άχρηστος κατά καιρούς.

- 1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

7. Αισθάνομαι ότι είμαι άνθρωπος αξίας, τουλάχιστον το ίδιο με τα άλλα παιδιά.

1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

8. Μακάρι να μπορούσα να έχω περισσότερο σεβασμό για τον εαυτό μου.

1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

9. Συνολικά, έχω την τάση να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχία.

1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

10. Παίρνω μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό μου.

1) Συμφωνώ απόλυτα 2) συμφωνώ 3) διαφωνώ 4) διαφωνώ απόλυτα

4.6 Παράρτημα VI-Κλίμακα παιδικής κατάθλιψης CDI-2

Θυμήσου και περιέγραψε πώς ήσουν και πώς ένιωθες τις 2 τελευταίες εβδομάδες.
Βάλε X στο τετραγωνάκι που σου ταιριάζει καλύτερα.

Ερώτηση 1

- Νιώθω κάπου-κάπου λυπημένος /η ⁰
- Νιώθω πολλές φορές λυπημένος /η ¹
- Νιώθω όλη την ώρα λυπημένος /η ²

Ερώτηση 2

- Τίποτα δεν θα μου πάει ποτέ καλά ²
- Δεν είμαι σίγουρος αν τα πράγματα θα μου πάνε καλά ¹
- Τα πράγματα θα μου πάνε καλά ⁰

Ερώτηση 3

- Κάνω τα περισσότερα πράγματα σωστά ⁰
- Κάνω πολλά πράγματα λάθος ¹
- Κάνω τα πάντα λάθος ²

Ερώτηση 4

- Περνάω καλά με πολλά πράγματα ⁰
- Περνάω καλά με κάποια πράγματα ¹
- Δεν περνάω με τίποτα καλά ²

Ερώτηση 5

- Είμαι σημαντικός για την οικογένεια μου ⁰
- Δεν είμαι σίγουρος ότι είμαι σημαντικός για την οικογένεια μου ¹
- Η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα χωρίς εμένα ²



Ερώτηση 6

- Μισώ τον εαυτό μου ²
- Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου ¹
- Μου αρέσει ο εαυτός μου ⁰

Ερώτηση 7

- Για οτιδήποτε άσχημο συμβαίνει φταίω εγώ ²
- Για πολλά άσχημα πράγματα που συμβαίνουν φταίω εγώ ¹
- Συνήθως δε φταίω εγώ για ότι άσχημο συμβαίνει ⁰

Ερώτηση 8

- Δεν έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου ⁰
- Έχω σκεφτεί να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά δεν το έχω κάνει ¹
- Θέλω να κάνω κακό στον εαυτό μου ²

Ερώτηση 9

- Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάθε μέρα ²
- Νιώθω την ανάγκη να κλαίω πολλές μέρες ¹
- Νιώθω την ανάγκη να κλαίω κάπου-κάπου ⁰

Ερώτηση 10

- Νιώθω πως όλη την ώρα είμαι ιδιότροπος ²
- Πολλές φορές νιώθω να είμαι ιδιότροπος ¹
- Σχεδόν ποτέ δεν είμαι ιδιότροπος ⁰

Ερώτηση 11

- Μου αρέσει να είμαι με άλλους ανθρώπους ⁰
- Πολλές φορές δεν μου αρέσει να είμαι με ανθρώπους ¹
- Δεν μου αρέσει καθόλου να είμαι με ανθρώπους ²

Ερώτηση 12

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Δεν μπορώ να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Είναι πολύ δύσκολο να πάρω απόφαση για κάποια πράγματα | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Παίρνω εύκολα απόφαση για κάποια πράγματα | 0 |

Ερώτηση 13

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Η εμφάνισή μου είναι καλή | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Υπάρχουν μερικά άσχημα πράγματα στην εμφάνισή μου | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Η εμφάνισή μου είναι άσχημη | 2 |

Ερώτηση 14

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου συνέχεια για να κάνω τα μαθήματά μου | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Πρέπει να πιέζω τον εαυτό μου πολλές φορές για να κάνω τα μαθήματά μου | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Δεν είναι μεγάλο πρόβλημα να κάνω τα μαθήματά μου | 0 |

Ερώτηση 15

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ κάθε βράδυ | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Δυσκολεύομαι να κοιμηθώ πολλά βράδια | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Κοιμάμαι αρκετά καλά | 0 |

Ερώτηση 16

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Κάπου-κάπου νιώθω κουρασμένος /η | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Πολλές μέρες νιώθω κουρασμένος /η | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Όλη την ώρα νιώθω κουρασμένος /η | 2 |

Ερώτηση 17

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Τις περισσότερες μέρες δεν έχω διάθεση να φάω | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Πολλές μέρες δεν έχω διάθεση να φάω | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Τρώω αρκετά καλά | 0 |

Ερώτηση 18

- Γενικά δε με απασχολούν διάφοροι πόνοι 0
- Πολλές φορές με απασχολούν διάφοροι πόνοι 1
- Όλη την ώρα με απασχολούν διάφοροι πόνοι 2

Ερώτηση 19

- Δεν νιώθω μόνος /η 0
- Νιώθω μόνος /η πολλές φορές 1
- Νιώθω μόνος /η όλη την ώρα 2

Ερώτηση 20

- Ποτέ δεν περνάω καλά στο σχολείο 2
- Μόνο κάπου κάπου περνάω καλά στο σχολείο 1
- Πολλές φορές περνάω καλά στο σχολείο 0

Ερώτηση 21

- Έχω πάρα πολλούς φίλους 0
- Έχω μερικούς φίλους, αλλά εύχομαι να είχα περισσότερους 1
- Δεν έχω καθόλου φίλους 2

Ερώτηση 22

- Τα πάω καλά με τα μαθήματα 0
- Δεν τα πάω τόσο καλά με τα μαθήματα όπως πριν 1
- Τα πάω πολύ άσχημα σε μαθήματα που παλιότερα συνήθιζα να είμαι καλός 2

Ερώτηση 23

- Δεν μπορώ ποτέ να είμαι τόσο καλός όσο τα άλλα παιδιά 2
- Μπορώ να είμαι τόσο καλός όσο τα άλλα παιδιά εάν το θελήσω 1
- Είμαι τόσο καλός όσο και τα άλλα παιδιά 0

Ερώτηση 24

- Κανείς δεν με αγαπάει πραγματικά ²
- Δεν είμαι σίγουρος αν κάποιος μ' αγαπάει ¹
- Είμαι σίγουρος ότι κάποιος μ' αγαπάει ⁰

Ερώτηση 25

- Τα πάω καλά με τους φίλους μου ⁰
- Μπλέκω σε καυγάδες με τους φίλους μου πολλές φορές ¹
- Μπλέκω σε καυγάδες με τους φίλους μου “όλη την ώρα” ²

Ερώτηση 26

- Αποκοιμάμαι όλη την ώρα κατά την διάρκεια της ημέρας ²
- Αποκοιμάμαι πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας ¹
- Σχεδόν ποτέ δεν αποκοιμάμαι κατά την διάρκεια της ημέρας ⁰

Ερώτηση 27


- Τις περισσότερες μέρες νιώθω ότι δεν μπορώ να σταματήσω να τρώω ²
- Πολλές μέρες νιώθω ότι δεν μπορώ να σταματήσω να τρώω ¹
- Τρώω καλά ⁰

Ερώτηση 28

- Είναι εύκολο για μένα να θυμάμαι πράγματα ⁰
- Είναι λίγο δύσκολο για μένα να θυμάμαι πράγματα ¹
- Είναι πολύ δύσκολο για μένα να θυμάμαι πράγματα ²

ΣΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ!!!

Reliability and Validity of the Full-Length Greek-Cypriot Version of the Children's Depression Inventory 2

George Alexandrou, Ph.D.(c), M.Sc., B.Sc. , Maria Karanikola, Ph.D., M.Sc., B.Sc., Andreas Chatzittofis, Ph.D., M.D., Sokratis Sokratos, Ph.D., M.Sc., B.Sc. (Hons)

Objective: Childhood depression has become a serious concern in recent years. Therefore, it is important for healthcare professionals to have a reliable instrument for measuring depressive symptoms adapted to their culture and language. The Children's Depression Inventory 2 (CDI-2) is a tool that has been widely used in many countries. The present study aimed to investigate the internal consistency reliability and construct validity of the full-length 28-item Greek-Cypriot version of the CDI-2: Self Report (CDI-2:SR) among schoolchildren in Cyprus.

Methods: A methodological instrument validation design was performed between 2020 and 2023 on a nationwide random sample of schoolchildren in Cyprus recruited from public elementary schools. A total of 420 Cypriot children aged 11–13 years were included in the study. Internal

consistency was determined, and factor analysis was performed to examine the psychometric properties of the CDI-2:SR.

Results: The internal consistency of the CDI-2:SR was adequate. In addition, factor analysis indicated a two-factor solution, with the first factor reflecting social-emotional problems and the second factor representing cognitive-behavioral problems.

Conclusions: The Greek Cypriot version of the instrument appeared to be satisfactory in terms of reliability and validity for screening depressive symptoms in children.

Psych Res Clin Pract. 2025; xx:1–8; doi: 10.1176/appi.prcp.20250033

The international public health emergency status of COVID-19 has been associated with significant disruptions in the daily lives of young people worldwide, including depressive symptoms (1). Depressive symptoms are part of several psychiatric diseases with detrimental consequences, especially in young individuals (2). Depressive symptoms that develop in childhood have a more severe impact on emotion (3). Adolescents with depression tend to isolate themselves socially, making them vulnerable to severe depressive symptoms (3–5). Overall, children and adolescents with depressive symptoms are at risk for a range of negative outcomes, including poor academic performance, low self-esteem, disengagement, and suicidal ideation (6).

The Children's Depression Inventory (CDI) questionnaire was first developed by Kovacs (7) to detect depressive symptoms among those aged 7–17 years (7, 8). The official publication of the instrument was made by the Multi-Health System Inc. (MHS) in 1992 (9).

The CDI was initially built upon the foundation of the Beck Depression Inventory, a tool created to identify variations in depressive symptoms among adults and

children. Particularly, the CDI considered the diverse manifestations of depressive symptomatology across various age phases, spanning from childhood to adoles-

HIGHLIGHTS

- The Greek-Cypriot version of Children's Depression Inventory 2 (CDI-2) demonstrates high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.907$) and good factorial validity.
- Factor analysis revealed a two-factor structure, distinguishing between emotional and functional problems.
- The CDI-2 can serve as a reliable screening tool for early detection of depressive symptoms in Greek-Cypriot schoolchildren.
- Strong intercorrelations among subscales support the robust psychometric properties of the instrument.
- The findings highlight the need for culturally adapted assessment tools to improve early intervention in child and adolescent mental health.

cence. These dimensions encompassed cognitive, affective, behavioral, interpersonal, and developmental perspectives (7, 10).

The CDI has been translated and adapted into over 20 languages and countries, including Arabic (11), Spanish (12), Dutch (13), German (14), Greek (15), Italian (16), Malaysian (17), Chinese (18), Japanese (19), and Cyprus (20), and is currently used in many countries with high sensitivity and moderate specificity (13–15, 20).

Kovacs (21) developed a second, 28-item Children's Depression Inventory 2: Self Report (CDI-2:SR) with an updated normative sample for controlling the birth cohort effect, compared to the one developed in 1992 (21). Some items in the CDI were formulated in the CDI-2:SR to better capture the fundamental symptoms of children's depressive symptoms and to provide clearer questions. Furthermore, a short version of CDI-2:SR, has been developed (21, 22). Specifically, the CDI-2:SR Short Form, which includes 12 items, was designed to provide a quicker and more accurate assessment of depressive symptoms in children and adolescents. The CDI-2:SR Short Form has been widely used in clinical and research settings to date (23–29). However, while the CDI-2:SR Short Form offers advantages in terms of time efficiency and practicality, it may not provide the same comprehensive assessment as the full-length CDI-2:SR. A more detailed evaluation of depressive symptoms is required. If a comprehensive diagnostic assessment is needed, it may be more appropriate to use the full CDI-2:SR (23).

Indeed, the CDI-2:SR has adequate internal consistency reliability, with Cronbach's alpha values ranging from 0.67 to 0.91 for the entire scale and subscales (30, 31) in both clinical and non-clinical populations. It has been shown that the CDI-2:SR offers adequate screening accuracy (32) according to sensitivity and specificity measures (25); however, there is scarce data on the validity of the CDI-2:SR, mainly in terms of consistency, reliability, and construct validity (30, 33).

Available norms may not accurately reflect different populations in other nations with different social and cultural backgrounds because standardized samples come from a few countries (e.g., the USA) (21). Therefore, the CDI-2:SR may be more effective in young people from different backgrounds if more translations and norms are available (21). Hence, it is crucial to examine whether the CDI-2:SR measures depression consistently and accurately across diverse cultural contexts, since the CDI-2:SR has not been used in the Greek-Cypriot population before, the metric properties of the tool must be tested.

Additionally, since depression is a disorder that lacks identifiable markers, it is crucial to acknowledge and recognize the symptoms in order to effectively identify depression in children and adolescents. Therefore, the utilization of screening instruments becomes an essential tool for enabling early detection and intervention (34).

The present study aimed to investigate the internal consistency reliability, and factorial validity of the full-length 28-item Greek-Cypriot version of the CDI-2:SR among schoolchildren in Cyprus aged 11–13.

MATERIALS AND METHODS

Methods

Design and Data Collection. A methodological instrument validation design was performed between 2020 and 2023 in a nationwide random sample of public elementary schools in Cyprus. The target population was schoolchildren aged 11–13. The following phases were included in the validation process: (a) translation of the tool from English to Greek and vice versa to create the Greek version of the tool, (b) internal consistency reliability aimed at testing the reliability of the tool, and (c) conducting factor analysis aimed at testing the factorial validity of the instrument.

Sampling and Procedures. Data were collected from students in their final year of public elementary school, aged 11–13 years (6th grade), regardless of their gender, age, or nationality. Cyprus's educational system is divided into four levels. Early childhood education (ages 3–6), primary education (ages 6–12), secondary education (ages 12–18), and tertiary education (ages 18 and above). Full-time education is compulsory for all children between the ages of 5 and 15 years (35).

An adequate sample size for the factor analysis was at least 210 participants for a satisfactory ratio of N to the number of model parameters that is, according to the guideline of maintaining a minimum of 10 participants for each variable (10:1) (36). Specifically, a random selection process was employed to select 27 primary schools from both public and private institutions across the country ($n = 800$), which was implemented using a lottery-based method. However, 7 schools declined to participate ($n = 150$), 200 students did not obtain parental consent to participate, and 25 students were absent during the data collection period. The final sample consisted of 420 participants (response rate: 65%).

Ethical Considerations. Cyprus National Bioethics Committee (Refs. No: 2020/4) and the Ministry of Education, Sports, and Youth of the Republic of Cyprus approved the study. All parents provided written informed consent. Participation was voluntary and anonymous. Participants were informed that their parents would sign a consent form but could drop out at any time if they chose. To ensure ethical compliance and child safety, the parental consent form included contact details for national child mental health services as well as a collaborating child psychiatrist. Parents were informed that they could reach out directly to these professionals if they had concerns

regarding their child's mental health. This study followed all legal procedures governing the law on the protection of natural persons against the processing of personal data.

Materials

Instruments

The CDI-2

The CDI-2:SR consists of 28 items divided into two scales: Emotional Problems (EP) and Functional Problems (FP). The EP scale consists of two subscales: the negative mood/physical symptoms subscale (9 items, subscale range 0–18) and the negative self-esteem subscale (6 items, subscale range 0–12). The EP scale score reflects the degree of dysphoric affect, including sadness and guilt (21). The FP scale includes the interpersonal problems subscale (5 items, subscale range 0–10) and the ineffectiveness subscale (8 items, subscale range 0–16), which assesses the severity of symptoms related to the quality of interaction with peers, school, and family (21). The full-length SR of the items included in the CDI-2 are scored as follows: “0” indicating absence of symptoms; “1” indicating mild symptoms; and “2” indicating severe symptoms. Total CDI-2:SR scores ranged from 0 to 56.

It is important to note that the CDI-2:SR is a screening tool that allows the assessment of the severity of depressive symptoms instead of providing a clinical diagnosis of depression. Higher scores indicate more depressive symptoms (21).

The CDI-2:SR had not been used in the Greek-Cypriot population before this study. The instrument was translated into Greek according to relevant guidelines (37, 38). The original English questionnaire was translated and back-translated by two bilingual (Greek and English) academics who worked independently. To create a single version of each translated item, two translated versions were compared. As a result, the final Greek CDI-2:SR questionnaire was created.

Data Analysis

The internal consistency reliability of the CDI-2:SR scale and its subscales was evaluated using Cronbach's alpha. Additionally, Guttman split-half reliability was calculated for the full CDI-2:SR scale. Item-total correlations and inter-correlations between subscales were also examined to further assess internal consistency.

To assess construct validity, both confirmatory factor analysis (CFA) and exploratory factor analysis (EFA) were performed.

CFA was initially conducted to test the theoretical structure of the CDI-2:SR, including one-factor, two-factor (EP and FP), and second-order models with four lower-order subscales. CFA models were evaluated using standard fit indices: comparative fit index, Tucker–Lewis index, root mean square error of approximation, and standardized root mean square residual (39–41). The CFA results indicated poor to marginal model fit and the presence of

estimation issues in some models (e.g., negative latent variances and identification warnings), prompting further investigation through EFA.

Subsequently, an EFA was conducted using the maximum likelihood (ML) extraction method, which allows for the estimation of model-based fit indices. The Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) measure of sampling adequacy and Bartlett's test of sphericity were used to assess the suitability of the data for factor analysis. Factors were retained based on eigenvalues >1.0 (Kaiser's criterion, Kaiser (41)), and the scree plot was examined to support factor retention decisions. Promax (oblique) rotation was applied, as it allows for the identification of correlated factors, which are commonly expected in psychological constructs such as depressive symptoms. Given the theoretical and empirical assumption that latent dimensions of depression are inter-related rather than orthogonal, oblique rotation was deemed more appropriate than orthogonal methods (e.g., varimax), which assume factor independence (42).

For all statistical analyses, a *p*-value <0.05 was considered statistically significant. Data were analyzed using SPSS version 19 for descriptive, reliability. For CFA and EFA the statistical program JAMOVI was used.

RESULTS

Descriptive Statistics

The final sample consisted of 420 children (response rate: 65%); Of them, 200 (47.6%) were boys and 220 (52.4%) were girls, with ages ranging from 10 to 13 years (mean = 11.20, SD = 0.43). In terms of socioeconomic background, the majority of participants (*n* = 116, 27.6%) reported an annual family income between €19,501–€39,500, while the smallest group (*n* = 85, 27.6%) reported an income of ≤€19,500 (Table 1).

Internal Consistency of the CDI-2

The Greek version of the CDI-2 appeared to have adequate internal consistency in terms of Cronbach's alpha (0.907),

TABLE 1. Characteristics of the sample (*N* = 420).

	Frequency (<i>N</i>)	Percentage (%)
Age		
10–11	330	78.6
12–13	90	21.4
Sex		
Boys	200	47.6
Girls	220	52.4
Ethnicity		
Cypriot	428	86.2
Greek	28	5.1
Other ethnicities	48	8.7
Family incomes		
≤€19,500	85	20.2
€19,501–39,501	116	27.6
€39,501–49,000	113	26.9
≥€49,001	106	25.2

and the Guttman split-half coefficient was 0.88. Cronbach's alpha was adequate for the CDI-2 subscale. Specifically, the relevant values were 0.882 for EP and 0.920 for FP (Table 2).

Construct Validity

Factor Analysis. Factor analysis was performed to explore the underlying dimensions that explained the relationships between multiple items. Using ML with criteria of eigenvalues equal to or greater than one, factor analysis explained 51.1% of the variance; Component 1 contributed 33.28%, and Component 2 contributed 17.82% (Table 3). The components in the rotated solution (Promax) exhibited a simple structure with numerous moderate and strong loadings (greater than or equal to 0.4), and most variables had adequate loadings on one component (Table 4). Specifically, Item 5 ("My family is better off without me") had the highest loading (0.771), while Item 3 ("I do everything wrong") had the lowest loading (0.403). The first component of the scale best describes EP and the second component describes FP. No variable exceeded a loading of 0.4 on both factors.

Regarding the fit indices of the model and the appropriateness of the factor analysis, the Bartlett's test for factor analysis was 1314 with $df = 357$ and $KMO = 0.909$ ($p < 0.001$) (Table 4).

Inter-Correlations

An additional analysis was conducted to examine the correlations between the total score of the CDI-2:SR and the two empirically derived subscales (EP and FP). As shown in Table 2, all Pearson's r coefficients were positive and statistically significant at the $p < 0.01$ level. The correlation between the total score and EP was $r = 0.802$, and between the total score and FP was $r = 0.805$, indicating that both subscales contribute substantially to the overall depressive symptomatology. The correlation between EP and FP was $r = 0.750$, suggesting that these two domains are strongly related yet conceptually distinct. Cronbach's alpha coefficients demonstrated excellent internal consistency reliability: $\alpha = 0.907$ for the total scale, $\alpha = 0.892$ for EP, and $\alpha = 0.882$ for FP. According to Cohen's (43) guidelines, these

correlations reflect moderate to strong effect sizes, supporting the internal structure of the instrument.

DISCUSSION

The main objective of this study was to assess the internal consistency reliability and factorial validity of the CDI-2:SR, which is a 28-item questionnaire translated into Greek-Cypriot and administered to schoolchildren in Cyprus. The CDI is a widely used tool for detecting childhood depression. However, a meta-analysis examining the scale's structure and content showed differences in both aspects (44). Despite the modifications that have been implemented in the latest version, there is a paucity of data regarding the validity of the structure and content of the CDI-2:SR. Therefore, it is important to investigate whether these differences in structure and content vary across different cultural backgrounds.

Our findings provide initial evidence for the internal consistency and concurrent validity of the Greek-Cypriot CDI-2's full-length form as a measure of depressive symptoms among Greek-speaking Cyprus students.

To evaluate the underlying structure of the Greek-Cypriot version, an EFA was conducted. The results supported a two-factor solution representing EP and FP, which explained 51.1% of the total variance. Although this percentage may appear modest, it is comparable to that reported in other validation studies using similarly aged school-based samples (31, 33, 45). The two-factor configuration aligned conceptually with the structure of the original CDI-2:SR and offered a parsimonious and interpretable model in the current population.

Item-level loadings were also examined to assess the strength and interpretability of the two-factor solution. Most items demonstrated strong and clean loadings (≥ 0.50) on their respective factors, with minimal cross-loadings and no items needing removal. Items reflecting sadness, self-deprecation, and negative affect (e.g., Items 1, 2, 6, 9, 13) consistently loaded on the EP factor, while those reflecting interpersonal difficulties, ineffectiveness, or withdrawal (e.g., Items 5, 11, 14, 20, 25) loaded on the FP factor.

TABLE 2. Correlation between subscales and Cronbach's α .

CDI2	CDI 2 total score	Emotional problems	Functional problems	Cronbach's α
Total score	1.000			0.907 ^a
Emotional problems	0.802 ^a	1.000		0.892 ^a
Functional problems	0.805 ^a	0.750 ^a	1.000	0.882 ^a

^a Statistical significance is at the 0.01 level (2-tailed).

TABLE 3. Total variance explained.

Component	Initial eigenvalue	% of variance	Cumulative %	Rotation sums of squared loadings
1	7.417	32.28	33.38	4.444
2	1.517	17.82	51.10	5.021

TABLE 4. Structure matrix for Factor 1 and Factor 2 from exploratory factor analysis.^a

	Component	
	1	2
Item 27 R	0.707	
Item 9 R	0.701	
Item 18	0.686	
Item 16	0.681	
Item 7 R	0.668	
Item 6 R	0.652	
Item 26 R	0.638	
Item 13	0.628	
Item 10 R	0.557	
Item 24 R	0.549	
Item 8	0.530	
Item 2 R	0.527	
Item 17 R	0.522	
Item 1	0.508	
Item 15 R	0.501	
Item 5		0.771
Item 23 R		0.723
Item 11		0.719
Item 20 R		0.711
Item 19		0.681
Item 12 R		0.666
Item 25		0.633
Item 14 R		0.565
Item 21		0.494
Item 22		0.493
Item 28		0.453
Item 4		0.407
Item 3		0.403
Eigenvalues	7.417	1.517
Percentage of variance	33.28	17.82

^a Extraction method: ML, maximum likelihood. Rotation method: Promax.

The pattern is consistent with the theoretical framework of the original CDI-2, where these items formed part of higher-order domains corresponding to our factors. Importantly, our results did not reveal any items loading on different conceptual factors compared to the original version. For example, Item 3 (“I feel like crying every day”) and Item 14 R (“I do most things well”) loaded as expected under the Emotional and Functional dimensions, respectively.

Compared to the original English version (21), where item loadings for the four subscales ranged between 0.42 and 0.79, our structure was similarly robust, with loadings mostly falling within that range. In contrast, other studies have reported more variation. For example, Anant et al. (33) found that several items originally belonging to different subscales loaded together, prompting a restructuring into four second-order factors. Likewise, Kim et al. (31) reported that some items showed weaker loadings (<0.40) or cross-loaded across emotional and cognitive dimensions. Despite these variations, all studies converged on the broader distinction between emotional

and functional difficulties, reinforcing the validity of the two-factor structure.

Cross-national comparisons of the CDI-2:SR structure reveal both similarities and divergences. In the Singaporean adaptation, Anant et al. (33) identified a two-factor solution (socio-emotional and cognitive-behavioral problems), supported by both EFA and CFA, though the original subscale model showed suboptimal fit. Kim et al. (31) in Korea confirmed a two-factor model via exploratory structural equation modeling, again diverging from the original subscale structure. Cumba-Avilés et al. (30) in Puerto Rico also observed strong correlations between two broad dimensions in a clinical sample, while Cho et al. (23) emphasized the need for further validation in non-clinical contexts due to inconsistencies in subscale patterns.

Across these studies, the consistent emergence of two overarching factors supports the structural validity of a simplified model, especially in younger or school-based populations. This aligns with our findings, suggesting that children may not differentiate nuanced emotional and functional subdimensions, but rather experience depressive symptoms as broad, interrelated difficulties. Such convergence underscores the potential value of a two-factor structure in culturally adapted settings.

The internal consistency reliability of the Greek-Cypriot CDI-2:SR was also found to be strong. The total scale and the two derived factors the EP and the FP, demonstrated high Cronbach’s alpha values ($\alpha = 0.907$, 0.892 , and 0.882 , respectively), which are consistent with or slightly higher than those reported in other validations (23, 31, 33). These values are also comparable to the original English version (21), which reported $\alpha = 0.85$ for EP and $\alpha = 0.83$ for FP.

Moreover, a strong and statistically significant correlation was observed between the two factors ($r = 0.750$), further confirming the internal coherence of the instrument. This finding is remarkably close to the original scale’s correlation between the two dimensions ($r = 0.77$; Kovacs (21)) and aligns with international data (e.g., Cumba-Avilés et al. (30): $r = 0.77$; Anant et al. (33): $r = 0.87$). These results collectively suggest that the Greek-Cypriot version of the CDI-2:SR maintains solid internal structure and reliability while accounting for potential cultural influences in the expression of depressive symptoms.

These findings carry important implications for school-based mental health screening in Cyprus. The clarity and consistency of the two-factor structure suggest that the Greek-Cypriot CDI-2:SR may serve as a reliable and culturally appropriate tool for the early identification of emotional and functional difficulties related to depression. Given the growing emphasis on mental health promotion in educational settings, especially in the post-pandemic context, this validated instrument can help inform healthcare professionals and teachers in referring students for further support or clinical evaluation when needed.

CONCLUSIONS

The findings for exploratory factor analyses provided evidence supporting the utility of the CDI-2:SR as a screening tool for depression. The results indicated that the CDI-2:SR exhibits a factor structure that aligns with the theoretical understanding of depression. This suggests that the factor structure of the CDI-2:SR scale is valid for the Greek Cypriot population. This is particularly relevant when working with diverse populations with cultural, linguistic, and other contextual differences. The items in the inventory effectively measure depressive symptoms and can be used to identify individuals at risk for depression.

The use of the CDI-2:SR Greek Cypriot version as a screening tool can aid in the early identification of depression in children and adolescents, enabling timely intervention and support. However, further investigations and validation studies are required to determine the scale's validity, reliability, and appropriateness for different populations and settings.

Limitations

This study has several limitations that should be acknowledged, along with the steps taken to mitigate them.

First, the use of self-report measures may introduce response bias, as children may under or over report their symptoms due to misunderstanding, social desirability, or attention-seeking behavior. To minimize this effect, we used a well-validated and age-appropriate instrument (CDI-2:SR) and ensured anonymity and confidentiality during data collection. However, future studies incorporating multi-informant data (e.g., from parents or teachers) would provide a more robust assessment.

Second, the study focused on a relatively narrow age range (11–13 years), which may limit the generalizability of the results to younger children or older adolescents. This age group was selected intentionally, as it represents the transition from late childhood to early adolescence, when depressive symptoms often emerge. Nonetheless, future research should examine the psychometric properties of the CDI-2:SR across a wider developmental span.

Third, the sample consisted exclusively of schoolchildren from non-clinical settings. As a result, the findings may not fully generalize to clinical populations, where symptom severity and expression may differ. Future studies should explore the CDI-2:SR in clinical contexts.

Fourth, the validation was performed within the cultural and educational context of public elementary schools in Cyprus. Although this provides valuable data for Greek-Cypriot youth, cultural norms such as emphasis on emotional restraint or stigma around mental health may have influenced symptom reporting. We did not include cultural or qualitative measures to assess these potential effects, and this should be addressed in future cross-cultural studies.

Fifth, although we used a nationally representative random sample of schools, seven schools declined to participate and 200 students did not obtain parental consent. This introduces the possibility of non-response bias, as non-participating students may differ systematically from those included in the final sample. However, anticipating this potential limitation, we initially targeted a much larger population than required to achieve the minimum sample size. Schools were also recruited from multiple districts across Cyprus to enhance geographic and demographic representation.

Lastly, while our EFA-supported two-factor structure aligns with other international school-based validations, it deviates from the original four-subscale model of the CDI-2. This divergence may reflect cultural or developmental variation or methodological constraints. To enhance interpretability, we focused on the more stable higher-order structure (EP and FP), and we have acknowledged this difference in the Discussion.

AUTHOR AND ARTICLE INFORMATION

Mental Health Services, Nicosia, Cyprus (Alexandrou); Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus (Karanikola, Sokratous); Medical School, University of Cyprus, Nicosia, Cyprus (Chatzittofis).

Send correspondence to Dr. Alexandrou (galexandrou861@gmail.com).

The present study was partially funded by the Cyprus University of Technology and CUT Open Access Author Fund.

Many thanks to all the students who joined this study and to the persons who contributed in the collection of the data.

The authors declare no conflicts of interest.

The datasets generated and/or analyzed during the present study are not publicly available because the authors are currently working on them in order to prepare the final version of this manuscript. However, they are available from the corresponding author upon reasonable request.

This study was approved by the Cyprus National Bioethics Committee [Ref. No: 2020/4]. All participants were informed of the purpose of the study and the data collection procedures, and their consent was obtained. Additionally, the study was approved by university research committees. All methods were carried out in accordance with the relevant guidelines and regulations of the aforementioned committees. The participants were informed about the purpose of the study and the data collection procedures prior to providing their consent. All participants agreed to participate and informed consent was obtained from all subjects and/or their legal guardians. Participation in the study was voluntary and anonymous in order to guarantee confidentiality.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

© 2025 The Author(s). Psychiatric Research and Clinical Practice published by Wiley Periodicals LLC on behalf of American Psychiatric Association.

Received February 24, 2025; revised May 5, 2025; accepted May 22, 2025.

- Outcomes (GUSTO) study. *PLoS One*. 2023;18(5):e0286197. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286197>
34. Beck A, Dryburgh N, Bennett A, Shaver N, Esmailisaraji L, Skidmore B, et al. Screening for depression in children and adolescents in primary care or non-mental health settings: a systematic review update. *Syst Rev*. 2024;13(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02447-3>
 35. Cyprus Ministry of Education, Sport and Youth (MESY). Structure of the education system of Cyprus. 2023. Available from: https://archeia.moec.gov.cy/mc/896/domi_ekpaideftikou_systimatos_2022_en.pdf
 36. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development. In: *Health care research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003. <https://doi.org/10.4135/9781412984898>
 37. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186–91. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
 38. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Bosi F. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. Illinois: Institute for Work and Health; 2007. p. 1–47.
 39. Watkins MW. Exploratory factor analysis: a guide to best practice. *J Black Psychol*. 2018;44(3):219–46. <https://doi.org/10.1177/0095798418771807>
 40. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods Psychol Res*. 2003;8(2):23–74.
 41. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974;39(1):31–6. <https://doi.org/10.1007/bf02291575>
 42. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. 2005. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
 43. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 44. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the Children's Depression Inventory: a meta-analysis. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(4):578–88. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.111.4.578>
 45. Babakhanyan I. Development and validation of a process focused measure of childhood depression. [Doctoral dissertation, Loma Linda University]. 2013. <https://doi.org/10.1177/1073191118796557>

The prevalence of depressive symptoms in early adolescence in Cyprus and their associations with sociodemographic characteristics: A cross-sectional descriptive correlational study

Journal:	<i>Nursing Open</i>
Manuscript ID	NOP-2024-Jun-1338.R2
Wiley - Manuscript type:	Empirical Research Quantitative (Direct Via EEO)
Search Terms:	Mental Health, Child Nursing, Children
Abstract:	<p>Aim This study investigated the prevalence of depressive symptoms among early adolescents in Cyprus and explored the potential associations between the individual and family characteristics of the participants and their depressive symptoms.</p> <p>Design A cross-sectional descriptive correlational study</p> <p>Methods The Children's Depression Inventory-2 (CDI-2) was used to detect depressive symptoms. Descriptive statistics were performed for all sociodemographic characteristics and depressive symptoms and are reported as frequencies, mean values, and standard deviations. Chi-square tests were used to examine differences between categorical variables and clinical depressive symptoms. Multivariate logistic regression models were used to estimate the odds ratios and 95% confidence intervals of depressive symptoms associated with sociodemographic characteristics both before and after controlling for potential confounders.</p> <p>Results Of the 552 participants included in the study, 14.3% exhibited depressive symptoms. Girls, children with attention deficit hyperactivity disorder, and children with foreign fathers had significantly higher rates of depressive symptoms.</p> <p>Patient or Public Contribution This study emphasizes the significance of early identification and culturally sensitive interventions for addressing depressive symptoms in children.</p> <p>Keywords: Depressive symptoms, early adolescence, sociodemographic characteristics, Cyprus</p>

The prevalence of depressive symptoms in early adolescence in Cyprus and their associations with sociodemographic characteristics: A cross-sectional descriptive correlational study

Abstract

Aim

The aim of the present study was a) to examine the prevalence of depressive symptoms among early adolescents in Cyprus and b) to explore potential associations between the individual and family characteristics of participants and depressive symptoms.

Design

A cross-sectional descriptive correlational study with random sampling

Methods

Depressive symptoms were assessed using the Children's Depression Inventory-2 (CDI-2). Data were analysed using descriptive statistics and multivariate analyses to explore associations between depressive symptoms and participants' sociodemographic characteristics.

Results

Of the 552 participants included in the study, 14.3% exhibited depressive symptoms. Girls, children with attention deficit hyperactivity disorder, and children with foreign fathers had significantly higher rates of depressive symptoms.

Conclusion

The study highlights the impact of sociodemographic factors and sex differences on depression in early adolescents in Cyprus, revealing important disparities that underscore

the need for systematic mental health screening and targeted interventions. Specifically, mental health strategies should address gender disparities and the elevated risk faced by children with pre-existing mental health conditions or those from immigrant families.

Keywords:

Depressive symptoms, early adolescence, sociodemographic characteristics, Cyprus

Patient or Public Contribution

This study emphasizes the significance of early identification and culturally sensitive interventions for addressing depressive symptoms in children.

Accessible Summary

What is known about the subject?

- Adolescence and childhood are crucial stages in mental well-being. The impact of childhood depression on overall welfare is especially noteworthy.

What does the paper add to existing knowledge?

- This study provides data on the prevalence of depressive symptoms among early adolescents in Cyprus.
- It highlights significant associations between depressive symptoms and factors like gender, mental health disorders, and fathers' nationality.

What are the implications for practice?

- Mental health professionals should prioritise early screening for depressive symptoms, particularly in girls, children with ADHD, and those from immigrant families.
- Holistic mental health care should address co-occurring conditions such as ADHD, recognizing the higher risk of depression in children with these disorders.

- To effectively address the unique challenges related to cultural identity and social inclusion, mental health assessments and interventions need to be culturally sensitive, especially when dealing with children who have nonnative fathers.
- These findings support the development of targeted support programmes and psychoeducational interventions to reduce the risk of persistent mental health problems in vulnerable groups.

Relevance to Mental Health Nursing

This study highlights the importance of early recognition and culturally tailored interventions for depressive symptoms in children. Mental health nurses should integrate routine screening for depressive symptoms in school and community settings, focusing on high-risk groups such as girls, children with ADHD, and those from immigrant backgrounds. Additionally, nursing practice guidelines should incorporate culturally sensitive approaches and specific strategies to support these vulnerable populations. These insights offer valuable guidance for mental health nursing practice and the delivery of empathetic, effective care.

Background

Adolescence and childhood are critical stages for mental health (WHO,2018), as during this period, the brain undergoes rapid development. The cognitive and socioemotional skills that children and adolescents develop are crucial for assuming adult roles in society and shaping their future mental health (WHO,2018). Given the significance of this developmental phase, mental health challenges that arise during childhood and adolescence can have long-term consequences. (Clayborne et al., 2019)

One critical issue during this stage is depression, a complex mental health condition that affects a significant number of children worldwide. The prevalence of major depressive disorder among individuals aged 10–19 years is estimated at 8% (Shorey et al., 2022), highlighting the burden of this condition in young populations. Alarming, the prevalence of severe depressive symptoms among adolescents has seen a substantial increase, rising from 24% in 2001 to 37% in 2020 (Shorey et al., 2022). This upward trend was further exacerbated by the COVID-19 pandemic, with global rates of depressive symptoms surging. In some Asian countries, such as China, the prevalence among adolescents reached as high as 48.20% (Chi X. et al., 2021), highlighting the urgent need for effective mental health interventions and preventive strategies.

In line with ecological systems theory (Bronfenbrenner, 1977), individuals are embedded within multiple interconnected systems that exert varying degrees of influence on them. For instance, the family constitutes a significant component of the microsystem, encompassing the immediate environment to which individuals are exposed and initially socialized. The individual, characterized by attributes such as gender, age, and health, occupies a central position in this system (Chi et al., 2020). Consequently, both personal and familial factors can influence an individual's development. From this perspective, atypical development arises from the dynamic interplay between an individual's environment and themselves (Zhang, 2022). To gain a comprehensive understanding of the developmental changes experienced by children and adolescents, it is vital to consider individuals, their environments, and the interactions between them. Based on the aforementioned theory, these factors may significantly contribute to the development of depressive symptoms in children. Many factors, including biological/genetic factors (Alshaya, 2022), temperament (Viswanathan et al., 2024), cognitive vulnerability, family factors (Chen et al. 2023, Shi et

al.,2023, Escobar et al.,2021, Escobar et al.,2020), sociodemographic factors (Shi et al.,2023, Yang et al.,2021, Escobar et al.,2020, Moeini et al.,2019,), academic stress (Stearé et al., 2023, Tang et al., 2020), school environment (Escobar et al.,2020, Rayan et al., 2022), bullying, and social networking (Ye et al., 2023, Varela et al.,2021, Malhotra et al.2018), have been associated with depressive symptoms in children and adolescents.

Childhood depression can significantly impact various aspects of a child's life, with long-term consequences extending into adolescence and adulthood. One of the most concerning effects is poor academic performance (López-López et al.,2021), as depression often leads to difficulties in concentration, memory retention, and motivation (Nørby.,2024). In addition to academic difficulties, depression is linked to social withdrawal (Sette et al., 2022) making it harder for children to form and maintain relationships with peers. Feelings of isolation and a lack of social support can further exacerbate their emotional distress, leading to a vicious cycle of loneliness and worsening mental health. More critically, childhood depression is associated with an increased risk of self-harm and suicidal ideation (Shao C. et al.,2021). The emotional pain and hopelessness experienced by affected children may lead them to engage in self-injurious behaviors as a way to cope, and in severe cases, they may develop suicidal thoughts or tendencies. These risks highlight the urgent need for timely and targeted interventions to provide children with the support, coping strategies, and mental health resources necessary to prevent long-term consequences and improve their overall well-being.

In Cyprus, research on depressive symptoms in childhood and adolescence remains rare, with limited studies exploring the prevalence and impact of depression among young individuals. Specifically, only one study has documented the prevalence of depression in children (Sokratous et al., 2017), reporting that 10.25% of children aged 11–13 years

exhibited depressive symptoms. This finding reveals the presence of childhood depression in the Cypriot population, yet the overall lack of research in this area limits a comprehensive understanding of its scope, risk factors, and long-term consequences. Without sufficient data, the development of targeted prevention and intervention programs remains challenging, highlighting the urgent need for further studies to assess the mental health needs of children and adolescents in Cyprus. Although adolescent depression has been widely studied globally, research focusing on Cyprus remains limited. Given the country's unique demographics, economic conditions, and multicultural composition, it is essential to explore local patterns of depressive symptoms. For example, factors such as migration trends, community cohesion, and cultural attitudes toward mental health may influence how depressive symptoms are experienced or reported in Cyprus compared to other contexts. Understanding these local dynamics is crucial for developing culturally and contextually appropriate mental health interventions.

In line with the ecological systems theory, the current study focused on specific sociodemographic factors hypothesized to influence depressive symptoms through different ecological levels. Individual-level factors, such as age and gender, were considered central components of the microsystem. Familial factors, including paternal nationality, reflect aspects of the immediate family environment and cultural context. Broader contextual factors, such as socioeconomic status and migration background, were selected to represent the exosystem and macrosystem, capturing external influences that may indirectly affect children's mental health. The selection of these variables is further supported by previous studies indicating associations between such sociodemographic factors and depressive symptoms in children and adolescents (Shi et al., 2023; Yang et al., 2021; Escobar et al., 2020; Moeini et al., 2019). By integrating both theoretical and empirical perspectives, this

study aims to explore how interactions across multiple ecological systems might contribute to depressive symptoms among early adolescents in Cyprus.

The present study aimed to accomplish two objectives: a) to examine the prevalence of depressive symptoms among early adolescents in Cyprus and b) to explore potential associations between the individual and family characteristics of participants and depressive symptoms.

Materials and Methods

Design and Data collection

This study used a descriptive correlational design involving cross-sectional comparisons. The data were collected from a stratified random sample of elementary schools in Cyprus between September 2020 and January 2023.

Sampling and Procedures

The study sample consisted exclusively of children who permanently reside in the Republic of Cyprus and attend primary education (6th grade) in public or private schools, as well as the parents of these children with their consent. Specifically, children aged 10-13 years, both genders.

On the other hand, the study excluded children who were unable to speak or understand Greek, as well as those with disabilities, (e.g., intellectual disabilities) that hindered their ability to comprehend the instructions or questionnaires. These exclusions were necessary

because the assessment tools used, including the CDI-2, were available and validated only in Greek, and accurate self-reporting was essential for the validity of the study. This decision of whom to exclude was made collaboratively with the teachers.

It is important to note that the educational system in Cyprus consists of four levels: early childhood education (ages 3 to 6), primary education (ages 6 to 12), secondary school (ages 12 to 18), and tertiary education for individuals who are 18 years old and older. Full-time education is compulsory for all children between the ages of 5 and 15 years according to education policy in Cyprus (CMESY, 2023).

The study was conducted in two distinct phases. During the initial phase, the assessment tool for depressive symptoms was translated and culturally adapted from English to Greek for use in the Cypriot population. The subsequent phase entailed an examination of the prevalence of depression among early adolescents in Cyprus along with an exploration of possible associations between the individual and familial attributes of the participants and their depressive symptoms. The sampling procedure involved a stratified random sampling approach. Schools were first stratified by province and community type (urban, suburban, rural) to ensure diverse geographic and sociodemographic representation. Within each stratum, schools were randomly selected using a lottery-based method. Initial correspondence was addressed to the principals of the selected schools, describing the nature, objectives and methodologies of the research and requesting a meeting to discuss possible participation. After obtaining consent from the teachers of the relevant classes, the researcher distributed sealed envelopes to the children. The envelopes contained informational materials, parental consent forms and questionnaires. A unique code was assigned to each child and their parents to ensure the anonymity of all questionnaires. The

students were instructed to return the questionnaires and signed consent forms by their parents within one week.

A second visit by the researcher to each school was then arranged to administer the questionnaires to the students. Each session lasted 30 minutes per class, with the date and time scheduled by the school principals to avoid disruption to the regular school schedule. Strict ethical and procedural guidelines were applied to data collection in this study

The study sample was estimated using Cohen's tables and based on previously published studies ([Kovacs & MHS Staff, 2011](#)) to detect a small effect size (0.2), with a statistical power of 80%, and the level of statistical significance was set at 0.05. A minimum sample size of 400 participants was considered appropriate for this study. A random selection process was employed to select 40 primary schools across the country from both public and private institutions (n = 1080), which was implemented using a lottery-based method. However, 10 schools declined to participate (n = 230), 268 students did not obtain parental consent to participate, and 30 students were absent during the data collection period. The final sample consisted of 552 participants (response rate: 65%).

Ethical considerations

This study was approved by the National Bioethics Committee and the Ministry of Education, Sports, and Youth. Parents of the children who participated in the study signed a consent form. The children's participation was voluntary and anonymous. The children were informed that they had the freedom to choose not to participate in the study even if their parents had signed a consent form. This study followed all the legal procedures governing the law on the protection of natural persons against the processing of personal data.

Instruments

Sociodemographic data questionnaire

The questionnaire included information about the family and child, such as the child's sex, parental status, age of the father and mother, ethnicity of the parents, family income, any mental health disorders or disabilities, and the family's mental health history.

The Children's Depression Inventory-2 (CDI-2)

The CDI-2 is an updated version of the CDI-1 developed by Maria Kovacs ([Kovacs M. & MHS Staff., 2011](#)). The CDI-2 consists of a set of instruments designed to assess depressive symptoms in children aged 7–17 years. The full-length version of the self-rated (SR) scale was used in this study. Using this tool, it is possible to identify children at risk of developing depression at an early stage. The CDI-2-SR consists of 28 items divided into two main scales. The first scale, the Emotional Problem (EP) scale, consists of two subscales: negative mood/physical symptoms and negative self-esteem. The EP score reflects dysphoric affect, including feelings of sadness and guilt. In contrast, the Functional Problem (FP) scale score addresses symptoms that have noticeable consequences for peers, school performance, and family dynamics. The full-length version of the CDI-2 utilizes a three-point scoring system, with scores of 0 indicating the absence of symptoms, 1 indicating mild symptoms, and 2 indicating severe symptoms. Total CDI-2 scores ranged from 0 to 56.

Notably, the tool itself does not confirm the presence of depressive disorders. A high score indicates the severity of depression experienced by the child and provides valuable

information for psychiatric diagnosis during the assessment process ([Kovacs M. & MHS Staff., 2011](#)).

Although CDI-2 has not been previously used in the Cypriot population, its metric properties need to be examined. The instrument was translated into Greek according to established guidelines (Beaton et al.2007). Two bilingual translators proficient in both Greek and English independently translated the original English questionnaire. Subsequently, the translated items were compared to create a unified version of each item. Thus, the final iteration of the CDI-2 questionnaire was conducted in Greek.

Data analysis

The internal consistency of the CDI-2 was assessed using Cronbach's alpha. The Guttman split-half alpha was calculated for the entire scale, whereas the Cronbach's alpha was computed separately for each subscale to evaluate their reliability. To determine whether factor analysis was appropriate for the data, Bartlett's test and the Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) measure of sampling adequacy were performed.

Descriptive statistics were computed for all sociodemographic characteristics and depressive symptoms and are reported as frequencies, mean values, and standard deviations. The overall CDI-2 score was calculated by summing the item scores.

Analyses were conducted to examine associations between sociodemographic characteristics (independent variables) and depressive symptoms (dependent variables). Chi-square tests were selected to assess relationships between categorical sociodemographic variables and the presence of clinical depressive symptoms, using a cut-off point of 20 based on international literature (Cho et al., 2022),as they are suitable for detecting differences in proportions across groups. Logistic regression models were used to

estimate the odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs) of depressive symptoms associated with sociodemographic characteristics, both before and after controlling for potential confounders, a method to evaluate the independent effect of each variable while controlling for others. Specifically, potential confounding variables, including gender, age, place of residence, parental marital status, parental education, parental nationality, and the presence of neurodevelopmental disorders, were included as independent variables in the logistic regression models to control for their possible influence on depressive symptoms. The selection of these variables was based on existing literature. Multicollinearity among independent variables was assessed using the Variance Inflation Factor (VIF) values, which indicated no significant multicollinearity.

Concerning missing values, the questionnaires with significant missing data were excluded from the analysis, as their inclusion could compromise the validity of the results. Significant missing data was defined as more than 10% of items unanswered, to ensure data reliability. In some cases, where analyses were based on specific questions or data subsets, the sample size is smaller, which is clarified in the results section. For the remaining cases with missing data, the Pairwise Deletion method was applied. This method was chosen because the proportion of missing data was low and preliminary checks suggested that missingness was completely at random (MCAR). Pairwise deletion allowed for maximal retention of available data without introducing bias associated with imputation methods. This approach maximized the use of available data for each analysis, while addressing the issue of missing values systematically. The statistical package SPSS 20 was used for statistical analysis.

Results

Sociodemographic characteristics of the sample

The final sample comprised 552 participants. Of them, 263 (47.6%) were male and 289 (52.4%) were female, with ages ranging from 11 to 13 years (mean = 11.18, SD = 0.42). The majority of participants resided in urban areas (n = 202, 36.6%), and 158 (28.6%) families of the participating children had a family income exceeding €49001. Regarding parental status, the majority were married (n = 497, 90.1%). All sociodemographic characteristics are presented in Table 1.

Descriptive statistics of the CDI-2 scale

The minimum (min.) and maximum (max.) CDI-2-SR values were 0 and 51, respectively, with a scale range of 51. The mean and standard deviation (\pm SD) of the scores were 10.22 (\pm 9.28). In terms of scale, the min. and max. scores for the EP scale were 0 and 25, respectively, with a mean value of 3.81 ± 4.15 , while the min. and max. on the EP scale were 0 and 17, respectively, with a mean value of 3.69 ± 3.39 . The subscale reflecting negative mood and physical symptoms had the highest score, ranging from 0 to 17, with a mean value of 1.81 ± 2.30 . In contrast, the interpersonal problems subscale had the lowest score, ranging from 0 to 7, with a mean value of 0.71 ± 1.15 . These results are summarised in Table 2

Associations between sociodemographic characteristics and depressive symptoms

The percentage of participants who reported depressive symptoms was 14.3% (n = 79). There was a statistically significant difference in terms of sex according to sociodemographic characteristics. There was a greater prevalence of depressive symptoms in girls (n = 50, 17.3%) than in boys (n = 29, 11.9%). Furthermore, children who had been

diagnosed with a mental health problem or neurodevelopmental disorder had a much greater prevalence of depressive symptoms ($n = 9$, 39.1%) than did those who had not ($n = 62$, 12.4%). This difference was significant ($p < .001$). Children who had been diagnosed with a pathological problem or chronic illness had a lower prevalence of depressive symptoms ($n = 3$, 4.3%) than those who had not been diagnosed ($n = 6$, 12.4%), but these differences were not significant ($p = .077$). These findings are detailed in Table 3. However, no statistically significant differences were found between any of the groups in terms of participants' family characteristics. Results are presented in Table 4.

Multivariate logistic regression analysis confirmed significant relationships even after we adjusted for sociodemographic variables. Participants who had a mental health problem or neurodevelopmental disorder were 5.56 times more likely to report depressive symptoms than the remaining participants (95% CI: 2.09–14.78, $p = .001$). Similarly, girls were 1.93 times more likely to report depressive symptoms than boys were (95% CI: 1.10–3.38, $p = .02$). Another factor found to be statistically significant in the logistic regression analysis was the father's nationality. Specifically, children with non-native fathers were 4.52 times more likely to report depressive symptoms than were Cypriot participants (95% CI: 1.10–18.55, $p < .036$). These logistic regression results are summarised in Table 5.

Metric properties of the CDI-2

Internal consistency of the CDI-2 score

The Cronbach's alpha coefficient for the Greek version of the CDI-2 indicated that the instrument's internal consistency was adequate, with a value of .90. Additionally, the

Guttman split-half coefficient yielded a value of .88. The CDI-2 subscale also demonstrated satisfactory internal consistency, as evidenced by the relevant values ranging from .88 to .92.

Construct validity

Factor analysis was performed using exploratory factor analysis (EFA) with Maximum likelihood (ML) extraction method to examine the underlying dimensions that accounted for the relationships between various components. The analysis revealed that the factors explained 48.9% of the variance, with ML eigenvalues greater than or equal to one. Specifically, factor analysis explained 51,1% of the variance; Component 1 contributed 33.28%, and Component 2 contributed 17,82%. Most of the elements in the Promax-rotated solution exhibited clear structures with moderate to strong loadings (≥ 0.4). Specifically, item 5 (“My family is better off without me”) had the highest loading (.771), while item 3 (“I do everything wrong”) had the lowest loading (.403). The first component of the scale best describes Emotional problems and the second component describes Functional problems. No variable exceeded a loading of 0.4 on both factors. Bartlett's test for factor analysis yielded 1314 results, $df = 357$ and $KMO = .909$ ($p < .001$). Additionally, the RMSEA for our model was calculated to be 0.0315, which suggests a good fit. Furthermore, the TLI yielded a value of 0.939, indicating an acceptable fit for the model.

Discussion

The objective of the present study was to determine the prevalence of depressive symptoms among early adolescents in Cyprus and explore the potential associations between these symptoms and sociodemographic characteristics. Our findings fulfilled these objectives, demonstrating significant associations between depressive symptoms and gender, neurodevelopmental disorders, and father's nationality, while also documenting the prevalence of depressive symptoms in this population. These should be considered key findings of the study.

The present study reveals a concerning increase in depressive symptoms among children aged 10–13 years during the COVID-19 pandemic. Our findings indicate that 14.3% of participants exhibited depressive symptoms. This result aligns with broader European data, where depressive symptoms markedly increased among children and adolescents due to the pandemic (Ludwig-Walz et al., 2022). Similarly, at the same ages, a study in the UK reported a 44% increase in depressive symptoms in children aged 11-12 during the pandemic (Wright et al., 2021). A recent meta-analysis synthesizing changes in depression and anxiety symptoms in 53 studies (40,807 children) across 12 countries found that, compared with pre-COVID data, children and adolescents experienced a 26% mean increase in depression symptoms and a 10% mean increase in anxiety symptoms (Madigan et al., 2022). Additionally, another meta-analysis by Racine et al. (2021) found that the prevalence rates of anxiety and depression were 20.5% and 25.2% during COVID-19, significantly higher than the 12.9% and 11.6% reported by large cohort studies prior to COVID-19.

In Cyprus, before the pandemic, the prevalence of depressive symptoms in children aged 11–13 years was reported at 10.15% (Sokratous S., 2017). The sharp increase observed in our study during the pandemic underscores the profound impact of this global health crisis

on the mental well-being of children, emphasizing the vulnerability of younger populations to external stressors such as lockdowns, school closures, and social isolation.

The variation in reported prevalence rates of depressive symptoms across different studies can be attributed to several factors. Differences in measurement tools and diagnostic criteria may lead to variability, as some studies rely on self-reported questionnaires while others use structured clinical interviews, producing divergent results (Madigan et al., 2022). Differences in study design and population characteristics also contribute to variations, as research focusing on clinical samples tends to report higher rates compared to general population studies (Racine et al., 2021). Cultural and societal attitudes toward mental health also influence reporting, with stigma potentially leading to underreporting in some regions (Wang et al., 2024). Furthermore, socioeconomic factors play a significant role, as children from low-income households face additional stressors, such as financial insecurity and unstable living conditions, which are linked to higher rates of depressive symptoms (Corell et al., 2024). Moreover, numerous factors may influence depression incidence in children, including ethnicity (Flores et al., 2023), economic downturn (Mostert, 2023, Golberstein et al., 2019), and family functioning (Huang et al., 2022, Ziaian, et al., 2023).

Additionally, disparities in mental health infrastructure and access to services between countries may influence reported prevalence rates, as children in nations with better healthcare systems may receive earlier diagnosis and support, leading to more accurate prevalence estimates (Arias-de la Torre et al., 2020).

One potential explanation for this surge in depressive symptoms is the combination of prolonged social restrictions, disruptions in educational routines, and increased household stressors. Previous studies have indicated that economic difficulties, perceived health risks,

and heightened levels of parental distress during the pandemic were significant predictors of depression and anxiety in both children and adults (Arias-de la Torre et al., 2020). Our study further supports these findings, demonstrating that children in this age group were not immune to the psychological consequences of the pandemic.

This study highlighted that the incidence of depressive symptoms appeared to be influenced by both the individual and family characteristics of the children. Notably, there was a sex difference in depressive symptoms, with girls exhibiting a higher percentage of depressive symptoms than boys. This finding aligns with broader trends observed in mental health research, where females often demonstrate higher rates of depression than males (Pedersen et al., 2023). Similarly, girls tend to display higher rates of depression than boys (Sun et al., 2023, Yoon et al., 2023 Li et al 2023). Although sex differences are not fully understood, the earliest variations in depressive symptoms are observed between the ages of 12 and 14 years (Khesht-Masjedi et al., 2017). For instance, depressed boys may exhibit symptoms such as anger, suicidal ideation, and diminished enjoyment, whereas depressed girls may experience feelings of sadness, guilt, punishment, worthlessness, low energy, fatigue, and increased exhaustion (Khesht-Masjedi et al., 2017). Furthermore, these sex differences may be explained by genetic disparities in brain function between boys and girls (Zhao et al., 2020) or by a greater tendency, among girls, to evaluate their behavior negatively a factor that has been found to be correlated with depressive symptoms (Hards et al., 2023). Additional mechanisms may also contribute to these differences. Biologically, hormonal fluctuations during puberty, such as changes in estrogen and cortisol levels, are thought to increase vulnerability to mood disorders in females (Luo D. et al., 2024). Psychologically, girls are more prone to ruminative coping styles, which can intensify negative affect and contribute to prolonged depressive episodes (Castro T. et al., 2023). Socially and culturally,

girls may experience higher pressures regarding physical appearance, social relationships, and societal expectations, leading to increased stress and emotional distress during adolescence (Papageorgiou A. et al., 2022, Dougherty, E. N. et al., 2022, Choukas-Bradley, S. et al., 2022). These combined biological, psychological, and social factors may help explain the observed sex differences in depressive symptoms and underscore the importance of gender-sensitive mental health interventions.

Exploring the underlying reasons for this sex difference could provide valuable insights into the etiology and manifestations of depression during early adolescence.

Moreover, the study underscores the complex interplay between various aspects of mental health by demonstrating that children with neurodevelopmental impairments, specifically attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), are more prone to experiencing depressive symptoms. This highlights the significance of adopting holistic approaches to mental health care that address co-occurring conditions and account for each individual's unique needs. Numerous studies have established a correlation between ADHD and depressive symptoms (Powell et al., 2020, Nordmeyer et al., 2022). This association could be attributed to several factors. For instance, children with ADHD may encounter difficulties in school because of inattention, impulsivity, and hyperactivity. Such academic challenges can lead to frustration, feelings of inadequacy, and negative self-perception (Betancourt et al., 2024, CDC., 2023, Viesel-Nordmeyer et al., 2023). Over time, emotional experiences may contribute to the development of depressive symptoms. Additionally, impulsive behavior or difficulty in focusing may result in social rejection or isolation (Kang et al., 2024). The experience of loneliness and a lack of social support increase the risk of depression (Kang et al., 2024). Furthermore, ADHD is often associated with emotional dysregulation, whereby children with ADHD may experience intense emotions, mood swings, and

difficulty managing frustration (Hernandez et al., 2024). These emotional fluctuations can contribute to the manifestation of depressive symptoms. Notably, depression frequently coexists with other mental health conditions. Children with ADHD may have comorbidities such as anxiety or oppositional defiant disorder, which further elevate the risk of depression (CDC, 2023, Cuffe et al., 2020).

Beyond individual factors, cultural and family dynamics significantly influence the relationship between ADHD and depressive symptoms. For example, research comparing different cultural settings has shown that cultural perceptions affect how ADHD symptoms are recognized and managed by families, leading to possible delays in diagnosis and increased emotional stress (Tam, L. et al., 2024). In other contexts, such as South Asia, an interplay of parenting styles, social stigma, and familial expectations has been linked to misinterpretation of ADHD symptoms and suboptimal support strategies.

A notable finding highlighted by the study was the statistically significant correlation between fathers' nationality and the prevalence of depressive symptoms in children. Specifically, children with nonnative fathers exhibited higher rates of depression than did their nonnative counterparts. Including paternal nationality as a factor influencing child depression adds nuance to our understanding of the sociodemographic factors that affect mental health in this population. Children with non-native fathers, often referred to as "third-culture kids", may encounter unique challenges related to cultural identity, language barriers, and social integration, all of which can impact their psychological well-being (Cuffe et al., 2020, Thomas et al., 2021).

Exploring the mechanisms underlying the association between fathers' nationality and child depression can shed light on the complex interplay of cultural, familial, and environmental

factors that shape mental health outcomes (Song et al.,2020). Factors such as parental stress, economic insecurity, and access to social support networks may differ across various cultural and national contexts, influencing the prevalence and manifestation of depressive symptoms in children (Ziaian et al., 2023, Song et al,2020, Kim et al., 2018). These findings prompted the consideration of factors such as acculturation, migration experiences, and cultural adaptation, which may have contributed to the observed disparities. These results emphasize the importance of culturally sensitive approaches to mental health assessment and intervention, particularly in diverse societies such as Cyprus. Recognizing and addressing the specific needs and challenges faced by children from non-native backgrounds is crucial for promoting their mental well-being and ensuring equitable access to support services.

Moreover, paternal nationality may shape specific cultural beliefs, parenting styles, and family dynamics that influence children's emotional well-being. Fathers from different cultural backgrounds may hold varying expectations regarding children's emotional expression, discipline, or gender roles, which can create discrepancies between parental practices and the norms of the host country. Such discrepancies might increase family conflict or confusion in children navigating multiple cultural identities (Kim et al., 2018).

Additionally, fathers of foreign nationality may face challenges related to acculturation stress, language barriers, or limited social networks, potentially reducing their capacity to engage with mental health services or support systems (Lerias D. et al.,2025). This could result in lower recognition of children's depressive symptoms or delays in seeking help. Understanding these cultural and familial dynamics is essential for tailoring mental health interventions and ensuring that children from diverse paternal backgrounds receive appropriate and timely support.

In summary, the correlation between depressive symptoms and sociodemographic characteristics raises important questions regarding the social determinants of mental health. Understanding how factors such as socioeconomic status, family dynamics, cultural background, and migration-related experiences intersect with depressive symptoms is crucial. (Grüning Parache L et al. 2024, Kim et al., 2018) Migration and acculturation processes, in particular, can expose individuals and families to stressors such as economic hardship, discrimination, language barriers, and loss of social networks (Andrade, A. et al, 2023). These challenges may increase psychological distress, reduce access to mental health services, and contribute to feelings of isolation or identity conflict, thereby elevating the risk for depressive symptoms. Gaining deeper insight into these interconnected dynamics could inform the development of more targeted, culturally sensitive interventions that effectively address the specific needs of diverse populations. In summary, the correlation between depressive symptoms and sociodemographic characteristics raises important questions regarding social determinants of mental health.

In conclusion, this study highlights the significant associations between sociodemographic factors and depressive symptoms in early adolescents. The findings indicate that certain groups are at a heightened risk, including girls, children with a diagnosed mental health or neurodevelopmental disorder, and those with non-native fathers. These associations remained significant even after adjusting for sociodemographic variables, suggesting that these factors play an important role in the prevalence of depressive symptoms among young adolescents.

The results emphasize the need for **targeted mental health interventions**, particularly for vulnerable subgroups. Schools and healthcare providers should implement **early screening**

and support programs that address the specific needs of children with neurodevelopmental conditions and those from diverse cultural backgrounds.

In Cyprus, cultural attitudes toward mental health, familial support structures, and access to mental health services may play a significant role in shaping the prevalence and management of depression in children.

Longitudinal studies tracking the trajectory of depressive symptoms among early adolescents in Cyprus may provide valuable insights into the persistence and progression of depression over time. In addition, qualitative research exploring the lived experiences of children and families navigating depression could offer nuanced perspectives on the challenges and barriers they face when seeking support and treatment. By addressing the sociodemographic determinants, sex differences, and comorbidities associated with depressive symptoms, policymakers, healthcare professionals, and community stakeholders can work toward creating environments that support the mental health needs of children and adolescents in Cyprus and beyond.

Limitations

The use of self-reported measures to assess depressive symptoms in this study may **introduce reporting inaccuracies** especially among early adolescents, **due to potential response biases such as social desirability and limited introspective ability**. Future research **could benefit from incorporating multi-informant assessments, including parent, teacher, or clinician reports, to enhance measurement reliability**.

Consequently, the findings may not fully reflect mental health patterns in non-pandemic periods. **Future research should explore whether similar trends persist in post-**

pandemic contexts and assess potential long-term effects of pandemic-related stressors on adolescent mental health.

Beyond the context of the pandemic, another limitation is the exclusion of children who could not speak or understand Greek, or who had significant cognitive disabilities. Although these exclusions were necessary for methodological reasons, they may limit the generalisability and inclusivity of our findings, and future studies should aim to develop multilingual and adaptive assessment tools to include these vulnerable groups. However, it is important to note that the proportion of such excluded children in the present study was very small, below 1%, and therefore it is unlikely that this limitation substantially affected the results. Additionally, although the overall sample size was adequate for the primary analyses, the statistical power for subgroup analyses (e.g., based on gender or the presence of neurodevelopmental disorders) may have been insufficient to detect smaller effect sizes. This limitation raises the possibility of type II errors, **where meaningful associations may have gone undetected.** Future studies with **larger and more diverse samples could provide a more nuanced understanding of how these variables interact in different subpopulations.**

Addressing these limitations in future research **could contribute to a more comprehensive understanding of depressive symptoms among early adolescents, particularly in relation to external stressors such as public health crises.** Moreover, **refining methodological approaches could enhance the accuracy of findings and inform the development of more effective, targeted interventions for vulnerable youth populations.** In this context, future research should consider employing multi-informant assessments, incorporating reports from parents, teachers, and clinicians alongside self-reports from children and adolescents. This approach could help reduce potential bias

associated with single-informant data and provide a more comprehensive understanding of depressive symptoms and related factors. Additionally, given the profound disruptions caused by the COVID-19 pandemic, it is essential for future studies to explore post-pandemic trends in adolescent depression. Such research could shed light on the long-term mental health impacts of the pandemic and inform targeted interventions for this population.

References

1. Andrade, A. S., Roca, J. S., & Pérez, S. R. (2023). Children's emotional and behavioral response following a migration: a scoping review. *Journal of Migration and Health*, 7, 100176. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100176>
2. Alshaya D. S. (2022). Genetic and epigenetic factors associated with depression: An updated overview. *Saudi journal of biological sciences*, 29(8), 103311. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2022.103311>.
3. Arias-de la Torre J., Vilagut G., Ronaldson A., Bakolis I., Dregan A., Martín V., Martínez-Alés G., Molina A.J., Serrano-Blanco A., Valderas J.M, Carmen Viana M.& Alonso, J. (2023). Prevalence and variability of depressive symptoms in Europe: update using representative data from the second and third waves of the European Health Interview Survey (EHIS-2 and EHIS-3). *The Lancet Public Health*, 8(11), e889-e898. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00220-7](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00220-7).
4. Bronfenbrenner U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.32.7.513>
5. Betancourt J. L., Alderson R. M., Roberts D. K., & Bullard C. C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A

- meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 108, 102394.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394>
6. Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. (2007) Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Institute for Work & Health, Illinois.
https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
 7. Castro, T., Pinto, T. M., Morais, A., Costa, R., Jongenelen, I., & Lamela, D. (2023). The effect of parenting behaviours on adolescents' rumination: a systematic review of longitudinal studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(11), 3739-3752. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02309-2>
 8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Other Concerns and Conditions with ADHD, <https://www.cdc.gov/adhd/about/other-concerns-and-conditions.html>
 9. Chen Q., Song, Y., Huang Y., & Li C. (2023). The interactive effects of family violence and peer support on adolescent depressive symptoms: The mediating role of cognitive vulnerabilities. *Journal of affective disorders*, 323, 524–533.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.080>.
 10. Chi X., Liang K., Chen S. T., Qi H., Huang L., Yu Q., Chen J., Guo T., Stubbs B., Hossain M., Yeung A., Kong S., Zou, L. (2021). Mental health problems among Chinese adolescents during the covid-19: the importance of nutrition and physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100218.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.100218>.
 11. Cho Y., Lee E. H., Hong S. H., Joung Y. S., & Kim J. H. (2022). Reliability and Validity of the Korean Version of Children's Depression Inventory 2 Short Version as a

- Screening Tool: A Comparison With the Standard 28-Item Version. *Psychiatry investigation*, 19(1), 54–60. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0296>
12. Choukas-Bradley, S., Roberts, S. R., Maheux, A. J., & Nesi, J. (2022). The Perfect Storm: A Developmental-Sociocultural Framework for the Role of Social Media in Adolescent Girls' Body Image Concerns and Mental Health. *Clinical child and family psychology review*, 25(4), 681–701. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00404-5>
13. Clayborne Z. M., Varin M., & Colman I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>.
14. Corell M., Friberg P., Petzold M., & Löfstedt P. (2024). Socioeconomic inequalities in adolescent mental health in the nordic countries in the 2000s - a study using cross-sectional data from the health behaviour in school-aged children study. *Archives of Public Health*, 82(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01240-5>
15. Cuffe S. P., Visser S. N., Holbrook J. R., Danielson M. L., Geryk L. L., Wolraich M. L., & McKeown R. E. (2020). ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *Journal of attention disorders*, 24(9), 1345–1354. <https://doi.org/10.1177/1087054715613437>
16. CMESY, Cyprus Ministry of Education, Sport and Youth. (2023). [Structure of the Education System of Cyprus. Overview \(europa.eu\)](https://european-cyprus.europa.eu/en/education-system-of-cyprus)
17. Deng J., Zhou F., Hou W., Heybati K., Lohit S., Abbas U., Silver Z., Wong C. Y., Chang O., Huang E., Zuo Q. K., Moskalyk M., Ramaraju H. B., & Heybati S. (2023). Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-

- 19 pandemic: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1520(1), 53–73. <https://doi.org/10.1111/nyas.14947>
18. Doering S., Halldner L., Larsson H., Gillberg C., Kuja-Halkola R., Lichtenstein P., & Lundström, S. (2022). Childhood-onset versus adolescent-onset anxiety and depression: Epidemiological and neurodevelopmental aspects. *Psychiatry research*, 312, 114556. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114556>
19. Dougherty, E. N., Goldschmidt, A. B., Johnson, N. K., Badillo, K., Engel, S. G., & Haedt-Matt, A. A. (2022). Gender differences in the relation between interpersonal stress and momentary shape and weight concerns in youth with overweight/obesity. *Body image*, 40, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.01.006>
20. Escobar D. F. S. S., Jesus T. F., Noll P. R. E. S., & Noll, M. (2020). Family and School Context: Effects on the Mental Health of Brazilian Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6042. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176042>.
21. Flores M. W., Sharp A., Carson N. J., & Cook B. L. (2023). Estimates of Major Depressive Disorder and Treatment Among Adolescents by Race and Ethnicity. *JAMA pediatrics*, 177(11), 1215–1223. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2023.3996>
22. Golberstein E., Gonzales G., & Meara E. (2019). How do economic downturns affect the mental health of children? Evidence from the National Health Interview Survey. *Health economics*, 28(8), 955–970. <https://doi.org/10.1002/hec.3885>
23. Grüning Parache, L., Vogel, M., Meigen, C., Kiess, W., & Poulain, T. (2024). Family structure, socioeconomic status, and mental health in childhood. *European child & adolescent psychiatry*, 33(7), 2377–2386. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02329-y>

24. Hards E., Orchard, F., & Reynolds S. (2023). 'I am tired, sad and kind': self-evaluation and symptoms of depression in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00661-4>
25. Hernandez M. L., Garcia A. M., Spiegel J. A., Dick A. S., & Graziano P. A. (2024). Multimodal Assessment of Emotion Dysregulation in Children with and without ADHD and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 1–16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2303706>
26. Huang X., Hu N., Yao Z., & Peng B. (2022). Family functioning and adolescent depression: a moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.962147>
27. Kang B., Li Y., Zhao X., Cui X., Qin X., Fang S., Chen J., & Liu X. (2024). Negative parenting style and depression in adolescents: A moderated mediation of self-esteem and perceived social support. *Journal of affective disorders*, 345, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.132>
28. Khesht-Masjedi M. F., Shokrgozar S., Abdollahi E., Golshahi M., & Sharif-Ghaziani Z. (2017). Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *Journal of family medicine and primary care*, 6(4), 775–779. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_129_17
29. Kim S. Y., Schwartz S. J., Perreira K. M., & Juang L. P. (2018). Culture's Influence on Stressors, Parental Socialization, and Developmental Processes in the Mental Health of Children of Immigrants. *Annual review of clinical psychology*, 14, 343–370. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084925>

30. Kovacs M, & MHS Staff. (2011). Children's Depression Inventory 2nd Edition (CDI 2) Technical Manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
31. Lérias, D., Ziaian, T., Miller, E., Arthur, N., Augoustinos, M., & Pir, T. (2025). The Role of Acculturative Stress on the Mental Health of Immigrant Youth: A Scoping Literature Review. *Community mental health journal*, *61*(3), 462–491. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01351-x>
32. Li Y., Jiang, J., Halldorsdottir T., Zhu, H., Bertone-Johnson E., Valdimarsdóttir U. A., Zhou X., Zhang W., & Lu D. (2023). Premenstrual disorders and gender differences in adolescent mental health. *Journal of affective disorders*, *340*, 930–937. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.009>
33. López-López, J. A., Kwong, A. S. F., Washbrook, L., Tilling, K., Fazel, M., & Pearson, R. M. (2021). Depressive symptoms and academic achievement in uk adolescents: a cross-lagged analysis with genetic covariates. *Journal of Affective Disorders*, *284*, 104-113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.091>
34. Ludwig-Walz H., Dannheim I., Pfadenhauer L. M., Fegert J. M., & Bujard M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the covid-19 pandemic in europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y>
35. Luo, D., Dashti, S. G., Sawyer, S. M., & Vijayakumar, N. (2024). Pubertal hormones and mental health problems in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *EClinicalMedicine*, *76*, 102828. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102828>
36. Madigan, S., Eirich, R., Pador, P., McArthur, B. A., & Neville, R. D. (2022). Assessment of Changes in Child and Adolescent Screen Time During the COVID-19

- Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 176(12), 1188–1198. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.4116>
37. Malhotra S., & Sahoo S. (2018). Antecedents of depression in children and adolescents. *Industrial psychiatry journal*, 27(1), 11–16. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_29_17
38. Moeini B., Bashirian S., Soltanian A. R., Ghaleih, A., & Taheri M. (2019). Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC psychology*, 7(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0298-8>.
39. Mostert C. M. (2023). Macroeconomics and health: Understanding the impact of a declining economy on health outcomes of children and young adults in South Africa. *SSM - population health*, 22, 101404. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101404>
40. Nørby, S. (2024). Depression: implications for learning and education. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13632752.2024.2434982>
41. Papageorgiou, A., Fisher, C., & Cross, D. (2022). “why don’t i look like her?” how adolescent girls view social media and its connection to body image. *BMC Women's Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01845-4>
42. Pedersen G. A., Lam C., Hoffmann M., Zajkowsk, Z., Walsh A., Kieling C., Mondelli V., Fisher H. L., Gautam K., & Kohrt B. A. (2023). Psychological and contextual risk factors for first-onset depression among adolescents and young people around the globe: A systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, 17(1), 5–20. <https://doi.org/10.1111/eip.13300>

43. Powell V., Riglin L., Hammerton G., Eyre O., Martin J., Anney R., Thapar, A., & Rice F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European child & adolescent psychiatry*, 29(11), 1581–1591. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01463-w>
44. Racine N., McArthur, B. A., Cooke J. E., Eirich R., Zhu J., & Madigan S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
45. Rayan A., Harb A. M., Baqeqas M. H., Al Khashashneh O. Z., & Harb E. (2022). The Relationship of Family and School Environments with Depression, Anxiety, and Stress Among Jordanian Students: A Cross-Sectional Study. *SAGE open nursing*, 8, 23779608221138432. <https://doi.org/10.1177/23779608221138432>.
46. Sette S., Zava F., Baumgartner E., Laghi F., & Coplan R. J. (2022). Examining links between social withdrawal subtypes and internalizing problems among Italian primary school children. *European Journal of Developmental Psychology*, 20(2), 268-286. <https://doi.org/10.1080/17405629.2022.2086118>
47. Shao C., Ma Q., Zhao Y., & Yun X. (2021). Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Annals of Palliative Medicine*, 10(9), 9607-9613. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1951>
48. Shi J., Tao Y., Yan C., Zhao X., Wu X., Zhang T., Zhong C., Sun J., & Hu M. (2023). A study on the correlation between family dynamic factors and depression in adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1025168. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1025168>

49. Shorey S., Ng E. D., & Wong C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, *61*(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>.
50. Sokratous S., Christos Z., Despo P., & Maria K. (2017). Prevalence of depressive symptoms among schoolchildren in Cyprus: a cross-sectional descriptive correlational study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *11*, 7. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0145-8>
51. Song M. K., Yoon J. Y., & Kim E. (2020). Trajectories of Depressive Symptoms among Multicultural Adolescents in Korea: Longitudinal Analysis Using Latent Class Growth Model. *International journal of environmental research and public health*, *17*(21), 8217. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218217>
52. Steare T., Gutiérrez Muñoz C., Sullivan A., & Lewis G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *339*, 302–317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.028>.
53. Sullivan G. M., & Feinn R. (2012). Using Effect Size-or Why the P Value Is Not Enough. *Journal of graduate medical education*, *4*(3), 279–282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
54. Sun Y., Zhong Y., Sun W., Chu L., Long J., & Fan X. W. (2023). More prevalent and more severe: gender differences of depressive symptoms in Chinese adolescents. *Frontiers in public health*, *11*, 1167234. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167234>
55. Tam, L. Y. C., Taechameekietichai, Y., & Allen, J. L. (2024). Individual child factors affecting the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (adhd) in children and

- adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 1469-1496. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02590-9>
56. Tang X., Tang S., Ren Z., & Wong D. F. K. (2020). Psychosocial risk factors associated with depressive symptoms among adolescents in secondary schools in mainland china: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 263, 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.118>.
57. Thomas J., Humeidan M., Barrack C., & Huffman K. (2021). Mindfulness, stress reactivity, and depressive symptoms among “third culture kids” in the united arab emirates. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 52(2), 192-208. <https://doi.org/10.1177/0022022120987620>
58. Varela J. J., Sánchez P. A., Tezanos-Pinto P. D., Chuecas M. J., & Benavente M. (2021). School climate, bullying and mental health among chilean adolescents. *Child Indicators Research*, 14(6), 2249-2264. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09834-z>
59. Viesel-Nordmeyer N., Reuber J., Kuhn J., Moll K., Holling H., & Dobel C. (2023). Cognitive profiles of children with isolated and comorbid learning difficulties in reading and math: a meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 35(1). <https://doi.org/10.1007/s10648-023-09735-3>
60. Viswanathan P., Kishore M. T., Seshadri S. P., & V S, B. (2024). Individual and environmental factors in internalizing disorders in children and adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 29(2), 424–438. <https://doi.org/10.1177/13591045231177367>.
61. Wang J. A., Wang H. F., Cao B., Lei X., & Long C. (2024). Cultural Dimensions Moderate the Association between Loneliness and Mental Health during Adolescence and Younger Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of youth and adolescence*, 53(8), 1774–1819. <https://doi.org/10.1007/s10964-024-01977-w>

62. Wright, N., Hill, J., Sharp, H., & Pickles, A. (2021). Interplay between long-term vulnerability and new risk: young adolescent and maternal mental health immediately before and during the covid-19 pandemic. *JCPP Advances*, 1(1). <https://doi.org/10.1111/jcv2.12008>
63. World Health Organization. (2018). Adolescent Mental Health Fact Sheet; World Health Organization: Geneva, Switzerland.
64. Yang Z., Cui Y., Yang Y., Wang Y., Zhang H., Liang Y., Zhang Y., & Shang L. (2021). The Relationship Between Mental Health Problems and Systemic Family Dynamics Among High School and University Students in Shaanxi Province, China. *International journal of public health*, 66 Escobar, 1603988. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1603988>.
65. Ye Z., Wu D., He X., Ma Q., Peng J., Mao G., Feng L., & Tong Y. (2023). Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC psychiatry*, 23(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04681-4>.
66. Yoon Y., Eisenstadt M., Lereya S. T., & Deighton J. (2023). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European child & adolescent psychiatry*, 32(9), 1569–1578. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>
67. Zhang J., Lin, G., Cai, Q., Hu, Q., Xu, Y., Guo, Z., Hong, D., Huang, Y., Lv, Y., Chen, J., & Jiang, S. (2022). The role of family and peer factors in the development of early adolescent depressive symptoms: A latent class growth analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 914055. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.914055>
68. Zhao L., Han, G., Zhao Y., Jin Y., Ge T., Yang W., Cui R., Xu S., & Li B. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Frontiers in genetics*, 11, 562316. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>

69. Ziaian T., Miller E., Puvimanasinghe T., Esterman A., Dollard M. F., & Anstiss H. d. (2023). Family functioning and the psychological wellbeing of refugee-background youth in australia. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/15562948.2023.2238264>

