

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Κοινωνικο-δημογραφικές συσχετίσεις της σχολικής επιθετικότητας και επιδράσεις στην ψυχοσωματική υγεία εφήβων μαθητών

**ΣΚΟΠΟΣ** Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στον προσδιορισμό της συσχέτισης της σχολικής επιθετικότητας με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα των εφήβων και με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Συμμετείχαν 5.614 μαθητές, ηλικίας 16–18 ετών από 25 Γενικά Λύκεια. Η μελέτη διεξήχθη σε δύο φάσεις: Στην πρώτη φάση χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο διαλογής ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας επιλέχθηκαν 2.431 μαθητές, για να συμμετέχουν στη δεύτερη φάση της αναλυτικής ηλεκτρονικής συνέντευξης. Οι μεταβλητές μετρήθηκαν ως εξής: (α) Η σχολική επιθετικότητα με το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο του Olweus, (β) τα ψυχιατρικά συμπτώματα με την αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη (CIS-R) και (γ) τα σωματικά συμπτώματα με κατάλληλο ερωτηματολόγιο ανάλογης μελέτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Οι κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές εκτιμήθηκαν με αυτοαναφορά από τους μαθητές. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Περίπου το 12% των μαθητών ανέφερε ότι υπήρξε θύμα επιθετικότητας και το 20% ανέφερε εμπλοκή ως θύτης. Συχνή εμπλοκή ωστόσο (τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα) είχαν λιγότερα παιδιά (1,4% και 2,8%, αντίστοιχα). Οι θύτες παρουσίασαν σταθερή και γραμμική συσχέτιση με τα ψυχιατρικά συμπτώματα, ενώ τα θύματα εμφάνισαν συσχέτιση κυρίως με τη σοβαρή ψυχιατρική συμπτωματολογία. Τόσο οι θύτες όσο και τα θύματα ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν «πόνο στη μέση» στην πολυμεταβλητή ανάλυση. Η συμπεριφορά του θύτη φάνηκε να επηρεάζεται από τις οικονομικές δυσχέρειες της οικογένειας και από την ανεργία του πατέρα. Η παχυσαρκία συσχετιζόταν με τη θυματοποίηση. Το είδος της εργασίας του πατέρα επηρέαζε τους θύτες. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι εμπλεκόμενοι έφηβοι μαθητές στη σχολική επιθετικότητα εμφανίζουν σωματικά και ψυχιατρικά συμπτώματα. Σημαντικοί οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την εμπλοκή των μαθητών στη σχολική επιθετικότητα.

Η σχολική επιθετικότητα (“bullying”) είναι ένα διεθνές και αρκετά διαδεδομένο πρόβλημα στο σχολικό περιβάλλον.<sup>1</sup> Είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για τους εφήβους, έχει πολλαπλές αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των μαθητών και υπονομεύει το σχολικό πλαίσιο.<sup>2</sup> Η σχολική επιθετικότητα αποτελεί έναν ειδικό τύπο επιθετικής συμπεριφοράς, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Πρόκειται για εμπρόθετη αρνητική πράξη, που αποσκοπεί να προκαλέσει βλάβη ή να ενοχλήσει, είναι επαναλαμβανόμενη και διακρίνεται από ανισορροπία δύναμης με την οποία ένα άτομο πιο δυνατό ή μια ομάδα επιτίθεται σε ένα λιγότερο δυνατό άτομο.<sup>3,4</sup> Οι ερευνητές έχουν διακρίνει τη σχολική επιθετικότητα σε

άμεση και έμμεση. Η άμεση μπορεί να λαμβάνει τη μορφή της σωματικής (κτύπημα, λακτίσματα, σπρώξιμο, τράβηγμα μαλλιών ή τσίμπημα), της λεκτικής (απειλές, χλευασμοί, πειράγματα ή παρατσούκλια) ή της ηλεκτρονικής επιθετικότητας. Η έμμεση μορφή είναι η ψυχολογική θυματοποίηση (αποκλεισμός από την παρέα και η περιθωριοποίηση) ή η άσκηση επιθετικότητας μέσω ενός τρίτου προσώπου.<sup>5</sup> Τα άτομα που εμπλέκονται στη συμπεριφορά είναι ο δράστης που διαπράττει την πράξη (θύτης), αυτός που υφίσταται την επιθετική συμπεριφορά (θύμα) ή κάποιος που μπορεί να είναι και θύτης και θύμα.<sup>6</sup>

Μια σειρά από μελέτες σε διάφορες χώρες επιβεβαι-

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(2):182–193  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(2):182–193

Τ. Γκάτσα,  
Κ. Μαγκλάρα,  
Σ. Μπέλλος,  
Δ. Δαμίγος,  
Β. Μαυρέας,  
Π. Σκαπινάκης

Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή,  
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Sociodemographic associations  
of school-related bullying  
and its impact on psychosomatic  
health in adolescents

*Abstract at the end of the article*

### Λέξεις ευρετηρίου

Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες  
Σχολική επιθετικότητα  
Υγεία

Υποβλήθηκε 4.8.2014  
Εγκρίθηκε 16.8.2014

ώνουν ότι η σχολική επιθετικότητα είναι ένα οικουμενικό φαινόμενο. Παρατηρούνται, ωστόσο, διακρατικές διαφορές ως προς τον επιπολασμό, που εξαρτώνται από κοινωνικο-οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, αλλά και τις διαφορετικές ερευνητικές μεθοδολογίες. Σε μια πρόσφατη διεθνή μελέτη για τον επιπολασμό της θυματοποίησης και του εκφοβισμού σε 66 χώρες αναφέρεται ότι κατά μέσο όρο 32,1% των μαθητών θυματοποιήθηκαν τουλάχιστον μία φορά το τελευταίο δίμηνο, ενώ 37,4% των μαθητών θυματοποιήθηκαν τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο μήνα.<sup>7</sup> Τα αγόρια διαπράττουν πιο συχνά πράξεις εκφοβισμού («θύτες») σε σχέση με τα κορίτσια.<sup>8</sup> Ωστόσο, τα ποσοστά θυματοποίησης (αυτοί που υφίστανται τον εκφοβισμό) δεν φαίνεται να διαφέρουν ανάμεσα στα δύο φύλα.<sup>4,9</sup> Όσον αφορά στην ηλικία, και οι δύο συμπεριφορές εμφανίζονται να είναι πιο συχνές σε μικρότερες ηλικίες.<sup>4,10</sup>

Σύμφωνα με τους Craig et al, στην Ελλάδα η συνολική εμπλοκή στη σχολική επιθετικότητα (είτε ως θύτες είτε ως θύματα) ήταν 41,3% και καταλάμβανε την τρίτη θέση ανάμεσα σε 40 χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα για την επιθετική συμπεριφορά.<sup>9</sup> Τα υψηλά αυτά ποσοστά θα μπορούσαν να εξηγηθούν από την έλλειψη εθνικής πολιτικής αντιμετώπισης της σχολικής επιθετικότητας στην Ελλάδα, καθώς επίσης και από τις πολιτισμικές διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτό και κατανοητό το φαινόμενο του εκφοβισμού στο σχολικό περιβάλλον.<sup>2</sup>

Η εμπλοκή στη σχολική επιθετικότητα αποτελεί παράγοντα κινδύνου τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία,<sup>4,11-13</sup> ενώ οδηγεί και σε χαμηλή ψυχολογική ευεξία και πτωχή κοινωνική προσαρμογή.<sup>14,15</sup> Όσον αφορά στη σωματική υγεία, αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση ανάμεσα στη σχολική επιθετικότητα και στα σωματικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγία, άλγος στην κοιλιά, μυοσκελετική ευαισθησία, άλγος στη μέση, άλγος στο στομάχι, αλλά και ζάλη, κοινό κρυολόγημα, πονόλαιμος, βήχας.<sup>1,17-19</sup> Διαχρονικές μελέτες έχουν υποστηρίξει την άποψη ότι η σχολική επιθετικότητα προηγείται της σωματικής ασθένειας και όχι αντίστροφα.<sup>11,12,16</sup>

Όσον αφορά στην ψυχική υγεία, το να είναι κάποιος συχνά θύμα έχει συσχετιστεί με προβλήματα ψυχικής υγείας και συναισθηματικές δυσκολίες, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα συμπτώματα κατάθλιψης, το άγχος, τα σωματικά και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα,<sup>17,18,20</sup> ο αυτοκτονικός ιδεασμός<sup>21,22</sup> και η αυτοκτονία.<sup>23</sup> Από την άλλη πλευρά, το να είναι κάποιος θύτης σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα,<sup>24</sup> αντικοινωνική προσωπικότητα, εγκληματικότητα, χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας,<sup>25</sup> αλλά και

χαμηλή κοινωνική προσαρμογή<sup>14</sup> και υψηλότερο κίνδυνο ψυχιατρικής διαταραχής.<sup>26</sup>

Διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων και η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση του μαθητή, έχουν συσχετιστεί επίσης με τη σχολική επιθετικότητα.<sup>4,27-29</sup> Ωστόσο, πολλές από τις μελέτες που έχουν διερευνήσει τη σχέση επιθετικότητας και κοινωνικού περιβάλλοντος δεν έχουν λάβει υπ' όψη την πιθανή επίδραση συγχυτικών παραγόντων (confounding factors) και ιδιαίτερα της παρουσίας ψυχιατρικής νοσηρότητας, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού και των κοινωνικο-δημογραφικών συσχετίσεων της σχολικής επιθετικότητας σε ένα δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου στην Ελλάδα. Επίσης, η διερεύνηση της επίδρασης της επιθετικότητας στην ψυχική και τη σωματική υγεία των μαθητών.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Περιγραφή δείγματος – Σχεδιασμός μελέτης και συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης προέρχονται από συγχρονική μελέτη που διενεργήθηκε σε Λύκεια της Ελλάδας. Το δείγμα αφορούσε σε 5.614 εφήβους μαθητές, ηλικίας 15-18 ετών, που φοιτούσαν σε (α) Γενικά Λύκεια της βορειοδυτικής Ελλάδας (Λύκεια της πόλης των Ιωαννίνων, της Πρέβεζας και του Αγρινίου), (β) Λύκεια σε τυπική αστική περιοχή της πρωτεύουσας (επιλέχθηκε η περιοχή της Καλλιθέας στην Αθήνα), (γ) Λύκεια από μια νησιωτική περιοχή της Ελλάδας (επιλέχθηκαν τα Λύκεια της Πάρου). Η έρευνα είχε την άδεια του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου του Υπουργείου Παιδείας. Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε ενημέρωση και ζητήθηκε η άδεια των μαθητών και η έγγραφη συναίνεση των γονέων τους.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας. Αρχικά, όλοι οι μαθητές (συνολικό δείγμα n=5.614) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο διαλογής μέσα στην τάξη, το οποίο περιελάμβανε μια συνοπτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων που εκτιμά η συνέντευξη CIS-R, η οποία χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη (βλέπε παρακάτω). Στη συνέχεια, επιλέχθηκε ένα δείγμα των μαθητών για συμμετοχή στην πιο πλήρη και εκτεταμένη ηλεκτρονική συνέντευξη. Επιλέχθηκε το 100% αυτών που σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο διαλογής (>75ο εκατοστημόριο), 30% εκείνων που σημείωσαν μεσαία βαθμολογία και 10% των μαθητών που σημείωσαν χαμηλή βαθμολογία (<25ο εκατοστημόριο). Οι επιλεγμένοι μαθητές (n=2.431, ποσοστό ανταπόκρισης 95%) συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική συνέντευξη στα εργαστήρια υπολογιστών του κάθε σχολείου. Περισσότερες λεπτομέρειες για τη μεθοδολογία της μελέτης παρέχονται αλλού.<sup>30</sup>

## Αξιολόγηση της σχολικής επιθετικότητας

Για τη μελέτη της σχολικής επιθετικότητας χρησιμοποιήθηκε το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο θύτη/θύματος του Olweus.<sup>31</sup> Το ίδιο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτη υγείας των νέων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ).<sup>32</sup> Αρχικά, δόθηκε μια εισαγωγική πρόταση που ορίζει τη σχολική επιθετικότητα: «Αναφέρουμε ότι ένας μαθητής είναι θύμα επιθετικής συμπεριφοράς, όταν κάποιος παιδί ή ομάδα παιδιών λέει ή κάνει άσχημα και δυσάρεστα πράγματα γι' αυτόν. Επίσης, όταν ένα παιδί υφίσταται επαναλαμβανόμενα πειράγματα από τα άλλα παιδιά κατά τρόπον που αυτός ή αυτή δεν το ήθελε, ή οι άλλοι τον απομονώνουν επίτηδες. Δεν θεωρείται επιθετικότητα όταν δύο μαθητές με παρόμοια σωματική διάπλαση και σωματική δύναμη μαλώνουν ή τσακώνονται για κάτι ή όταν γίνεται καλοπροαίρετα χιούμορ και πείραγμα μεταξύ φίλων». Στη συνέχεια ακολούθησαν δύο ερωτήσεις. Στην πρώτη ερώτηση, οι μαθητές ερωτήθηκαν πόσες φορές έχουν πέσει «θύματα» κατά τους τελευταίους δύο μήνες. Στη δεύτερη ερώτηση, τέθηκε σε αυτούς η ερώτηση, πόσες φορές έχουν λειτουργήσει ως «θύτες» σε τέτοιες καταστάσεις κατά τους τελευταίους δύο μήνες. Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: «Πολλές φορές την εβδομάδα», «μία φορά την εβδομάδα», «2 ή 3 φορές το μήνα», «1 ή 2 φορές τους τελευταίους 2 μήνες» ή «καθόλου». Μαθητές που είχαν εμπλακεί σε περιστατικά επιθετικότητας τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα θεωρήθηκαν ότι πληρούν τα κριτήρια σημαντικής εμπλοκής σε τέτοιες συμπεριφορές και χρησιμοποιήθηκαν στις αναλύσεις της παρούσας έρευνας, καθώς η λιγότερο συχνή εμπλοκή σε τέτοιες συμπεριφορές δεν γίνεται από όλους τους ερευνητές δεκτά ως ενδεικτική παθολογικής συμπεριφοράς στο περιβάλλον του σχολείου.<sup>11,32</sup>

## Εκτίμηση σωματικών συμπτωμάτων

Για την εκτίμηση των σωματικών συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκαν σχετικές ερωτήσεις που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο της μελέτης του ΠΟΥ Health Behavior in the School Context.<sup>33</sup> Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν τα συμπτώματα πόνου που περιλαμβάνουν τον πονοκέφαλο, τον πόνο στη μέση και τον πόνο στο στομάχι. Τα παραπάνω συμπτώματα εκτιμώνται σε κλίμακα τύπου Likert ως προς τη συχνότητά τους μόνο. Η κλίμακα συχνότητας εκτείνεται από «κάθε ημέρα» μέχρι «σπάνια» ή «ποτέ». Για τις αναλύσεις θεωρήθηκε ότι ένα σύμπτωμα ήταν «κλινικά σημαντικό» όταν ήταν παρόν κάθε ημέρα. Η αξιοπιστία της εν λόγω κλίμακας έχει ελεγχθεί σε προηγούμενη μελέτη και βρέθηκε ικανοποιητική.<sup>34</sup>

## Εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας

Η ψυχιατρική νοσηρότητα εκτιμήθηκε με την ψυχιατρική συνέντευξη "Clinical Interview Schedule Revised" (CIS-R) (αναθεωρημένη κλινική διαγνωστική συνέντευξη).<sup>35</sup> Αυτή έχει σχεδιαστεί για να χορηγηθεί από συνεντευκτές που δεν είναι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι), γι' αυτό και έχει χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα σε μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες στον κόσμο. Οι ηλικίες στις οποίες μπορεί να χορηγηθεί είναι αυτές >16 ετών.

Κατά τη δημιουργία της επιδιώχθηκε η απλότητα της συνέντευξης και ο δείκτης ευκολίας στην ανάγνωση κατά Fleish να είναι υψηλός (78,5), υποδεικνύοντας ότι είναι δυνατόν να γίνει κατανοητός και από μικρότερες ηλικίες. Γι' αυτόν το λόγο έχει χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν σε έρευνες για μαθητές του Γυμνασίου, ηλικίας >14 ετών, στην Αυστραλία.<sup>12</sup>

Η συνέντευξη διερευνά για το διάστημα των τελευταίων 7 ημερών την παρουσία 14 συμπτωμάτων σχετιζόμενων με την ψυχική υγεία. Τα συμπτώματα αυτά είναι: Ψυχοσωματικά συμπτώματα, κόπωση/ατονία, διαταραχές συγκέντρωσης/προσοχής/μνήμης, διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα, ανησυχία για τη σωματική υγεία (υποχονδριακές ιδέες), καταθλιπτική διάθεση, καταθλιπτικές ιδέες, γενικευμένη ανησυχία, άγχος σωματικό, φοβίες, πανικός, ιδεοληψίες, καταναγκασμοί. Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται από 0-4, εκτός του καταθλιπτικού ιδεασμού, που αξιολογείται από 0-5. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από 0-57. Η βαθμολογία >12 θεωρείται ενδεικτική ψυχιατρικής νοσηρότητας. Με τη βοήθεια ειδικών διαγνωστικών αλγορίθμων μπορεί να γίνει εκτίμηση των κοινών ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του ΠΟΥ (ICD-10). Η συνέντευξη έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα και λεπτομέρειες για τις ψυχομετρικές της ιδιότητες παρέχονται αλλού.<sup>30</sup>

## Εκτίμηση κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων

Οι κοινωνικοοικονομικές και κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές ερωτήθηκαν αρχικά μαζί με το ερωτηματολόγιο διαλογής και περιέλαβαν τις ακόλουθες κατηγορίες:

- *Εργασιακή κατάσταση πατέρα (6 κατηγορίες):* Ειδικότερα αναφέρονται οι κατηγορίες: Δημόσιος υπάλληλος, ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, άνεργος, συνταξιούχος ή άλλο
- *Εργασιακή κατάσταση μητέρας (6 κατηγορίες):* Χρησιμοποιήθηκαν οι ίδιες κατηγορίες με τις προηγούμενες
- *Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (5 κατηγορίες):* Ειδικότερα αναφέρονται οι κατηγορίες: Απόφοιτος Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου, Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) και Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ)
- *Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας (5 κατηγορίες):* Χρησιμοποιήθηκαν οι ίδιες κατηγορίες με τις αμέσως προηγούμενες
- *Οικονομική κατάσταση:* Οι μαθητές κλήθηκαν να εκφράσουν τη γνώμη τους για τις οικονομικές δυσχέρειες της οικογένειάς τους. Ειδικότερα, οι μαθητές απάντησαν στην ερώτηση «Πώς τα πηγαίνει η οικογένειά σου στον οικονομικό τομέα;». Οι πιθανές απαντήσεις ήταν: «Δεν αντιμετωπίζει κάποια δυσκολία», «λίγες δυσκολίες», «αρκετές δυσκολίες», «πολλές δυσκολίες»
- *Η σχολική επίδοση των μαθητών:* Ειδικότερα, οι μαθητές ερωτήθηκαν για τη σχολική τους επίδοση. Οι απαντήσεις ήταν: «άριστη», «πολύ καλή», «καλή», «μέτρια». Η σχολική επίδοση των μαθητών εκτιμήθηκε ως μέτρο της κοινωνικής θέσης του μαθητή
- *Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές:* Οι κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές που διερευνήθηκαν ήταν: Φύλο, ηλικία, τάξη

του μαθητή, ηλικία γονέων, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός αδελφών. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν πληροφορίες για το βάρος και το ύψος των μαθητών, με τα οποία υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) για κάθε μαθητή.

### Στατιστική ανάλυση

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος STATA 10.0 (StataCorp, College Station, Texas). Προκειμένου να ληφθεί υπ' όψη η πιθανή τάση συσταδοποίησης (clustering) των δεδομένων (μιας και οι μαθητές που προέρχονται από το ίδιο σχολείο –συστάδα– μπορεί να «ομοιάζουν» περισσότερο μεταξύ τους) αρχικά διενεργήθηκαν αναλύσεις δύο επιπέδων (two-level analysis – πρώτο επίπεδο: άτομα, δεύτερο επίπεδο: σχολεία). Οι αναλύσεις αυτές υλοποιήθηκαν με τη χρήση της εντολής "gllamm" στο Stata. Καθώς από τις εν λόγω αναλύσεις προέκυψε ότι η επίδραση του επιπέδου «σχολείο» ήταν αμελητέα (intraclass correlation coefficient <0,08) επαναλήφθηκαν οι αναλύσεις με τη χρήση των εντολών του Stata "survey", δεδομένης της ευρείας χρήσης τους στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι διαφορές στα αποτελέσματα ήταν πολύ μικρές, οπότε στην παρούσα εργασία αναφέρονται μόνο αυτά που προέκυψαν με τις εντολές "survey". Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλες δειγματοληπτικές στάθμες (weights), ώστε να ληφθεί υπ' όψη η διαδικασία της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Οι συσχετίσεις μεταξύ της εμπλοκής σε συμπεριφορά σχολικής επιθετικότητας και των κοινωνικοοικονομικών και κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων, καθώς και των συμπτωμάτων, διερευνήθηκαν με μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (εντολή svy: logistic στο Stata). Εκτιμήθηκαν οι λόγοι των odds και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (95% ΔΕ) αυτών.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### Περιγραφή του δείγματος

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος κατά την ηλεκτρονική συνέντευξη. Στην ηλεκτρονική συνέντευξη συμμετείχαν 2.431 μαθητές, 41% αγόρια και 59% κορίτσια. Λόγω της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας συμμετείχαν περισσότερα κορίτσια απ' ό,τι αγόρια. Το 39% των μαθητών φοιτούσαν στην Α' Λυκείου, το 32% στη Β' Λυκείου και το 29% στη Γ' Λυκείου.

Ο επιπολασμός των φαινομένων επιθετικότητας παρουσιάζεται στον πίνακα 2.

#### Συσχετίσεις της συμπεριφοράς του θύτη με τους κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες

Οι λόγοι των odds και τα 95% ΔΕ για τη συμπεριφορά του θύτη σταθμισμένοι για διάφορες κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Οι λόγοι των odds περιγράφονται σε τρία

**Πίνακας 1.** Βασική περιγραφή του δείγματος στη δεύτερη φάση της μελέτης.

Μεταβλητές	Φάση 2 (n=2.431)
<b>Φύλο</b>	
Αγόρια	989 (41%)
Κορίτσια	1.442 (59%)
<b>Ηλικία (έτη)</b>	
≤16	957 (40%)
17	825 (34%)
≥18	627 (26%)
<b>Τάξη</b>	
Α' Λυκείου	942 (39%)
Β' Λυκείου	778 (32%)
Γ' Λυκείου	711 (29%)
<b>Οικογενειακή κατάσταση των γονέων</b>	
Παντρεμένοι	2.145 (88%)
Χωρισμένοι/σε διάσταση	178 (7,5%)
Χήρος(α)	82 (3,5%)
Απών(ούσα)	26 (1%)
<b>Ηλικία πατέρα</b>	47,8 (4,9)
<b>Ηλικία μητέρας</b>	42,7 (4,6)
<b>Αριθμός από αδελφές(ούς)</b>	
Κανένα	194 (8%)
Ένα	1.407 (59,5%)
Δύο	537 (23%)
Τρία ή περισσότερα	225 (9,5%)
<b>Απασχόληση πατέρα</b>	
Δημόσιος υπάλληλος	796 (33%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	511 (21%)
Ελεύθερος επαγγελματίας	839 (34,5%)
Συνταξιούχος	17 (0,5%)
Άνεργος	123 (5%)
Άλλο	145 (6%)
<b>Απασχόληση μητέρας</b>	
Δημόσια υπάλληλος	681 (28%)
Ιδιωτική υπάλληλος	446 (18,5%)
Ελεύθερη επαγγελματίας	347 (14%)
Συνταξιούχος	748 (31%)
Άνεργη	109 (4,5%)
Άλλο	100 (4%)
<b>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</b>	
Δημοτικό	382 (16%)
Γυμνάσιο	344 (14%)
Λύκειο	733 (30%)
Απόφοιτος ΤΕΙ	309 (13%)
Απόφοιτος ΑΕΙ	663 (27%)
<b>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</b>	
Δημοτικό	338 (14%)
Γυμνάσιο	365 (15%)
Λύκειο	915 (37,5%)
Απόφοιτος ΤΕΙ	233 (9,5%)
Απόφοιτος ΑΕΙ	580 (24%)
<b>Οικονομικές δυσχέρειες</b>	
Όχι	708 (29%)
Πολύ λίγες	1.317 (54,5%)
Αρκετές	328 (13,5%)
Πολλές	66 (3%)
<b>Σχολική επίδοση</b>	
Άριστη	209 (8,5%)
Πολύ καλή	751 (31%)
Καλή	932 (38,5%)
Μέτρια	526 (22%)

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

**Πίνακας 2.** Επιπολασμός φαινομένων επιθετικότητας σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου, ηλικίας 16–18 ετών (n=2.431).

	<b>Αγόρια n* (%)</b>	<b>Κορίτσια n* (%)</b>	<b>Σύνολο n* (%)</b>
<i>Θύματα</i>			
Καθόλου	836 (87,2)	1.238 (89,3)	2.074 (88,2)
Χαμηλή συχνότητα (λιγότερο από μία φορά ανά εβδομάδα)	130 (11,3)	173 (9,4)	303 (10,4)
Υψηλή συχνότητα (τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα)	22 (1,5)	28 (1,3)	50 (1,4)
		p**=0,4103	2.427 (100,0)
<i>Θύτες</i>			
Καθόλου	694 (72,4)	1.274 (89,1)	1.968 (80,7)
Χαμηλή συχνότητα (λιγότερο από μία φορά ανά εβδομάδα)	240 (22,8)	151 (10,1)	391 (16,5)
Υψηλή συχνότητα (τουλάχιστον μία φορά ανά εβδομάδα)	54 (4,8)	14 (0,7)	68 (2,8)
		p**<0,001	2.427 (100,0)

Τα ποσοστά είναι σταθμισμένα, ώστε να λαμβάνεται υπ' όψη η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία

\* Αριθμός δειγμάτων

\*\* Τιμή p που προέκυψε με την εφαρμογή του δείγματος Χ<sup>2</sup>

μοντέλα σταθμισμένα βαθμιαία για όλους τους σημαντικούς παράγοντες. Τα αγόρια παρουσίαζαν συχνότερα συμπεριφορές θύτη σε σχέση με τα κορίτσια.

Η μικρότερη ηλικία, όπως αυτή εκφράζεται από τη σχολική τάξη που παρακολουθούν οι μαθητές, αναδείχθηκε ως παράγοντας κινδύνου για τη συμπεριφορά θύτη. Η υποκειμενική αντίληψη των μαθητών για τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας είχε υψηλή συσχέτιση. Υψηλή συσχέτιση επίσης αναδείχθηκε ανάμεσα στη συμπεριφορά θύτη και στην κατηγορία απασχόλησης του πατέρα «ελεύθερος επαγγελματίας» (OR=5,08, 95% ΔΕ: 1,99–12,96), ενώ παρουσιάζεται επίσης μια τάση συσχέτισης με την ανεργία του πατέρα (OR=2,60, 95% ΔΕ: 0,59–11,46). Από την άλλη πλευρά, η συνταξιοδότηση της μητέρας φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά για τη συμπεριφορά του θύτη. Επίσης, οι μαθητές με «πολύ καλή» επίδοση είναι λιγότερο πιθανό να είναι θύτες.

**Συσχετίσεις της συμπεριφοράς του θύματος με τους κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες**

Στον πίνακα 4 περιγράφονται οι λόγοι των odds και τα 95% ΔΕ για τη συμπεριφορά του θύματος με διάφορες

κοινωνικο-δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Δεν αναδείχθηκε κάποια διαφορά μεταξύ των δύο φύλων για τη συμπεριφορά θύματος. Οι μαθητές μικρότερης ηλικίας εμπλέκονταν συχνότερα σε συμπεριφορές θύματος. Ισχυρή συσχέτιση με τη συμπεριφορά θύματος παρουσίαζε η παχυσαρκία. Η ανεργία του πατέρα (OR=2,89, 95% ΔΕ: 0,89–9,39) συσχετίστηκε με τη συμπεριφορά θύματος. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φάνηκε να έχει κάποια επίδραση στην ανωτέρω συμπεριφορά. Προστατευτική επίδραση φάνηκε να έχει η κατηγορία του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα «απόφοιτος ΤΕΙ». Επίσης, διαπιστώθηκαν συσχετίσεις της συμπεριφοράς θύματος με την άριστη σχολική επίδοση και με την υποκειμενική εκτίμηση των οικονομικών δυσχερειών της οικογένειας.

**Συσχετίσεις της συμπεριφοράς θύτη και θυμάτων με τη σωματική και την ψυχική υγεία**

Στους πίνακες 5 και 6 περιγράφονται οι λόγοι των odds και τα 95% ΔΕ για τη συσχέτιση της συμπεριφοράς θύτη και θύματος με τα σωματικά και τα ψυχιατρικά συμπτώματα. Η συμπεριφορά θύτη και θύματος παρουσίαζε στατιστικά σημαντική, γραμμικού τύπου, συσχέτιση με την ψυχιατρική συμπτωματολογία. Η σοβαρή ψυχιατρική συμπτωματολογία παρουσίαζε την ισχυρότερη συσχέτιση, τόσο για τη συμπεριφορά θύματος όσο και για τη συμπεριφορά θύτη. Τα σωματικά συμπτώματα συσχετιζόνταν στατιστικώς σημαντικά και με τις δύο συμπεριφορές της σχολικής επιθετικότητας. Το άλγος στη μέση ήταν πιο πιθανό τόσο για τους θύτες (OR=2,97, 95% ΔΕ: 1,25–7,06) όσο και για τα θύματα (OR=2,56, 95% ΔΕ: 1,36–4,83) σε σχέση με τους μάρτυρες. Επίσης, διαφάνηκε μια τάση συσχέτισης του πόνου στο στομάχι και με τις δύο συμπεριφορές σχολικής επιθετικότητας, που δεν έφθασε όμως σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Αντίθετα, ο πονοκέφαλος δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ούτε για τους θύτες ούτε για τα θύματα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

**Σύνοψη – κύρια ευρήματα**

Στο δείγμα των 2.431 μαθητών Λυκείου, ηλικίας 15–18 ετών, διαπιστώθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στις συμπεριφορές σχολικής επιθετικότητας, ως θύτες ή θύματα, με τη σωματική και την ψυχική υγεία. Οι συμπεριφορές θύτη και θύματος συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με τον πόνο στη μέση. Ενδιαφέρον υπήρξε το εύρημα ότι ο πονοκέφαλος, ενώ αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα σωματικά συμπτώματα, στην παρούσα μελέτη δεν έδειξε κάποια συσχέτιση. Η πλέον ισχυρή συσχέτιση ήταν εκείνη

**Πίνακας 3.** Λόγοι των odds για τη συμπεριφορά του θύτη, σταθμισμένοι για διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου, ηλικίας 16–18 ετών (n=2.431).

	Θύτες Λόγοι των odds (odds ratios) (95% ΔΕ)*		
	Μοντέλο 1**	Μοντέλο 2***	Μοντέλο 3 <sup>†</sup>
<i>Φύλο</i>			
Αγόρια	1,00	1,00	1,00
Κορίτσια	<b>0,14 (0,07–0,29)</b>	<b>0,10 (0,04–0,22)</b>	<b>0,07 (0,03–0,17)</b>
<i>Τάξη</i>			
Α΄ Λυκείου	1,00	1,00	1,00
Β΄ Λυκείου	1,00 (0,48–2,10)	0,98 (0,50–1,94)	0,94 (0,46–1,91)
Γ΄ Λυκείου	<b>0,33 (0,14–0,74)</b>	<b>0,31 (0,13–0,70)</b>	<b>0,26 (0,11–0,62)</b>
<i>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</i>			
Δημοτικό	1,00	1,00	1,00
Γυμνάσιο	0,91 (0,33–2,54)	1,41 (0,50–3,99)	1,26 (0,40–3,96)
Λύκειο	0,52 (0,19–1,42)	1,13 (0,35–3,66)	1,05 (0,34–3,24)
Απόφοιτος ΤΕΙ	0,35 (0,11–1,12)	0,63 (0,18–2,15)	0,56 (0,16–1,98)
Απόφοιτος ΑΕΙ	<b>0,31 (0,12–0,79)</b>	0,93 (0,31–2,81)	0,76 (0,26–2,20)
<i>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</i>			
Δημοτικό	1,00	1,00	1,00
Γυμνάσιο	0,73 (0,23–2,34)	0,66 (0,24–1,79)	0,62 (0,20–1,95)
Λύκειο	<b>0,20 (0,07–0,55)</b>	<b>0,21 (0,07–0,60)</b>	<b>0,20 (0,09–0,57)</b>
Απόφοιτος ΤΕΙ	0,50 (0,16–1,54)	0,46 (0,13–1,71)	0,46 (0,12–1,73)
Απόφοιτος ΑΕΙ	<b>0,33 (0,12–0,93)</b>	0,43 (0,12–1,57)	0,44 (0,12–1,67)
<i>Οικονομικές δυσχέρειες</i>			
Όχι	1,00	1,00	1,00
Λίγες	<b>2,66 (1,22–5,78)</b>	<b>2,71 (1,23–5,97)</b>	<b>2,33 (1,06–5,16)</b>
Αρκετές/πολλές	<b>5,58 (2,31–13,51)</b>	<b>5,32 (2,10–13,44)</b>	<b>4,11 (1,44–11,65)</b>
<i>Σχολική επίδοση</i>			
Μέτρια	1,00	1,00	1,00
Καλή	0,52 (0,24–1,13)	0,59 (0,28–1,23)	0,64 (0,31–1,30)
Πολύ καλή	<b>0,12 (0,05–0,33)</b>	<b>0,20 (0,07–0,56)</b>	<b>0,20 (0,07–0,57)</b>
Άριστη	0,57 (0,21–1,55)	1,03 (0,34–3,09)	1,05 (0,36–3,11)
<i>Απασχόληση πατέρα</i>			
Δημόσιος υπάλληλος	1,00	1,00	1,00
Ιδιωτικός υπάλληλος	1,33 (0,49–3,56)	1,73 (0,55–5,43)	1,51 (0,51–4,48)
Ελεύθερος επαγγελματίας	<b>3,56 (1,44–8,78)</b>	<b>5,82 (2,14–15,81)</b>	<b>5,08 (1,99–12,96)</b>
Συνταξιούχος	0,48 (0,09–2,44)	0,96 (0,19–4,92)	0,69 (0,13–3,73)
Άνεργος/άλλο	<b>4, 89 (1,06–22,50)</b>	3,09 (0,70–13,74)	2,60 (0,59–11,46)
<i>Απασχόληση μητέρας</i>			
Δημόσια υπάλληλος	1,00	1,00	1,00
Ιδιωτική υπάλληλος	0,86 (0,36–2,05)	0,47 (0,18–1,18)	0,52 (0,20–1,36)
Ελεύθερη επαγγελματίας	0,98 (0,30–3,22)	0,47 (0,12–1,76)	0,47 (0,13–1,68)
Άνεργη	1,34 (0,35–5,09)	0,97 (0,18–5,22)	1,25 (0,25–6,13)
Οικιακά	0,83 (0,34–2,00)	0,44 (0,16–1,21)	0,45 (0,16–1,29)
Συνταξιούχος/άλλο	0,71 (0,17–2,01)	<b>0,22 (0,05–0,91)</b>	<b>0,25 (0,07–0,97)</b>

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

\*Odds ratios: Λόγοι των odds, ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης, \*\*Σταθμισμένο για φύλο και ηλικία, \*\*\*Σταθμισμένο για όλους τις κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες

†Σταθμισμένο για όλους τους κοινωνικοοικονομικούς, τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και την ψυχιατρική νοσηρότητα

**Πίνακας 4.** Λόγοι των odds για τη συμπεριφορά του θύματος σταθμισμένοι για διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε δείγμα εφήβων μαθητών Λυκείου, ηλικίας 16–18 ετών (n=2.431).

	Θύματα Λόγοι των odds (odds ratios) (95% ΔΕ)*		
	Μοντέλο 1**	Μοντέλο 2***	Μοντέλο 3#
<b>Φύλο</b>	1,00	1,00	1,00
Αγόρια	0,86 (0,41–1,81)	0,97 (0,46–2,03)	0,69 (0,33–1,47)
Κορίτσια			
<b>Τάξη</b>	1,00	1,00	1,00
Α΄ Λυκείου	0,68 (0,27–1,92)	0,59 (0,27–1,27)	0,64 (0,30–1,39)
Β΄ Λυκείου	0,52 (0,24–1,12)	<b>0,48 (0,23–1,00)</b>	<b>0,47 (0,22–0,99)</b>
Γ΄ Λυκείου			
<b>Οικογενειακή κατάσταση γονέων</b>	1,00	1,00	1,00
Παντρεμένοι	0,66 (0,20–1,23)	0,57 (0,16–2,09)	0,51 (0,15–1,77)
Χωρισμένοι/σε διάσταση	0,40 (0,05–3,11)	0,24 (0,03–2,25)	0,23 (0,02–2,16)
Χηρεία			
<b>Μορφωτικό επίπεδο πατέρα</b>	1,00	1,00	1,00
Δημοτικό	1,56 (0,48–5,05)	1,85 (0,72–4,74)	1,82 (0,69–4,80)
Γυμνάσιο	0,59 (0,24–1,40)	0,91 (0,37–2,23)	0,89 (0,34–2,31)
Λύκειο	<b>0,13 (0,03–0,63)</b>	0,21 (0,04–1,06)	<b>0,20 (0,04–1,00)</b>
Απόφοιτος ΤΕΙ	0,63 (0,25–1,60)	1,03 (0,35–3,01)	1,03 (0,36–2,98)
Απόφοιτος ΑΕΙ			
<b>Μορφωτικό επίπεδο μητέρας</b>	1,00	1,00	1,00
Δημοτικό	0,56 (0,17–1,81)	0,46 (0,29–1,58)	0,50 (0,17–1,52)
Γυμνάσιο	0,67 (0,26–1,77)	0,68 (0,29–1,58)	0,72 (0,31–1,68)
Λύκειο	0,33 (0,10–1,11)	0,51 (0,12–2,14)	0,49 (0,12–1,98)
Απόφοιτος ΤΕΙ	0,56 (0,21–1,50)	0,85 (0,24–2,92)	0,83 (0,24–2,84)
Απόφοιτος ΑΕΙ			
<b>Οικονομικές δυσχέρειες</b>	1,00	1,00	1,00
Όχι	0,92 (0,33–2,59)	1,09 (0,48–2,47)	0,95 (0,41–2,22)
Πολύ λίγες	2,50 (0,84–7,42)	<b>2,77 (1,16–6,59)</b>	<b>2,00 (0,79–5,11)</b>
Αρκετές/πολλές			
<b>Σχολική επίδοση</b>	<b>1,94 (0,40–9,31)</b>	<b>2,59 (0,80–8,40)</b>	<b>2,60 (0,80–8,43)</b>
Άριστη	0,50 (0,20–1,25)	0,72 (0,28–1,81)	0,71 (0,28–1,79)
Πολύ καλή	0,79 (0,35–1,78)	1,05 (0,45–2,46)	0,99 (0,42–2,26)
Καλή	1,00	1,00	1,00
Μέτρια			
<b>Απασχόληση πατέρα</b>	1,00	1,00	1,00
Δημόσιος υπάλληλος	2,03 (0,82–5,03)	1,92 (0,72–5,10)	1,92 (0,74–5,01)
Ιδιωτικός υπάλληλος	1,72 (0,59–4,97)	1,48 (0,60–3,65)	1,35 (0,54–3,34)
Ελεύθερος επαγγελματίας	0,42 (0,05–3,38)	0,47 (0,06–3,80)	0,41 (0,05–3,35)
Συνταξιούχος	2,76 (0,85–8,99)	2,95 (0,90–9,72)	<b>2,89 (0,89–9,39)</b>
Άνεργος/άλλο			
<b>Απασχόληση μητέρας</b>	1,00	1,00	1,00
Δημόσια υπάλληλος	1,85 (0,71–4,83)	1,64 (0,58–4,67)	1,62 (0,56–4,66)
Ιδιωτική υπάλληλος	1,17 (0,36–3,84)	0,79 (0,19–3,30)	0,76 (0,17–3,33)
Ελεύθερη επαγγελματίας	0,51 (0,61–4,21)	0,22 (0,02–2,71)	0,27 (0,03–2,80)
Άνεργη	2,08 (0,73–5,93)	1,57 (0,51–4,85)	1,62 (0,51–5,18)
Οικιακά	1,52 (0,27–8,50)	0,77 (0,16–3,83)	0,82 (0,17–3,93)
Συνταξιούχος/άλλο			
<b>BMI</b>	1,00	1,00	1,00
<19	0,88 (0,36–2,11)	0,96 (0,38–2,4)	0,87 (0,34–2,26)
19–22	1,15 (0,48–2,77)	1,25 (0,48–3,23)	1,16 (0,44–3,04)
22–25	0,75 (0,27–2,13)	0,66 (0,20–2,17)	0,60 (0,18–1,97)
25–30	<b>7,57 (1,25–45,96)</b>	<b>7,90 (1,85–33,71)</b>	<b>6,55 (1,53–28,06)</b>
≥30			

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, BMI: Δείκτης μάζας σώματος

\*Odds ratios: Λόγοι των odds, ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης, \*\*Σταθμισμένο για φύλο και ηλικία, \*\*\*Σταθμισμένο για όλους τις κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, #Σταθμισμένο για όλους τους κοινωνικοοικονομικούς, τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και την ψυχιατρική νοσηρότητα

**Πίνακας 5.** Συσχετίσεις της συμπεριφοράς του θύτη με την ψυχιατρική και τη σωματική συμπτωματολογία σε δείγμα μαθητών Λυκείου, ηλικίας 16–18 ετών (n=2.431).

	Θύτες	
	Λόγοι των odds (odds ratios) (95% ΔΕ)*	
	Μοντέλο 1**	Μοντέλο 2***
<b>Ψυχιατρικά συμπτώματα</b>		
Χωρίς συμπτώματα	1,00	1,00
Οριακή συμπτωματολογία	<b>3,25 (1,01–10,41)</b>	<b>3,07 (1,23–7,63)</b>
Μέτρια συμπτωματολογία	<b>3,60 (1,14–11,41)</b>	<b>3,99 (1,59–10,01)</b>
Σοβαρή συμπτωματολογία	<b>5,71 (1,86–17,55)</b>	<b>5,04 (1,85–13,78)</b>
<b>Σωματικά συμπτώματα<sup>†</sup></b>		
Πονοκέφαλος	1,15 (0,55–2,39)	0,65 (0,23–1,79)
Πόνος στη μέση	<b>3,70 (1,60–8,55)</b>	<b>2,97 (1,25–7,06)</b>
Πόνος στο στομάχι	1,73 (0,64–4,65)	1,64 (0,47–5,66)

\*Odds ratios: Λόγοι των odds, ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης \*\*Σταθμισμένο για φύλο και ηλικία, \*\*\*Σταθμισμένο για όλους τους κοινωνικοοικονομικούς, τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, καθώς και την ψυχιατρική και τη σωματική νοσηρότητα. <sup>†</sup>Η κατηγορία αναφοράς είναι η απουσία συμπτώματος

**Πίνακας 6.** Συσχετίσεις της συμπεριφοράς του θύματος με την ψυχιατρική και τη σωματική συμπτωματολογία σε δείγμα μαθητών Λυκείου, ηλικίας 16–18 ετών (n=2.431).

	Θύματα	
	Λόγοι των odds (odds ratios) (95% ΔΕ)*	
	Μοντέλο 1**	Μοντέλο 2***
<b>Ψυχιατρικά συμπτώματα</b>		
Χωρίς συμπτώματα	1,00	1,00
Οριακή συμπτωματολογία	1,59 (0,39–6,41)	1,36 (0,41–4,51)
Μέτρια συμπτωματολογία	1,72 (0,53–5,59)	1,42 (0,44–4,62)
Σοβαρή συμπτωματολογία	<b>5,74 (2,10–15,69)</b>	<b>5,25 (1,70–16,19)</b>
<b>Σωματικά συμπτώματα<sup>†</sup></b>		
Πονοκέφαλος	1,89 (0,91–3,91)	0,88 (0,4–1,93)
Πόνος στη μέση	<b>3,93 (1,32–11,72)</b>	<b>2,56 (1,36–4,83)</b>
Πόνος στο στομάχι	<b>4,66 (1,14–18,94)</b>	1,76 (0,84–3,67)

\*Odds ratios: Λόγοι των odds, ΔΕ: Διάστημα εμπιστοσύνης, \*\*Σταθμισμένο για φύλο και ηλικία, \*\*\*Σταθμισμένο για όλους τους κοινωνικοοικονομικούς, τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, καθώς και την ψυχιατρική και τη σωματική νοσηρότητα. <sup>†</sup>Η κατηγορία αναφοράς είναι η απουσία συμπτώματος

με την ψυχιατρική νοσηρότητα. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα είναι ότι όσο αυξάνεται η σοβαρότητα της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, τόσο ισχυρότερη είναι η συσχέτιση με τη συμπεριφορά θύματος και θύτη.

Όσον αφορά στις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, διαπιστώθηκε συσχέτιση της συμπεριφοράς κυρίως του θύτη με την «υποκειμενική εκτίμηση των οικονομικών δυσχερειών από τους μαθητές». Η απασχόληση του πατέρα ως ελεύθερου επαγγελματία φάνηκε να αναδεικνύεται ως

παράγοντας κινδύνου για τη συμπεριφορά θύτη. Αντίθετα, η συνταξιοδότηση του πατέρα φάνηκε να λειτουργεί προστατευτικά για τη συμπεριφορά του θύτη.

Η παχυσαρκία συσχετιζόταν με τη συμπεριφορά του θύματος. Η ανεργία του πατέρα φάνηκε να επηρεάζει τη συμπεριφορά του θύματος, ενώ επίσης διαφάνηκε τάση συσχέτισης με την άριστη σχολική επίδοση και με τις οικονομικές δυσχέρειες της οικογένειας. Προστατευτικά φάνηκε να λειτουργεί για τη συμπεριφορά θύματος το να είναι ο πατέρας απόφοιτος ΤΕΙ.

### Περιορισμοί

Ο συγχρονικός χαρακτήρας της μελέτης δεν επέτρεψε να καταλήξουμε σε συμπεράσματα αιτιωδών σχέσεων. Απιώδεις σχέσεις μπορεί να ανακύπτουν από καλά σχεδιασμένες διαχρονικές μελέτες. Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναφέρονται σε εφήβους που φοιτούν σε Γενικά Λύκεια και δεν μπορούν να γενικευτούν σε μαθητές άλλων τύπων Λυκείων (τεχνικά Λύκεια ή επαγγελματικές σχολές) ή σε εφήβους που διέκοψαν το σχολείο. Η συμπλήρωση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων και η απασχόληση αυτών βασίστηκε στην αυτο-αναφορά των μαθητών.

### Σύγκριση με άλλες μελέτες

Οι έφηβοι μαθητές που εμπλέκονται συχνά στη σχολική επιθετικότητα ως θύτες και θύματα, ανεξάρτητα από το φύλο, έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν προβλήματα με τη σωματική τους υγεία. Το σχετικό εύρημα είναι σύμφωνο και με άλλες μελέτες που υποστηρίζουν τη συσχέτιση όλων των εμπλεκόμενων θυτών και θυμάτων με τα συμπτώματα σωματικής υγείας,<sup>36,37</sup> καθώς και κάποιων άλλων μελετών που εστιάζουν στη συσχέτιση σωματικών συμπτωμάτων κυρίως ανάμεσα στα θύματα.<sup>1,11,13</sup> Οι Strabstein et al υποστηρίζουν ότι οι συχνά εμπλεκόμενοι έφηβοι ως θύτες και θύματα έχουν κατά 2–3 φορές περίπου πτωχότερη σωματική υγεία από τους μη εμπλεκόμενους.<sup>37</sup>

Διαπίστωση επίσης της παρούσας έρευνας είναι ότι οι έφηβοι μαθητές που εμφανίζουν συχνά συμπεριφορές θύτη και θύματος είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν πόνο στη μέση και στο στομάχι απ'ότι πονοκέφαλο. Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης μας, οι Due et al, σε μελέτη εφήβων σε 28 χώρες, διαπίστωσαν διαβαθμισμένη και σταθερή συσχέτιση ανάμεσα στη θυματοποίηση και τον πόνο στη μέση, στη συνέχεια με τον πόνο στο στομάχι και κατόπιν με τον πονοκέφαλο.<sup>7</sup>

Στην παρούσα μελέτη, ο πονοκέφαλος δεν συσχετίστηκε με τις συμπεριφορές της σχολικής επιθετικότητας. Ωστόσο,



η οπτική της ηλικίας και του φύλου θα μπορούσαν να διαφοροποιούν τα αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση των συμπεριφορών της σχολικής επιθετικότητας στο είδος των σωματικών συμπτωμάτων. Επί πλέον, υπάρχει έλλειψη ερευνών για τη σχολική επιθετικότητα στην περίοδο της ύστερης εφηβείας. Σε μια από τις ελάχιστες διαχρονικές μελέτες, σε εφήβους ηλικίας 15–16 ετών και ακολούθως ηλικίας 18–19 ετών, για τη σχέση της σχολικής επιθετικότητας και των σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων, βρέθηκε απόκλιση ανάμεσα στα αποτελέσματα για τα αγόρια και τα κορίτσια. Στη δεύτερη φάση της μελέτης, κατά την ηλικία των 18–19 ετών, διαπιστώθηκε για τα εμπλεκόμενα κορίτσια σημαντική αύξηση του μυϊκού και του σκελετικού πόνου, αλλά και όλων των υπολοίπων ειδών αυτού εκτός από τον πόνο στην κοιλιά, ενώ για τα εμπλεκόμενα αγόρια μείωση όλων των ειδών πόνου.<sup>18</sup>

Στην εν λόγω έρευνα διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχιατρική νοσηρότητα και στις δύο συμπεριφορές της σχολικής επιθετικότητας, ανεξάρτητα από την επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων. Στη μελέτη μας χρησιμοποιήσαμε μια πλήρως δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη, αξιολογώντας ένα ευρύ φάσμα από κοινά ψυχολογικά συμπτώματα. Παρόμοια, σε πολλές άλλες μελέτες διαπιστώθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στα ψυχιατρικά συμπτώματα με εφήβους θύματα<sup>5,21,36,39,40–43</sup> και θύτες.<sup>36,40–43</sup> Η συγχρονική φύση της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για την κατεύθυνση της αιτιότητας. Ανάμεσα στους μελετητές υπήρξε διαφωνία για το αν η σχολική επιθετικότητα προκαλεί μια σειρά από συμπτώματα και συμπεριφορές ψυχοπαθολογίας ή εάν προγενέστερες συναισθηματικές δυσκολίες προκαλούν την εμπλοκή στη σχολική επιθετικότητα. Διαχρονικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι μια βιωμένη εμπειρία θυματοποίησης προβλέπει μια σειρά από συναισθηματικά προβλήματα,<sup>12</sup> τα οποία αποτελούν περισσότερο αιτία παρά αποτέλεσμα ψυχοπαθολογίας.<sup>43,46</sup>

Διαπιστώθηκε επίσης συσχέτιση των συμπεριφορών του θύτη με την «υποκειμενική εκτίμηση των οικονομικών δυσκολιών από τους μαθητές» και του θύματος με την ανεργία του πατέρα. Η ανεργία μειώνει τη γονική υποστήριξη.<sup>47</sup> Είναι πιθανό το οικογενειακό άγχος, που προέρχεται από το χαμηλό εισόδημα, να οδηγεί τους γονείς σε πτωχή αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους, σε εχθρικές αλληλεπιδράσεις και σε σκληρές τιμωρητικές πρακτικές. Μέσω καταναγκαστικών γονικών πρακτικών το παιδί εκπαιδεύεται στην αντικοινωνική συμπεριφορά. Αυτές οι σκληρές γονικές συμπεριφορές προωθούν το παιδί να αναπτύξει εχθρικές στάσεις και προσανατολισμούς σε άλλους στο περιβάλλον του. Η εν λόγω συμπεριφορά ενδεχομένως γενικεύεται στο σχολείο με διάφορες μορφές

σχολικής επιθετικότητας.<sup>48,49</sup> Τα θυματοποιημένα παιδιά προέρχονται από οικογένειες με παρόμοιο προφίλ, με λίγες θετικές αλληλεπιδράσεις, μεγάλη εχθρότητα, σκληρότητα, ασυνεπείς τιμωρίες, επισφαλείς προσκολλήσεις και πτωχή διαχείριση των οικογενειακών συγκρούσεων.<sup>48</sup> Αυτά τα παιδιά, σε επιθετικές συμπεριφορές που δέχονται στο σχολείο από τους θύτες αντιδρούν παρόμοια, όπως και στο σπίτι τους, με υψηλό άγχος.<sup>48</sup>

Η συμπεριφορά του θύτη φαίνεται να επηρεάζεται από την απασχόληση του πατέρα ως ελεύθερου επαγγελματία. Αντίθετα, η συνταξιοδότηση του πατέρα και της μητέρας φαίνεται να λειτουργεί αποτρεπτικά για τη συμπεριφορά του θύτη. Τα παραπάνω ευρήματα μπορούν να υποστηριχθούν από το γεγονός ότι η αυτο-απασχόληση στην Ελλάδα προσδιορίζεται από ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας (όπως το διευρυμένο και το ευέλικτο ωράριο εργασίας, οι ευέλικτες διακοπές, οι σοβαρές ή οι περιοδικές διακυμάνσεις εισοδήματος), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ανασφάλεια στο πλαίσιο της οικογένειας και σε μείωση της αντιληπτής γονικής υποστήριξης. Ο αυτοαπασχολούμενος πατέρας είναι πιθανό να μην αφιερώνει πραγματικό ή «ποιοτικό χρόνο» στα παιδιά. Σε διαχρονική έρευνα στη Βρετανία για τις επιπτώσεις της στενότητας της σχέσης μεταξύ των γονέων με τα παιδιά τους στην ηλικία των 7–16 ετών, βρέθηκε ότι κατά την περίοδο της εφηβείας για τα αγόρια υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη στενή σχέση με τον πατέρα και στην έλλειψη συναισθηματικών δυσκολιών και δυσχερειών συμπεριφοράς, καθώς και στην ύπαρξη υψηλών ακαδημαϊκών κινήτρων. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η μη συμμετοχή των γονέων στην καθημερινότητα των εφήβων καθιστά πιθανότερη την εμπλοκή τους στη σχολική επιθετικότητα<sup>50</sup> και αυτό πιθανόν συμβαίνει γιατί μεσολαβεί ως μηχανισμός που οδηγεί στη μη αποδοτική επίβλεψη ή στη μη επαρκή εποπτεία<sup>51</sup> και στην υπερβολική επιείκεια των γονέων.<sup>52</sup> Για τους παραπάνω λόγους, η συνταξιοδότηση του πατέρα και της μητέρας φαίνεται να λειτουργούν προστατευτικά, λόγω του χρόνου που επενδύουν στη σχέση τους με το παιδί και στην υποστήριξη τους προς αυτό.

Στην παρούσα έρευνα, οι παχύσαρκοι μαθητές είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι θύματα σχολικής επιθετικότητας. Φαίνεται ότι η παχυσαρκία λειτουργεί ως διαφοροποιητικός παράγοντας. Την ομάδα υψηλού κινδύνου θυματοποίησης συνιστούν οι μαθητές και οι μαθήτριες που με κάποιον τρόπο ξεχωρίζουν και γίνονται αντιληπτοί από την πλειοψηφία ως διαφορετικοί.<sup>3</sup> Με ανάλογο τρόπο προς την παχυσαρκία φαίνεται να ερμηνεύεται και η τάση θυματοποίησης των άριστων μαθητών. Ενδεχομένως αυτό να συμβαίνει γιατί οι άριστοι μαθητές στοχοποιούνται από μαθητές οι οποίοι λόγω χαμηλής επίδοσης, έλλειψης

αυτοπεποίθησης και αίσθησης απόρριψης εγκλωβίζονται σε συμπεριφορές ζήλειας και ανταγωνισμού.<sup>52</sup>

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι οι έφηβοι μαθητές Λυκείων, εμπλεκόμενοι ως θύτες και θύματα σε μορφές της σχολικής επιθετικότητας, έχουν πτωχότερη σωματική και ψυχική υγεία. Είναι πιο πιθανό οι θύτες να προέρχονται από οικογένειες με οικονομικές δυσχέρειες και με πατέρα που εργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας. Τα θύματα είναι πιθανότερο να διακρίνονται από παχυσαρκία.

Τα ευρήματά μας για την περίοδο της ύστερης εφηβείας είναι ιδιαίτερα σημαντικά, καθώς στην ύστερη εφηβεία οι ρόλοι των εμπλεκόμενων τείνουν να παγιώνονται στην ενήλικη ζωή και ο κύκλος της βίας να υιοθετείται και από τις επόμενες γενεές.<sup>45,53</sup> Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να αξιοποιηθεί η τελευταία πριν από την ενηλικίωση ευκαιρία προληπτικής παρέμβασης και αντιμετώπισης των εμπλεκόμενων στη σχολική επιθετικότητα, για την αποφυγή μονιμότερων διαταραχών. Τέτοιου είδους πρόληψη θα παρείχε πολλαπλά

οφέλη, πρωτίστως για το ίδιο το άτομο, αλλά και με όρους κόστους, δεδομένης της αποσυμφόρησης των δομών της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπου τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα εντείνονται, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να εφαρμοστούν προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης που θα λαμβάνουν υπ' όψη τα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά των εφήβων και θα παρεμβαίνουν υποστηρικτικά σε παράγοντες όπως οι οικονομικές δυσχέρειες και η ανεργία στην οικογένεια. Επίσης, φαίνεται ιδιαίτερα αναγκαία η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης στο σχολείο, στις οικογένειες και στην ευρύτερη κοινότητα. Επί πλέον, θα ήταν σημαντικό να τονιστεί η σημασία του υποστηρικτικού ρόλου των γονέων προς τα παιδιά τους μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας τους και της θετικής τους αλληλεπίδρασης, αλλά και λόγω του ιδιαίτερα σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει ο πατέρας κατά τη διάρκεια της εφηβείας.<sup>54</sup>

## ABSTRACT

### Sociodemographic associations of school-related bullying and its impact on psychosomatic health in adolescents

T. GKATSA, K. MAGKLARA, S. BELLOS, D. DAMIGOS, V. MAVREAS, P. SKAPINAKIS

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

*Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(2):182–193*

**OBJECTIVE** To investigate the association between school bullying and physical and mental health symptoms and socioeconomic factors. **METHOD** The participants were 5,614 high school pupils aged 16 to 18 years attending 25 schools. The study was conducted in two phases. In the first phase the adolescents were administered a brief screening instrument. Using the method of stratified random sampling 2,431 were selected to participate in the second phase, which consisted of detailed electronic questionnaires. Bullying was measured using the revised Olweus questionnaire, psychiatric symptoms with the revised Clinical Interview Schedule (CIS-R), and somatic symptoms with the questionnaire of a similar WHO study. Sociodemographic factors were self-reported. **RESULTS** Approximately 12% of pupils had been victims of bullying behavior and 20% perpetrators. Frequent involvement (at least weekly) was not common (1.4% 2.8%, respectively). The perpetrators showed strong, linear association with the full range of psychiatric symptoms, while the victims were more likely to report severe psychiatric morbidity. In multivariate analysis “back pain” emerged as the most common symptom for both victims and perpetrators. Perpetrator behavior appeared to be affected by financial difficulties in the family and paternal unemployment. Obesity was demonstrated to be associated with victimization. The type of the father’s employment was also associated with bullying. **CONCLUSIONS** Adolescents who are involved in bullying behavior, either as perpetrators or victims, present physical and psychiatric symptoms. Socioeconomic factors appear to be associated with the involvement of high school pupils in bullying.

**Key words:** Adolescents, Health, School-related bullying, Sociodemographic factors

## Βιβλιογραφία

1. DUE P, HOLSTEIN BE, LYNCH J, DIDERICHSEN F, GABHAIN SN, SCHEIDT P ET AL. Bullying and symptoms among school-aged chil-

dren: International comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005, 15:128–132

2. SMITH PK, COWIE H, OLAFSSON RF, LIEFOOGHE AP, ALMEIDA A, ARAKI H ET AL. Definitions of bullying: A comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Dev* 2002, 73:1119–1133
3. OLWEUS D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell Publishing, Oxford, 1993
4. NANSEL TR, OVERPECK M, PILLA RS, RUAN WJ, SIMONS-MORTON B, SCHEIDT P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001, 285:2094–2100
5. HAWKER DS, BOULTON MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41:441–455
6. ANALITIS F, VELDERMAN MK, RAVENS-SIEBERER U, DETMAR S, ERHART M, HERDMAN M ET AL. Being bullied: Associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics* 2009, 123:569–577
7. DUE P, HOLSTEIN BE, SOC MS. Bullying victimization among 13 to 15-year-old school children: Results from two comparative studies in 66 countries and regions. *Int J Adolesc Med Health* 2008, 20:209–221
8. CRAIG W, HAREL-FISCH Y, FOGEL-GRINVALD H, DOSTALER S, HETLAND J, SIMONS-MORTON B ET AL. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009, 54(Suppl 2):216–224
9. DAKE JA, PRICE JH, TELLJOHANN SK. The nature and extent of bullying at school. *J Sch Health* 2003, 73:173–180
10. GLEW G, RIVARA F, FEUDTNER C. Bullying: Children hurting children. *Pediatr Rev* 2000, 21:183–189
11. RIGBY K. Peer victimisation at school and the health of secondary school students. *Br J Educ Psychol* 1999, 69:95–104
12. BOND L, CARLIN JB, THOMAS L, RUBIN K, PATTON G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *Br Med J* 2001, 323:480–484
13. FEKKES M, PIJPERS FI, VERLOOVE-VANHORICK SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr* 2004, 144:17–22
14. GINI G, POZZOLIT. Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics* 2009, 123:1059–1065
15. FEKKES M, PIJPERS FI, FREDERIKS AM, VOGELS T, VERLOOVE-VANHORICK SP. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics* 2006, 117:1568–1574
16. WILLIAMS K, CHAMPERS M, LOGAN S, ROBINSON D. Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *Br Med J* 1996, 313:17–19
17. LIEN L, GREEN K, WELANDER-VATN A, BJERTNESS E. Mental and somatic health complaints associated with school bullying between 10th and 12th grade students; results from cross sectional studies in Oslo, Norway. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2009, 5:6
18. WOLKE D, WOODS S, BLOOMFIELD L, KARSTADT L. Bullying involvement in primary school and common health problems. *Arch Dis Child* 2001, 85:197–201
19. WOLKE D, WOODS S, BLOOMFIELD L, KARSTADT L. The association between direct and relational bullying and behaviour problems among primary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41:989–1002
20. HERBA CM, FERDINAND RF, STIJNEN T, VEENSTRA R, OLDEHINKEL AJ, ORMEL J ET AL. Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: Specific vulnerabilities of victims. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49:867–876
21. SKAPINAKIS P, BELLOS S, GKATSA T, MAGKLARA K, LEWIS G, ARAYA R ET AL. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry* 2011, 11:22
22. KLOMEK AB, SOURANDER A, NIEMELÄ S, KUMPULAINEN K, PIHA J, TAMMINEN T ET AL. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009, 48:254–261
23. KIM YS, KOH YJ, LEVENTHAL BL. Prevalence of school bullying in Korean middle school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, 158:737–741
24. SOURANDER A, JENSEN P, RÖNNING JA, ELONHEIMO H, NIEMELÄ S, HELENIUS H ET AL. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: The Finish From a Boy to a Man study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007, 161:546–552
25. KUMPULAINEN K, RÄSÄNENE, PUURA K. Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behav* 2001, 27:102–110
26. DUE P, MERLO J, HAREL-FISCH Y, DAMSGAARD MT, HOLSTEIN BE, HETLAND J ET AL. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: A comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *Am J Public Health* 2009, 99:907–914
27. KUMPULAINEN K, RÄSÄNEN E, HENTTONEN I. Children involved in bullying: Psychological disturbance and the persistence of the involvement. *Child Abuse Negl* 1999, 23:1253–1262
28. ELGAR FJ, CRAIG W, BOYCE W, MORGAN A, VELLA-ZARB R. Income inequality and school bullying: Multilevel study of adolescents in 37 countries. *J Adolesc Health* 2009, 45:351–359
29. SKAPINAKIS P, MAGKLARA K, MPELLOS S, GKATSA T, MIHALIS G, MAVREAS V. The association between socio-economic status and mental disorders in late adolescence: Cross-sectional survey in the northwestern part of Greece. *Arch Hellen Med* 2007, 24(Suppl 1):19–29
30. SKAPINAKIS P, ANAGNOSTOPOULOS F, BELLOS S, MAGKLARA K, LEWIS G, MAVREAS V. An empirical investigation of the structure of anxiety and depressive symptoms in late adolescence: Cross-sectional study using the Greek version of the revised Clinical Interview Schedule. *Psychiatry Res* 2011, 186:419–426
31. OLWEUS D. *The revised Olweus Bully/Victim questionnaire*. University of Bergen, Bergen, Norway, 1996
32. CURRIE C, HURRELMAN K, SETTERTOBULTE W, SMITH R, TODD J. *Health and health behaviour among young people. Health behaviour in school-aged children: A WHO cross-national study (HBSC)*. International report. Copenhagen: World Health Organization, Copenhagen, 2000:1–132
33. HAUGLAND S, WOLD B. Subjective health complaints in ado-

- lescence – Reliability and validity of survey methods. *J Adolesc* 2001, 24:611–624
34. LEWIS G, PELOSI AJ, ARAYA R, DUNN G. Measuring psychiatric disorder in the community: A standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992, 22:465–486
  35. PATTON GC, COFFEY C, POSTERINO M, CARLIN JB, WOLFE R, BOWES G. A computerised screening instrument for adolescent depression: Population-based validation and application to a two-phase case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, 34:166–172
  36. FORERO R, McLELLAN L, RISSEL C, BAUMAN A. Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: Cross-sectional survey. *Br Med J* 1999, 319:344–348
  37. STRABSTEIN JC, McCARTER RJ, SHAO C, HUANG ZJ. Morbidities associated with bullying behaviors in adolescents. School based study of American adolescents. *Int J Adolesc Med Health* 2006, 18:587–596
  38. ABADA T, HOU F, RAM B. The effects of harassment and victimization on self-rated health and mental health among Canadian adolescents. *Soc Sci Med* 2008, 67:557–567
  39. KALTIALA-HEINO R, FRÖJD S, MARTTUNEN M. Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010, 19:45–55
  40. KALTIALA-HEINO R, RIMPELÄ M, MARTTUNEN M, RIMPELÄ A, RANTANEN P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *Br Med J* 1999, 319:348–351
  41. KIM YS, KOH YJ, LEVENTHAL B. School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Paediatrics* 2005, 115:357–363
  42. KIM YS, LEVENTHAL BL, KOH YJ, BOYCE WT. Bullying increased suicide risk: Prospective study of Korean adolescents. *Arch Suicide Res* 2009, 13:15–30
  43. KUMPULAINEN K. Psychiatric conditions associated with bullying. *Int J Adolesc Med Health* 2008, 20:121–132
  44. SOURANDER A, JENSEN P, RÖNNING JA, NIEMELÄ S, HELENIUS H, SIL-LANMÄKI L ET AL. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish “From a Boy to a Man” study. *Pediatrics* 2007, 120:397–404
  45. SWEETING H, YOUNG R, WEST P, DER G. Peer victimization and depression in early-mid adolescence: A longitudinal study. *Br J Educ Psychol* 2006, 76:577–594
  46. NORDHAGEN R, NIELSEN A, STIGUM H, KÖHLER L. Parental reported bullying among Nordic children: A population-based study. *Child Care Health Dev* 2005, 31:693–701
  47. VEENSTRA R, LINDENBERG S, OLDEHINKEL AJ, DE WINTER AF, VERHULST FC, ORMEL J. Bullying and victimization in elementary schools: A comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Dev Psychol* 2005, 41:672–682
  48. PATTERSON GR. *Coercive family process*. Castalia Publishing Co, Eugene Oregon, 1982
  49. ESPELAGE DL, BOSWORTH K, SIMONTR. Examining the social context of bullying behaviors in early adolescence. *J Couns Dev* 2000, 78:326–333
  50. FLOURIE E, BUCHANAN A. What predicts good relationships with parents in adolescence and partners in adult life: Findings from the 1958 British birth cohort. *J Fam Psychol* 2002, 16:186–198
  51. OLWEUS D. Peer harassment: A critical analysis and some important issues. In: Juvonen J, Graham S (eds) *Peer harassment in school*. Guilford Publications, New York, 2001:3–20
  52. FARRINGTON D. Understanding and preventing bullying. *Crime Justice* 1993, 17:381–458
  53. WANG J, IANNOTTI RJ, NANSEL TR. School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health* 2009, 45:368–375
  54. ERGINOZ E, ALIKASIFOGLU M, ERCAN O, UYSAL O, ALP Z, OCAK S ET AL. The role of parental, school, and peer factors in adolescent bullying involvement. Results from the Turkish HBSC 2005/2006 study. *Asia Pac J Public Health* 2013 [Epub ahead of print]
- Corresponding author:*  
T. Gkatsa, 29 C. Katsari street, GR-544 42 Ioannina, Greece  
e-mail: tgatsa@yahoo.gr