



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αυτοτραυματικές-Μη Αυτοκτονικές και Αυτοκτονικές Συμπεριφορές σε μαθητές
Γυμνασίου. Η σχέση τους με τις Εμπειρίες Εκφοβισμού»**

Καργιωτάκη Χαριτωμένη
A.M.:7450562100009

Επιβλέπων καθηγητής: Κολαΐτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Κολαΐτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τζαβάρα Χαρίκλεια, Διαδάκτωρ Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΑΘΗΝΑ, Απρίλιος 2024



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αυτοτραυματικές-Μη Αυτοκτονικές και Αυτοκτονικές Συμπεριφορές σε μαθητές
Γυμνασίου. Η σχέση τους με τις Εμπειρίες Εκφοβισμού»**

Καργιωτάκη Χαριτωμένη
A.M.:7450562100009

Επιβλέπων καθηγητής: Κολαΐτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Κολαΐτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τζαβάρα Χαρίκλεια, Διαδάκτωρ Βιοστατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΑΘΗΝΑ, Απρίλιος 2024

Περίληψη

Θεωρητικό Υπόβαθρο: Η αυτοκτονική συμπεριφορά και οι αυτοτραυματισμοί είναι συχνοί κυρίως στην εφηβεία και συνδέονται με αυξημένη ψυχοπαθολογία, κίνδυνο αυτοκτονίας και αυξημένες ανάγκες υπηρεσιών ψυχική υγείας. Παράλληλα, ο παραδοσιακός και ηλεκτρονικός εκφοβισμός στους εφήβους αποτελεί ζήτημα δημόσιας υγείας, και τέτοιου τύπου εμπειρίες ενέχουν κίνδυνο εμφάνισης αυτοτραυματικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών.

Σκοπός: Η ανάδειξη των ποσοστών εμφάνισης αυτοτραυματικών μη-αυτοκτονικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών σε μαθητές Γυμνασίου και η διερεύνηση σχέσεων μεταξύ αυτών των συμπεριφορών με τις εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού.

Μεθοδολογία: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της Διεθνούς Διακρατικής Μελέτης Global Child and Adolescents Mental Health Study (GCAMHS), σχετικά με την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση των εφήβων έπειτα από την πανδημία COVID-19. Συμμετείχαν 5711 έφηβοι ηλικίας 13.43 ± 0.97 ετών (3.110 κορίτσια, 2.502 αγόρια, 99 άλλο), από 51 σχολικές μονάδες σε 6 περιφερειακές ενότητες της Ελλάδας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ) και με ερωτήσεις για τη συχνότητα «Αρνητικών Σκέψεων και Συμπεριφορών», της «Αναζήτησης Εξωτερικής Βοήθειας» και «Εμπειριών Παραδοσιακού και Ηλεκτρονικού Εκφοβισμού». Αποτελέσματα: Το 26.3% των μαθητών εκδήλωσαν αυτοτραυματικές μη-αυτοκτονικές συμπεριφορές, το 28.9% εκδήλωσαν αυτοκτονικές σκέψεις και το 9% εκδήλωσαν τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας. Μαθητές σε ποσοστό 26,2% ανέφεραν ότι βίωσαν εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού, το 21,3% εξ αυτών ως θύματα, το 10,4% ως θύτες και το 5,2% ως θύτες-θύματα. Τα ποσοστά για τις εμπειρίες ηλεκτρονικού εκφοβισμού ήταν 16.5%, το 11,6% ως θύματα, 8,4% ως θύτες

και 3,5% ως θύτες-θύματα. Αναφορικά με την εμφάνιση αυτοτραυματικών συμπεριφορών, το φύλο «άλλο» (OR:3.573, CI 95%:2.099-6.081, P-value<.001), το φύλο «αγόρι» (OR:0.725, CI 95%:0.618-0.850, P-value<.001), οι εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού ως θύτης (OR:1.556, CI 95%:1.149-2.107, P-value=0.004) και ως θύμα (OR:1.852, CI 95%:1.545-2.219, P-value<.001) και οι εμπειρίες ηλεκτρονικού εκφοβισμού ως θύμα (OR:1.591, CI 95%:1.259-2.010, P-value<.001), η διαβίωση με τους βιολογικούς γονείς (OR:0.714, CI 95%:0.592-0.862, P-value<.001), η διαβίωση σε αστική περιοχή (OR:1.885, CI 95%:1.584-2.243, P-value<.001), η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια (OR:2.138, CI 95%:1.837-2.488, P-value<.001) και η υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (OR:1.129, CI 95%:1.115-2.144, P-value<.001) φάνηκε να προβλέπουν την πιθανότητα εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών. Ομοίως, για τις αυτοκτονικές σκέψεις, το φύλο «άλλο» (OR:4.539, CI 95%:2.541-8.109, P-value<.001), το φύλο «αγόρι» (OR:0.664, CI 95%:0.568-0.778, P-value<.001), οι εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού ως θύμα (OR:2.205, CI 95%:1.840-2.643, P-value<.001) και οι εμπειρίες ηλεκτρονικού εκφοβισμού ως θύτης (OR:1.702, CI 95%:1.239-2.338, P-value<.001) και ως θύμα (OR:1.687, CI 95%:1.328-2.142, P-value<.001), η διαβίωση με τους βιολογικούς γονείς (OR:0.726, CI 95%:0.601-0.876, P-value<.001), η διαβίωση σε αστική περιοχή (OR:1.886, CI 95%:1.589-2.239, P-value<.001), η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια (OR:2.193, CI 95%:1.890-2.545, P-value<.001) και η υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (OR:1.136, CI 95%:1.122-2.151, P-value<.001) φάνηκε να προβλέπουν την εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων. Τέλος σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας, το φύλο «άλλο» (OR:2.742, CI 95%:1.649-4.560, P-value<.001), οι εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού ως θύτης (OR:2.458, CI 95%:1.652-3.657, P-value<.001) και ως θύμα (OR:2.061, CI 95%:1.602-2.652, P-value<.001) και οι εμπειρίες ηλεκτρονικού εκφοβισμού ως θύμα (OR:1.625, CI 95%:1.178-2.712, P-value<.001), η διαβίωση με τους

βιολογικούς γονείς (OR:0.683, CI 95%:0.531-0.877, P-value=0.003), η διαβίωση σε αστική περιοχή (OR:1.713, CI 95%:1.320-2.223, P-value<.001), η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια (OR:2.258, CI 95%:1.744-2.922, P-value<.001) και η υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (OR:1.125, CI 95%:1.104-1.147, P-value<.001) φάνηκε να προβλέπουν τις απόπειρες αυτοκτονίας.

Συμπεράσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όπως και τα αποτελέσματα από την παρούσα έρευνα, αναδεικνύεται η σοβαρότητα του φαινομένου των αυτοτραυματικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών και το γεγονός ότι οι εμπειρίες εκφοβισμού λειτουργούν προβλεπτικά για την εμφάνιση αυτών των συμπεριφορών. Συστήνεται η αξιοποίηση των παραπάνω δεδομένων ώστε να δημιουργηθούν προγράμματα πρόληψης και θεραπείας των αυτοτραυματικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών.

Λέξεις κλειδιά: αυτοτραυματικές-μη αυτοκτονικές συμπεριφορές, αυτοκτονικές συμπεριφορές, παραδοσιακός εκφοβισμός, ηλεκτρονικός εκφοβισμός, έφηβοι

Abstract

Background: Suicidal behavior and self-injury are common especially in adolescence and are associated with increased psychopathology, suicide risk and increased needs for mental health services. At the same time, traditional and cyber bullying among adolescents is a public health issue, and such experiences hide a risk of self-injurious and suicidal behaviors.

Objectives: Highlight the rates of occurrence of self-injurious non-suicidal and suicidal behaviors in high school students and investigate correlation between these behaviors and the experiences of traditional and cyber bullying.

Method: The study was carried out as part of the Global Child and Adolescents Mental Health Study (GCAMHS), regarding the psychosocial burden of adolescents following the COVID-19 pandemic. 5711 adolescents aged 13.43 ± 0.97 years participated (3110 girls, 2502 boys, 99 other) from 51 school units in 6 regional units of Greece. The data was collected with the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and with questions about the frequency of "Negative Thoughts and Behaviors", "Seeking External Help" and "Experiences of Traditional and Cyberbullying". **Results:** 26.3% of the students displayed self-injurious non-suicidal behaviors, 28.9% displayed suicidal thoughts and 9% made at least one suicide attempt. 26.2% of students reported that they experienced traditional bullying, 21.3% of them as victims, 10.4% as perpetrators and 5.2% as perpetrator-victims. The rates for cyberbullying experiences were 16.5%, 11.6% as victims, 8.4% as perpetrators and 3.5% as perpetrator-victims. Regarding the occurrence of non-suicidal self-injurious behaviors, gender "other" (OR:3.573, CI 95%:2.099-6.081, P-value<.001), gender "boy" (OR:0.725, CI 95%:0.618-0.850, P-value<.001), experiences of traditional bullying as a perpetrator (OR:1.556, CI 95%:1.149-2.107, P-value=0.004) and as a victim (OR:1.852, CI

95%:1.545-2.219, P-value<.001) and cyberbullying experiences as a victim (OR:1.591, CI 95%:1.259-2.010, P-value<.001), living with biological parents (OR:0.714, CI 95%: 0.592-0.862, P-value<.001), living in an urban area (OR:1.885, CI 95%:1.584-2.243, P-value<.001), the need for external assistance (OR:2.138, CI 95 %:1.837-2.488, P-value<.001) and a higher overall score on the Strengths and Difficulties Scale (OR:1.129, CI 95%:1.115-2.144, P-value<.001) appeared to predict the likelihood of non-suicidal self-injury behaviors. Similarly, for suicidal thoughts, gender "other" (OR:4.539, CI 95%:2.541-8.109, P-value<.001), gender "boy" (OR:0.664, CI 95%:0.568-0.778 , P-value<.001), experiences of traditional bullying as a victim (OR:2.205, CI 95%:1.840-2.643, P-value<.001) and experiences of cyberbullying as a perpetrator (OR:1.702, CI 95% :1.239-2.338, P-value<.001) and being a victim (OR:1.687, CI 95%:1.328-2.142, P-value<.001), living with biological parents (OR:0.726, CI 95% :0.601-0.876, P-value<.001), living in an urban area (OR:1.886, CI 95%:1.589-2.239, P-value<.001), the need for outside help (OR:2.193, CI 95%:1.890-2.545, P-value<.001) and higher total score on the Strengths and Difficulties Scale (OR:1.136, CI 95%:1.122-2.151, P-value<.001) appeared to predict the occurrence of suicidal thoughts. Finally, regarding suicide attempts, gender "other" (OR:2.742, CI 95%:1.649-4.560, P-value<.001), experiences of traditional bullying as a perpetrator (OR:2.458, CI 95%:1.652- 3.657, P-value<.001) and as a victim (OR:2.061, CI 95%:1.602-2.652, P-value<.001) and cyberbullying experiences as a victim (OR:1.625, CI 95%:1.178-2.712, P-value<.001), living with biological parents (OR:0.683, CI 95%:0.531-0.877, P-value=0.003), living in an urban area (OR:1.713, CI 95%: 1.320-2.223, P-value<.001), the need for external help (OR:2.258, CI 95%:1.744-2.922, P-value<.001) and the highest overall score on the Strengths and Difficulties Scale (OR: 1.125, CI 95%:1.104-1.147, P-value<.001) appeared to predict suicide attempts.

Conclusions: From the literature review, as well as the results from the present research, the importance of the phenomenon of self-injurious and suicidal behaviors and the fact that bullying experiences work predictively for the appearance of these behaviors emerge. It is recommended to utilize the above data in order to create programs for the prevention and treatment of self-injurious and suicidal behaviors.

Keywords: non-suicidal self-injurious behaviours, suicidal behaviours, traditional bullying, cyber bullying, adolescents

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	2
Abstract.....	4
Ευχαριστίες	10
Εισαγωγή.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Αυτοκτονικές συμπεριφορές στην παιδική και εφηβική ηλικία	13
1.2 Αυτοτραυματικές μη-αυτοκτονικές συμπεριφορές σε παιδιά και εφήβους.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Εκφοβισμός	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Εφηβική ανάπτυξη και ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Σχέση αυτοτραυματικών μη-αυτοκτονικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών με εμπειρίες εκφοβισμού σε παιδιά και εφήβους	36
Ερευνητικοί στόχοι.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Σχεδιασμός.....	43
5.2 Συμμετέχοντες.....	44

5.3 Διαδικασία.....	45
5.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων.....	47
5.5 Ερευνητική δεοντολογία.....	51
5.6 Στατιστική ανάλυση.....	52
Αποτελέσματα	53
Συζήτηση	77
Περιορισμοί της έρευνας	87
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	88
Συμπεράσματα.....	88
Βιβλιογραφία	92
Παράρτημα.....	107

Πίνακες

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Πίνακας 2. Κατηγορίες εμπειριών εκφοβισμού μαθητών.....

Πίνακας 3. Συχνότητα εμπειριών παραδοσιακού εκφοβισμού τους τελευταίους 6 μήνες

Πίνακας 4. Συχνότητα εμπειριών ηλεκτρονικού εκφοβισμού τους τελευταίους 6 μήνες

Πίνακας 5. Συχνότητα εμφάνισης αυτοτραυματικών μη-αυτοκτονικών συμπεριφορών, αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας.....

Πίνακας 6. Βαθμολογίες στην κλίμακα SDQ και στοιχεία αναζήτησης εξωτερικής βοήθειας

Πίνακας 7. Σύγκριση μέσω όρων συνολικής βαθμολογίας SDQ με αυτοτραυματικές συμπεριφορές, αυτοκτονικές σκέψεις και αποπειρες αυτοκτονίας.....

Πίνακας 8. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών με δημογραφικά στοιχεία των μαθητών

Πίνακας 9. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών με εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού μαθητών

Πίνακας 10. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών με αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας.....

Πίνακας 11. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με δημογραφικά στοιχεία.....

Πίνακας 12. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού.....

Πίνακας 13. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας

Πίνακας 14. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με δημογραφικά στοιχεία

Πίνακας 15. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού.....

Πίνακας 16. Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας.....

Πίνακας 17. Λογαριθμιστική παλινδρόμηση για προβλεπτικούς παράγοντες αυτοτραυματικών-μη αυτοκτονικών σκέψεων

Πίνακας 18. Λογαριθμιστική παλινδρόμηση για προβλεπτικούς παράγοντες αυτοκτονικών σκέψεων

Πίνακας 19. Λογαριθμιστική παλινδρόμηση για προβλεπτικούς παράγοντες αποπειρών αυτοκτονίας.....

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τον κύκλο των μεταπτυχιακών σπουδών μου θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κο Κολαΐτη Γεράσιμο, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ και Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, για την καθοδήγηση και την βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Ζαραβίνο-Τσάκο Φοίβο, για την διαθεσιμότητά του και τις εύστοχες παρατηρήσεις του σε όλη την διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης και συγγραφής της παρούσας εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την μητέρα και τις «αδελφές» μου, για την στήριξη και την υπομονή τους.

Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι μια μεταβατική περίοδος που χαρακτηρίζεται από αλλαγές στις ορμόνες και στο σώμα, στο κοινωνικό περιβάλλον και στην λειτουργία και ανάπτυξη του εγκεφάλου. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι εξελίσσονται σε υγιείς ενήλικες, η εφηβεία κάνει τα άτομα ευάλωτα στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας (Blakemore, 2019). Η Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τα δικαιώματα του παιδιού ορίζει ως παιδί «ένα άτομο ηλικίας 0-18 ετών» και, με την πάροδο του χρόνου, ο ΟΗΕ όρισε επίσημα την εφηβεία ως «την περίοδο μεταξύ 10 και 19 ετών» (Ahmed et al., 2018). Κατά τη διάρκεια της δεύτερης δεκαετίας της ζωής, τα άτομα θεωρείται ότι εδραιώνουν μια σταθερή προσωπικότητα, καθιερώνουν την ταυτότητά τους, αποκτούν επάρκεια στους μηχανισμούς των διαπροσωπικών σχέσεων των ενηλίκων και αναπτύσσουν στρατηγικές για τη διαχείριση διαφόρων προκλήσεων συμπεριφοράς (Meeus, 2016). Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από ταχείες αυξήσεις των οιστρογόνων στα κορίτσια και της τεστοστερόνης στα αγόρια, με αποτέλεσμα να προκύπτουν οι διαφορές φύλου στα προβλήματα ψυχικής υγείας (Blakemore, 2019).

Η πανδημία Covid-19 και τα σχετικά μέτρα περιορισμού κυκλοφορίας και κοινωνικών συν-διαλλαγών και απαγόρευσης μαζικών συναθροίσεων, επηρέασαν αναπόφευκτα την ψυχική των παιδιών και των εφήβων σε όλο τον κόσμο (Marciano et al., 2022). Συνολικά, τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας και το γεγονός ότι οι έφηβοι, λόγω της πανδημίας COVID-19, διεξήγαγαν τη σχολική τους εκπαίδευση στο διαδίκτυο, περνούσαν τον περισσότερο χρόνο τους σε εσωτερικούς χώρους και ήταν φυσικά αποκομμένοι από τους συνομηλικούς τους, σήμαινε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχολογικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας πανδημίας (Magson et al., 2021).

Η εφηβεία είναι επίσης μια κρίσιμη περίοδος για την εμφάνιση και την ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας και επικίνδυνης συμπεριφοράς όπως οι αυτοτραυματικές μη-

αυτοκτονικές συμπεριφορές (ΑΜΑΣ), που ορίζονται ως η άμεση και σκόπιμη καταστροφή του σωματικού ιστού κάποιου χωρίς πρόθεση αυτοκτονίας (De Luca et al., 2022). Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των εφήβων ηλικίας 15-19 ετών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2019). Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την αυτοκτονία, όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο αυτοκτονικός σχεδιασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας, είναι επίσης υψηλές μεταξύ των εφήβων (Tang et al., 2020). Η αυτοκαταστροφική/αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό και ψυχιατρικό πρόβλημα, το οποίο τίθεται με ιδιαίτερους όρους για τους εφήβους αλλά και τους νέους ενήλικες (Κολαΐτης και συν., 2020). Δεδομένης της εκτεταμένης ψυχοκοινωνικής διαταραχής που σχετίζεται με την πανδημία του COVID-19, πολλοί ειδικοί έχουν εκφράσει ανησυχία σχετικά με τα ποσοστά αυτοκτονιών των νέων (Ridout et al., 2021).

Οι εμπειρίες εκφοβισμού που βιώνουν τα παιδιά αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας που λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου κακής υγείας και συνεπειών στους κοινωνικούς και εκπαιδευτικούς τομείς της ζωής του παιδιού και εφήβου (Armitage, 2021). Οι συνέπειες αυτές επηρεάζουν όλους όσοι εμπλέκονται με εκφοβισμό (θύτες, θύματα και θύτες-θύματα εκφοβισμού) και πλέον είναι γνωστό ότι πολλαπλασιάζονται βαθιά στην ενήλικη ζωή. Ο διαδικτυακός εκφοβισμός αποτελεί μια πιο πρόσφατη μορφή εκφοβισμού, εκτός από τις γνωστές μορφές άμεσου σωματικού, άμεσου λεκτικού και έμμεσου εκφοβισμού (Armitage, 2021).

Κάθε συμμετοχή σε σχολικό εκφοβισμό αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού ή/και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ανασκόπηση 37 μελετών σε κοινότητα/ειδικούς πληθυσμούς έδειξε πως θύματα, θύτες και θύματα-θύτες είχαν διπλάσιες πιθανότητες για αυτοκτονικές/αυτοτραυματικές συμπεριφορές, συγκριτικά με συνομηλίκους χωρίς ιστορικό εκφοβισμού (Κολαΐτης και συν., 2020).

Κεφάλαιο 1

1.1 Αυτοκτονικές συμπεριφορές στην παιδική και εφηβική ηλικία

Η χρήση ασυνεπών ορισμών έχει εμποδίσει την πρόοδο στην έρευνα για τις αυτοκτονίες. Για παράδειγμα, μερικοί ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο αυτοκτονική συμπεριφορά ως γενικό όρο που περιλαμβάνει οποιαδήποτε αυτοκτονική σκέψη ή ενέργεια χωρίς να λαμβάνουν υπόψη μέτρα για να διακριθούν οι σκέψεις από τα σχέδια και οι απόπειρες από προσπάθειες που πράγματι καταλήγουν σε θάνατο (Klonsky et al., 2015). Στην παρούσα διπλωματική εργασία χρησιμοποιείται ο ορισμός που δίνεται από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC) (CDC 2015; Crosby et al., 2011), όπου η αυτοκτονία ορίζεται ως «ο αυτοπροκαλούμενος θάνατος, με πρόθεση του ατόμου να πεθάνει ως αποτέλεσμα τραυματικής συμπεριφοράς προς τον εαυτό», η απόπειρα αυτοκτονίας ως μια «μη θανατηφόρα, κατευθυνόμενη προς τον εαυτό, δυνητικά τραυματική συμπεριφορά με κάποια (οποιαδήποτε) πρόθεση ο θάνατος να είναι το αποτέλεσμα της συμπεριφοράς» και ο αυτοκτονικός ιδεασμός ορίζεται ως «η σκέψη/σχεδιασμός αυτοκτονίας».

Όπως αναφέρεται από τους Κολαΐτη και συν., (2020) η έννοια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στα παιδιά και τους εφήβους περιλαμβάνει: (1) σκέψεις αυτοκαταστροφής ή θανάτου (ευχές θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός) και (2) πράξεις που αποβαίνουν σε εκούσιο αυτοτραυματισμό (απόπειρα αυτοκτονίας) ή σε θάνατο (αυτοκτονία). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2013), η δηλητηρίαση με φάρμακα, ο απαγχονισμός και η πτώση από ύψος είναι οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι τρόποι απόπειρας αυτοκτονίας σε ενήλικο πληθυσμό. Άλλες μέθοδοι, σύμφωνα με τους Κολαΐτη και συν., (2020), αναφορικά με τους εφήβους, περιλαμβάνουν τη φλεβοτομία, χρήση πυροβόλων όπλων, ασφυξία, μαχαίρωμα, πτώση μπροστά σε ρόδες αυτοκινήτων, κάψιμο και πνιγμό. Αξίζει να σημειωθεί

ότι το μέσο που επιλέγεται δεν σχετίζεται πάντα με τη βαρύτητα της επιθυμίας του θανάτου. Πρόκειται για την τελευταία και απέλπιδα κίνηση του παιδιού ή του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει τη σχέση του με τους άλλους (Κολαΐτης και συν., 2020).

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σχετικά σπάνιες στην παιδική ηλικία, αφού η γνωσιακή ανωριμότητα των παιδιών φαίνεται να τα προστατεύει από το να διαπράξουν αυτοκτονία (Κολαΐτης και συν., 2020). Στους εφήβους η συχνότητα τέτοιων συμπεριφορών παρουσιάζει αύξηση από την ηλικία των 12-14 ετών, με υψηλότερη συχνότητα στις έφηβες 15-19 ετών (Κολαΐτης και συν., 2020). Επιπλέον, όπως αναφέρεται από τους Hatzebuehler et al. (2014) οι έφηβοι με συγκεκριμένο σεξουαλικό προσανατολισμό-λεσβίες, γκέι και αμφιφυλόφιλοι (LGB ή σεξουαλική μειονότητα) είναι πιο πιθανό από τους ετεροφυλόφιλους έφηβους να εμφανίσουν τις αυτοκτονικές σκέψεις και να αναφέρουν ότι έχουν σχέδιο αυτοκτονίας.

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν διαφορετικά αλλά αλληλένδετα. Οι έφηβοι που παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό είναι 12 φορές πιο πιθανό να επιχειρήσουν αυτοκτονία έως την ηλικία των 30 ετών, με το 86,1% των εφήβων να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας εντός 12 μηνών από την έναρξη του ιδεασμού (Nock et al., 2008). Άλλα ευρήματα αναφέρουν ότι περισσότερο από το 33% των εφήβων που βιώνουν αυτοκτονικό ιδεασμό πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας (Nock et al., 2008). Όπως προκύπτει από διεθνή δεδομένα, στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες άνω του 90% των αυτόχειρων εφήβων εμφανίζαν μία ή περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές. Παράλληλα, για τις απόπειρες αυτοκτονίας το ποσοστό των εφήβων με ψυχιατρικές διαταραχές φτάνει το 50-60% (Κολαΐτης και συν., 2020).

Στην ανασκόπηση του Bilsen (2018), βασικοί παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονική συμπεριφορά εφήβων και νέων ήταν: ψυχιατρικές διαταραχές, προηγούμενες

απόπειρες αυτοκτονίας, συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά του εφήβου, γενετικοί και οικογενειακοί παράγοντες σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, έκθεση σε εμπνευσμένα μοντέλα και διαθεσιμότητα μέσω αυτοκτονίας. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον Κολαΐτη και συν. (2020) κάποια παραδείγματα ψυχιατρικών διαταραχών είναι: διαταραχές κατάθλιψης, εναντιωματικής προκλητικότητας, διαγωγής, άγχους και χρήσης ουσιών. Αναφορικά με τα ατομικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά του εφήβου περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων «η απελπισία, ο διχοτομικός τρόπος σκέψης (όλα ή τίποτα), η κρίση για το μέλλον με αρνητικές προκαταλήψεις και η εξωτερική εστίαση του ελέγχου», ενώ στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας παρατηρείται «παρορμητικότητα, επιθετικότητα, νευρωτισμός και χαρακτηρολογικό άγχος» (Κολαΐτης και συν., 2020). Σχετικά με τα γενετικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά είναι γνωστό ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά σε οικογένειες δεν μπορεί να εξηγηθεί ολοκληρωτικά από την μίμηση συμπεριφοράς. Η νευροβιολογία επηρεάζεται επίσης από γενετικούς παράγοντες (Κολαΐτης και συν., 2020). Τέλος, αναφορικά με τους κοινωνικούς παράγοντες φαίνεται ότι η οικογενειακή δομή και λειτουργία, ο τρόπος άσκησης του γονεϊκού ρόλου και η κακοποίηση αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου (Κολαΐτης και συν., 2020). Ειδικό ρόλο φαίνεται να παίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και το διαδίκτυο, καθώς από την μία προσφέρουν πρόληψη της αυτοκτονίας αλλά και αποτελούν πηγή πληροφοριών σχετικά με τους τρόπους αυτοκτονίας.

Όπως αναφέρεται στην συστηματική ανασκόπηση των (Grandclerc et al., 2016) πολλοί συγγραφείς αντιμετωπίζουν τις αυτοτραυματικές-μη αυτοκτονικές συμπεριφορές (ΑΜΑΣ) ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου, προγνωστικό για επακόλουθη αυτοκτονική συμπεριφορά ή ιδεασμό. Ωστόσο άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι ΑΜΑΣ θα πρέπει να θεωρηθούν ως προστατευτικές απέναντι στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Αυτό είναι το μοντέλο κατά της αυτοκτονίας. Οι ΑΜΑΣ θεωρούνται συμβιβασμός για την αποφυγή της ολοκληρωτικής καταστροφής, διοχετεύοντας τις καταστροφικές παρορμήσεις σε μια

οριοθετημένη περιοχή. Οι ΑΜΑΣ θα μπορούσαν έτσι να χρησιμεύσουν ως πράξη «αυτοκτονίας σε μικρή κλίμακα» που δημιουργεί μια ψευδαίσθηση ελέγχου του θανάτου. Αυτό το μοντέλο τονίζει τη λειτουργία αντιμετώπισης/αυτορρύθμισης, με στόχο την πρόληψη της αυτοκτονίας. Ορισμένοι έφηβοι υποστηρίζουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τις ΑΜΑΣ για να μειώσουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό ενάντια στον οποίο αγωνίζονται (Grandclerc et al., 2016).

Η διαπροσωπική θεωρία για την αυτοκτονία του Joiner (2005), προσφέρει μια εξήγηση για την αυτοκτονική συμπεριφορά που είναι ελεγχόμενη, συνεπής με τα εμπειρικά στοιχεία και αντιμετωπίζει διεξοδικά την αλληλεπίδραση μεταξύ ενδοατομικών δυναμικών συστημάτων και ατομικών παραγόντων κινδύνου. Συγκεκριμένα, προτείνει ότι ένας ισχυρός κίνδυνος αυτοκτονίας δημιουργείται από την αλληλεπίδραση τριών παραγόντων: (α) την εμπειρία του ατόμου μοναξιάς/απομόνωσης («αποτρεπόμενη ιδιοκτησία»), (β) την αντίληψη του ατόμου ότι είναι βάρος για τους άλλους («αντιληπτή επιβάρυνση») και (γ) τη συνήθεια του ατόμου να αυτοτραυματίζεται με προηγούμενο μη αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό, αυτοκτονική συμπεριφορά ή άλλες συμπεριφορές κινδύνου («επίκτητη ικανότητα») (Van Orden et al., 2010). Το μοντέλο αυτό προτείνει ότι η αυτοκτονία προκύπτει από το συνδυασμό της αντίληψης της επιβάρυνσης των άλλων, της κοινωνικής αποξένωσης και της ικανότητας για αυτοτραυματισμό (Barzilay et al., 2015). Στην έρευνα των Barzilay et al. (2015) συμμετείχαν 1196 έφηβοι με μέσο όρο ηλικίας τα 15.91 έτη. Ο στόχος της μελέτης ήταν να δοκιμάσει συγκεκριμένες προβλέψεις της διαπροσωπικής θεωρίας σε ένα μεγάλο κοινοτικό δείγμα Εβραίων και Αράβων εφήβων στο Ισραήλ. Επρόκειτο μια από τις πρώτες απόπειρες δοκιμής της θεωρίας συνολικά. Γενικά, τα ευρήματα παρείχαν υποστηρικτικά στοιχεία για ορισμένους από τους προγνωστικούς θεωρητικούς παράγοντες αλλά για άλλους όχι. Σύμφωνα με τη θεωρία, τόσο η αναχαίτιση του ανήκειν όσο και η αντιληπτή επιβάρυνση συσχετίστηκαν με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, και η αλληλεπίδραση των δύο παραγόντων

ευθύνεται για πρόσθετη διακύμανση. Ωστόσο, ήταν αξιοσημείωτο ότι η σχέση μεταξύ των διαπροσωπικών παραγόντων (αποτρεπτική συμμετοχή και αντιληπτή επιβάρυνση) και του αυτοκτονικού ιδεασμού διαμεσολαμβάνταν έντονα από την κατάθλιψη και το άγχος.

Σύμφωνα με την μετα-ανάλυση των Miranda-Mendizabal et al. (2019) που αφορούσε εφήβους και νέους 12-26 ετών διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες είχαν σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία, από τις γυναίκες. Από την μελέτη των Cheng et al. (2009) στην Κίνα τα κύρια ευρήματα έδειξαν ότι: (1) περίπου το 17,4% του δείγματος ανέφερε αυτοκτονικό ιδεασμό και το 8,1% απόπειρες αυτοκτονίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες, (2) οι έφηβες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρες αυτοκτονίας από τους άνδρες, (3) ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας αυξάνονταν με την ηλικία και (4) πολλαπλοί προστατευτικοί παράγοντες συσχετίστηκαν με αυτοκτονικές συμπεριφορές, ιδίως η έλλειψη απουσιών από το σχολείο αδικαιολόγητα, το να είναι οι περισσότεροι μαθητές ευγενικοί και εξυπηρετικοί και οι γονείς ή οι κηδεμόνες να κατανοούν τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους.

Στην μελέτη που πραγματοποιείται σε περιπτώσεις εφήβων με απόπειρες αυτοκτονίες που παραπέμπονται μέσω της Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής υπηρεσίας στην Υπηρεσία Παιδιού-Εφήβου της Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής του ΑΠΘ στο ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ είχαν επεξεργαστεί ως το 2020, 182 περιστατικά. Η ηλικία των εφήβων είχε μέσο όρο τα 15 έτη και το 84.10% ήταν κορίτσια. Οι μεγαλύτερες συχνότητες αποπειρών αυτοκτονίας ήταν στα 13, 14 και 17 έτη, με τα αγόρια να εμφανίζουν τάση για απόπειρες σε μεγαλύτερη ηλικία. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωναν τους σημαντικούς παράγοντες, πιο συγκεκριμένα, τον σημαντικό ρόλο της δυσλειτουργικής οικογένειας (60.6%), τις ψυχικές διαταραχές στους εφήβους (56.1%) και σε άλλα μέλη της οικογένειας (40%), τις σχολικές δυσκολίες (55.2%),

τις συγκρούσεις των εφήβων με τους γονείς (53.9%), τα προβλήματα σωματικής υγείας σε άλλα μέλη της οικογένειας (32.4%), την ερωτική απογοήτευση (22.9%), τον θάνατο στο οικογενειακό περιβάλλον (20.9%) και την ενδοοικογενειακή βία (14%) (Κολαΐτης και συν., 2020).

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς που έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής μελέτης στη βιβλιογραφία είναι η παιδική κακοποίηση. Η μετα-ανάλυσή των Miranda-Mendizabal et al, (2019) εντόπισε παράγοντες κινδύνου τόσο για απόπειρες αυτοκτονίας όσο και για τον θάνατο, οι οποίοι είναι κοινοί σε άνδρες και γυναίκες εφήβους και νεαρούς ενήλικες: έκθεση σε οποιαδήποτε μορφή διαπροσωπικής βίας και ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής ή διαταραχής χρήσης ουσιών. Επιπλέον, παράγοντες κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας περιλάμβαναν ιστορικό προηγούμενων αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών και οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών και κακοποίησης. Για τον θάνατο από αυτοκτονία, ένας κοινός παράγοντας κινδύνου ήταν το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Οι προστατευτικοί παράγοντες κατά της αυτοκτονίας είναι γενικά αντίθετοι από τους παράγοντες κινδύνου. Το αποτέλεσμα της μελέτης Cheng et al. (2009) υποδηλώνει την ανάγκη συμμετοχής των γονέων σε προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί για την πρόληψη της αυτοκτονίας (Cheng et al., 2009). Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης των DeCou et al., (2019) υποστηρίζουν την Διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και της ψυχιατρικής περίθαλψης έκτακτης ανάγκης σε ποικίλους κλινικούς πληθυσμούς. Στην μετα-ανάλυση των Ougrin et al., (2015), οι οποίοι εξέτασαν την αποτελεσματικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων σε εφήβους με αυτοκτονική και αυτοτραυματική συμπεριφορά, φάνηκε ισχυρότερη επίδραση της θεραπείας για τις ΑΜΑΣ και ασθενέστερη επίδραση της θεραπείας για τις απόπειρες αυτοκτονίας. Οι

θεραπευτικές προσεγγίσεις με τα μεγαλύτερα μεγέθη επίδρασης ήταν η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η θεραπεία βασισμένη στην εν-νόηση (Ougrin et al., 2015).

1.2 Αυτοτραυματικές-Μη Αυτοκτονικές Συμπεριφορές σε παιδιά και εφήβους

Ως Αυτοτραυματικές Μη Αυτοκτονικές Συμπεριφορές (ΑΜΑΣ) ορίζονται από τη Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Αυτοτραυματισμού (International Society for the Study of Self-Injury (ISSI)) «η εσκεμμένη, αυτοπροκαλούμενη καταστροφή σωματικού ιστού που δεν είναι κοινωνικά εγκεκριμένη και πραγματοποιείται χωρίς αυτοκτονική πρόθεση», με σκοπό την ανακούφιση από τα αρνητικά συναισθήματα, την επίλυση διαπροσωπικών δυσκολιών ή την πρόκληση θετικών συναισθημάτων (Cipriano et al., 2017). Οι ΑΜΑΣ έχουν προστεθεί στην κατηγορία των συνθηκών για περαιτέρω μελέτη στο DSM-5 (American Psychological Association, 2013).

Σύμφωνα με τους Κολαΐτης και συν (2020), ως ΑΜΑΣ ορίζονται «οι συμπεριφορές σκόπιμου αυτοτραυματισμού των ιστών του σώματος, χωρίς να υπάρχει αυτοκτονική πρόθεση». Με βάση των παραπάνω ορισμό οι συμπεριφορές γίνονται κατ' επανάληψη και έχουν ως αποτέλεσμα τον τραυματισμό. Διαφέρουν δηλαδή από συμπεριφορές όπως η δερματοστιξία (tattoo) ή την διάτρηση (piercing), οι οποίες αποτελούν κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές (Κολαΐτης και συν., 2020). Περιλαμβάνουν το κόψιμο, το ξύσιμο ή το κάψιμο της επιφάνειας του σώματος, καθώς και το χτύπημα σε αντικείμενα, με αποτέλεσμα τον άμεσο τραυματισμό του δέρματος ή των οστών (Plener et al., 2018).

Μία κατηγοριοποίηση στο ICD-10 σχετικά με τον τρόπο εκούσιου αυτοτραυματισμού περιλαμβάνει τα εξής:

1. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε μη οπιοειδή αναλγητικά, αντιπυρετικά και αντιρευματικά
2. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε αντιεπιληπτικά, κατασταλτικά - υπνωτικά, αντιπαρκινσονικά και ψυχοτρόπα φάρμακα που δεν ταξινομούνται αλλού
3. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε ναρκωτικά και ψευδαισθησιογόνα - psychodysleptics που δεν ταξινομούνται αλλού
4. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε άλλα φάρμακα που δρουν στο αυτόνομο νευρικό σύστημα
5. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε άλλα και διάφορα φάρμακα, φαρμακευτικές και βιολογικές ουσίες
6. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση στο αλκοόλ X66Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε οργανικούς διαλύτες και αλογονομένους υδρογονάνθρακες και των ατμών τους
7. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε άλλα αέρια και ατμούς
8. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε εντομοκτόνα και δηλητηριώδη
9. Εκούσια αυτοδηλητηρίαση από και έκθεση σε άλλες και διάφορες χημικές και επιβλαβείς ουσίες
10. Εκούσιος αυτοτραυματισμός δια απαγχονισμού, στραγγαλισμού και ασφυξίας
11. Εκούσιος αυτοτραυματισμός δια πνιγμού και καταβύθισης
12. Εκούσιος αυτοτραυματισμός μέσω πυροβολισμού με περίστροφο

13. Εκούσιος αυτοτραυματισμός μέσω πυροβολισμού με τυφέκιο, κυνηγητικό όπλο και πυροβόλο όπλο
14. Εκούσιος αυτοτραυματισμός μέσω πυροβολισμού με άλλα και διάφορα πυροβόλα όπλα
15. Εκούσιος αυτοτραυματισμός με εκρηκτικά υλικά
16. Εκούσιος αυτοτραυματισμός με καπνό, φωτιά και φλόγες X77 Εκούσιος αυτοτραυματισμός με υδρατμούς, θερμούς ατμούς και θερμά αντικείμενα
17. Εκούσιος αυτοτραυματισμός με οξύαιχμο αντικείμενο
18. Εκούσιος αυτοτραυματισμός με αμβλύ αντικείμενο
19. Εκούσιος αυτοτραυματισμός μέσω άλματος από υψηλή τοποθεσία
20. Εκούσιος αυτοτραυματισμός μέσω άλματος ή τοποθέτησης μπροστά από κινούμενο αντικείμενο
21. Εκούσιος αυτοτραυματισμός μέσω σύγκρουσης μηχανοκίνητου οχήματος
22. Εκούσιος αυτοτραυματισμός με άλλα συγκεκριμένα μέσα
23. Εκούσιος αυτοτραυματισμός με διάφορα μέσα

Οι ΑΜΑΣ χρησιμοποιούνται συνήθως ως δυσλειτουργική στρατηγική αντιμετώπισης της συναισθηματικής ρύθμισης (Plener et al., 2018). Σύμφωνα με το «Μοντέλο Βιωματικής Αποφυγής» η εστίαση στις ΑΜΑΣ επικεντρώνεται σε περισσότερο ενδοπροσωπικές λειτουργίες. Οι ΑΜΑΣ θεωρούνται ως «συμπεριφορές που οδηγούν στη μείωση ή την εξάλειψη των ανεπιθύμητων συναισθηματικών αντιδράσεων, ιδιαίτερα των φυσιολογικών πτυχών της συναισθηματικής απόκρισης». Σε αυτό το μοντέλο, οι ΑΜΑΣ ρυθμίζονται μέσω αρνητικής ενίσχυσης καθώς η πράξη του αυτοτραυματισμού παρέχει μια διαφυγή από τη

συναισθηματική διέγερση. Το μοντέλο δεν διευκρινίζει τη μέθοδο διαφυγής, υποθέτοντας ότι οι ΑΜΑΣ δρουν μέσω της απελευθέρωσης ενδογενών οπιοειδών, της διάσπασης της προσοχής ή μιας λειτουργίας αυτοτιμωρίας που μειώνει τη διέγερση. Οι θεωρητικοί του μοντέλου βλέπουν τις ΑΜΑΣ ως παρόμοια κατηγορία με τη χρήση ουσιών και την υπερφαγία (McKenzie & Gross, 2014).

Η αιτιολογία των ΑΜΑΣ είναι πολυπαραγοντική. Κάποιες ψυχικές διαταραχές που είναι συχνές συννοσηρές στο πλαίσιο των ΑΜΑΣ: συναισθηματικές διαταραχές, συναισθηματικά ασταθείς διαταραχές προσωπικότητας/οριακή διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές εξάρτησης, προβλήματα συμπεριφοράς, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ), αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (Nitkowski & Petermann, 2011). Σύμφωνα με τους Cipriano et al. (2017) οι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες των ΑΜΑΣ μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: ενδογενείς παράγοντες (π.χ. συναισθηματική δυσλειτουργία, ψυχιατρικές διαταραχές) και εξωγενείς παράγοντες (π.χ. κακομεταχείριση στην παιδική ηλικία, διαταραχή δεσμού). Επίσης, ερευνητές έχουν περιγράψει τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου σε διαχρονικές μελέτες: Το γυναικείο φύλο, πρότερες ΑΜΑΣ, προηγούμενο αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας. συμπτώματα κατάθλιψης και γενικευμένο στρες (Plener et al., 2015). Ο εκφοβισμός είναι ένας κρίσιμος κοινωνικός παράγοντας που επηρεάζει τις ΑΜΑΣ. Μεγάλες συγχρονικές και διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ των εμπειριών εκφοβισμού στην παιδική ηλικία και την πρώιμη εφηβεία και των ΑΜΑΣ στην εφηβεία (Lereya et al., 2015). Στους Κολαΐτη και συν. (2020) παρουσιάζεται η εξής κατηγοριοποίηση στην αιτιολογία αυτοτραυματικής συμπεριφοράς:

1. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά: αλεξιθυμία, έλλειψη δεξιοτήτων διαχείρισης δυσκολιών/κρίσεων, επιθετικότητα, παρορμητισμός, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονο άγχος
2. Συσχέτιση με ψυχιατρικές διαταραχές: Υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αίσθημα απελπισίας και αποσυνδεδετικές εμπειρίες. Ομαδική διαταραχή προσωπικότητας. Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Διαταραχές άγχους. Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Κατάχρηση αλκόολ.
3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Κοινωνική απομόνωση, μειωμένη κοινωνική στήριξη. Προβλήματα στις σχέσεις με τους φίλους. Πιέσεις για ακαδημαϊκά επιτεύγματα. Εκφοβισμός στο σχολείο. Σεξουαλικός προσανατολισμός.
4. Τελεολογία: Η αυτοτιμωρία. Η ρύθμιση του αρνητικού συναισθήματος και διαχείριση της συναισθηματικής κατάστασης. Η διεκδίκηση της αυτονομίας. Η αναζήτηση βοήθειας. Η ανάγκη κυριαρχίας στο σώμα.

Σύμφωνα με την ανασκοπήση των Cipriano et al. σχετικά με τις αυτοτραυματικές μη-αυτοκτονικές συμπεριφορές, (2017), οι ΑΜΑΣ αρχίζουν στις αρχές της εφηβείας, με κύρια ηλικία έναρξης την ηλικία των 12 ετών. Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Swannell et al., (2014), ο μέσος επιπολασμός τουλάχιστον ενός περιστατικού ΑΜΑΣ κατά τη διάρκεια της ζωής σε μαθητές παγκοσμίως είναι 17,2% (Swannell et al., 2014). Η κατάσταση φαίνεται να είναι παρόμοια για τις επαναλαμβανόμενες ΑΜΑΣ. Σε ένα σχολικό δείγμα, το 12,25% των εφήβων ανέφεραν επαναλαμβανόμενες ΑΜΑΣ (≥ 5 περιστατικά κατά τη διάρκεια της ζωής τους) (Brunner et al., 2014). Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι ΑΜΑΣ στην εφηβεία και στην πρώιμη ενήλικη ζωή επηρεάζουν συχνότερα τις νέες γυναίκες, αναφέροντας ότι οι γυναίκες έχουν 1,50 φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να αναφέρουν ότι εμπλέκονται

σε ΑΜΑΣ (Bresin & Schoenleber, 2015), ενώ η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων παρατηρείται σαφέστερα στα κλινικά δείγματα (Plener et al., 2018). Η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων φαίνεται επίσης να αφορά στις μεθόδους ΑΜΑΣ. Νέα κορίτσια (15ετών-ninth graders) τείνουν να προκαλούν κοψίματα σε περισσότερες περιπτώσεις, ενώ οι νεαροί άνδρες φαίνεται να χτυπούν τον εαυτό τους περισσότερο από ό,τι νεαρές γυναίκες (55,0% έναντι 42,4%) (Barrocas et al., 2012).

Σε ελληνική μελέτη αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών σε δείγμα 466 παιδιών και εφήβων 7-16 ετών που νοσηλεύτηκαν στην Παιδοψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ (2000-2017) προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: Ποσοστό 31.4% των παιδιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και 93.3% με αυτοκτονικό ιδεασμό (μέση ηλικία 13.1, κορίτσια/αγόρια 2,5/1). Η συχνότερη μέθοδος ήταν με φάρμακα 76.2%, μέτριας ιατρικής βαρύτητας 55%, χωρίς προφυλάξεις αποκάλυψης 59%, χωρίς αναζήτηση βοήθειας 52.9%, με προηγηθείσες απόπειρες 20%. Οι συχνότερες αφορμές απόπειρας αυτοκτονίας ήταν οι διαπληκτισμού με τους γονείς σε ποσοστό 64.3%, η ερωτική ματαίωση 11.9%, σχολική αποτυχία 7%, διαπληκτισμοί με φίλους 4.8% και σεξουαλική κακοποίηση 2.4%. Η κύρια μέθοδος ΑΜΑΣ ήταν κόψιμο με αιχμηρό αντικείμενο (30.3 κόπηκε με μαχαίρι ενώ το 51.5% με κάποιον «άλλο» τρόπο). Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις του δείγματος ήταν 37.1% με Μείζονα κατάθλιψη, 26.4% με διαταραχή μετατραυματικού στρες, 24% με μικτή διαταραχή συναισθήματος και διαγωγής και 10.4% με διαταραχή πρόσληψης τροφής. Σχετικά με τα στοιχεία της προσωπικότητας των παιδιών και εφήβων, επιθετικότητα σε 80%, παρορμητικότητα σε 71.6% και στοιχεία αντικοινωνικής ή οριακής διαταραχής σε 13.7%. Κάποια γεγονότα ζωής στο δείγμα ήταν η συναισθηματική κακοποίηση στο 71.4%, σωματική κακοποίηση 45.7% και οικονομικές δυσκολίες στο 65.8%. Στο 62.5% υπήρχε θετικό κληρονομικό ιστορικό, στο 97.9% υπήρχαν προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια, στο

85.1% υπήρχαν διαταραγμένες σχέσεις στην οικογένεια και στο 69.8% έλλειψη ζεστασιάς εντός της οικογένειας (Κολαΐτης και συν., 2020).

Οι ΑΜΑΣ σε νεότερες ηλικίες αποτελεί ένδειξη μετέπειτα ψυχιατρικών προβλημάτων και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς, γεγονός που καθιστά σημαντική την πρόληψη σε τέτοιες περιπτώσεις, σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο (Κολαΐτης και συν., 2020).

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις διαφόρων ειδών μειώνουν τη συχνότητα των ΑΜΑΣ, ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ότι κάποιο συγκεκριμένο είδος ψυχοθεραπείας υπερέχει σαφώς έναντι των άλλων. Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές έχουν αποκαλύψει μικρές έως μέτριες επιδράσεις από τη διαλεκτική-συμπεριφορική θεραπεία και τη θεραπεία με βάση την εν-νόηση σε έφηβους ασθενείς. Κανένα ψυχοδραστικό φάρμακο δεν έχει βρεθεί ακόμη να διαθέτει ειδική αποτελεσματικότητα κατά των ΑΜΑΣ στους εφήβους (Plener et al., 2018). Σύμφωνα με την τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή των McCauley et al. (2018), υποστηρίζεται η αποτελεσματικότητα της Διαλεκτικής-Συμπεριφορικής θεραπείας (ΔΣΘ) για τη μείωση της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς και των αποπειρών αυτοκτονίας σε εφήβους με έντονες ΑΜΑΣ.

Οι ΑΜΑΣ είναι ένα συχνό φαινόμενο μεταξύ εφήβων και ενηλίκων, που συνδέεται με σημαντική βλάβη (Cirigliano et al., 2017). Συνοδεύει διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται αναλόγως υπόψη κατά τη θεραπεία (Plener et al., 2018). Η ΔΣΘ για εφήβους οδηγεί σε σημαντικά πιο ευνοϊκά αποτελέσματα σε σχέση με τη μείωση της συχνότητας ΑΜΑΣ, τόσο σε βραχυπρόθεσμη όσο και σε μακροπρόθεσμη προοπτική (Mehlum et al., 2016).

Κεφάλαιο 2

2.1.Εκφοβισμός

Σύμφωνα με τον Volk et al., (2014) ο εκφοβισμός ορίζεται ως μια «επιθετική, κατευθυνόμενη συμπεριφορά που βλάπτει το άλλο άτομο στο πλαίσιο μίας ανισότητας εξουσίας». Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Olweus (2013) ορίζονται τρία κριτήρια: η πρόθεση, η επαναληψιμότητα και η ανισότητα εξουσίας. Ο διαδικτυακός ή ηλεκτρονικός εκφοβισμός ορίζεται ευρέως ως «ο εκφοβισμός που εκτελείται μέσω ηλεκτρονικών μέσων όπως τα κινητά/κινητά τηλέφωνα ή το Διαδίκτυο» (Olweus, 2012). Ο ορισμός για τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό τονίζει τις βασικές διαφορές του εκφοβισμού από άλλες απλές εκφράσεις επιθετικότητας μεταξύ των συνομηλίκων, όπως ο τσακωμός, όπου η ανισορροπία δύναμης δεν σχετίζεται, καθώς και από παιχνίδια που στηρίζονται σε φιλικά κίνητρα και είναι ένα μέρος συνηθισμένων βημάτων κοινωνικοποίησης μεταξύ των εφήβων (Tsitsika et al., 2014). Ο σχολικός εκφοβισμός περιγράφει ομοίως μια κατάσταση επιτηδευμένης και επαναλαμβανόμενης σωματικής ή/και λεκτικής επίθεσης, η οποία προέρχεται από την ανάγκη για επιβολή και στοχεύει στην πρόκληση σωματικού πόνου, φόβου και ψυχολογικής δυσφορίας (Τσιάντης, 2008). Η έρευνα που εξετάζει τα ζητήματα που σχετίζονται με τους θύτες και τα θύματα εκφοβισμού έχει παρουσιάσει αυξημένο ενδιαφέρον τα τελευταία περίπου 15 χρόνια. Ταυτόχρονα, παρατηρείται αύξηση της προσοχής που δίνεται στο θέμα από τα μέσα ενημέρωσης, τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και τις αρμόδιες αρχές (Olweus, 2013).

Υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να εκφράζεται η εκφοβιστική συμπεριφορά (Κολαΐτης και συν., 2020). Ο Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός και Πολιτιστικός Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών πρότεινε τη διάκριση τεσσάρων κύριων τύπων εκφοβισμού: (1) σωματικό, (2) ψυχολογικό, (3) σεξουαλικό και (4) διαδικτυακό εκφοβισμό. Ο σωματικός εκφοβισμός αποτελείται από επίμονες επιθέσεις, όπως απειλές, κλωτσιές,

χτυπήματα, πληγές, σπρωξίματα, σπρώξιμο ή κλείδωμα σε εσωτερικούς χώρους, κλοπή, λήψη ή καταστροφή προσωπικών αντικειμένων άλλων και εξαναγκασμός τους να κάνουν πράγματα. Ο ψυχολογικός εκφοβισμός αναφέρεται στη λεκτική και συναισθηματική κακοποίηση, όπως ο σκόπιμος αποκλεισμός ή η αδιαφορία κάποιου, η προσβολή, το πείραγμα ή η διάδοση ψεμάτων και φημών. Ο σεξουαλικός εκφοβισμός περιλαμβάνει σεξουαλικά αστεία, σχόλια ή χειρονομίες για να πειράξουν και να ταπεινώσουν κάποιον. Ο διαδικτυακός εκφοβισμός συνίσταται στην αποστολή μηνυμάτων και στη μεταχείριση άλλων με προσβλητικό ή σκληρό τρόπο μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (δηλαδή, γραπτών μηνυμάτων, κλήσεων, βίντεο κλιπ) ή μέσω διαδικτύου (δηλ. email, άμεσων μηνυμάτων, κοινωνικής δικτύωσης, αίθουσες συνομιλίας). Παρά τον αυξανόμενο επιπολασμό του, ο διαδικτυακός εκφοβισμός εξακολουθεί να είναι λιγότερο συχνός από τις παραδοσιακές μορφές εκφοβισμού, με ποσοστά 34.4% για τον παραδοσιακό εκφοβισμό και 14% για τον ηλεκτρονικό (Feijóo et al., 2021).

Παράλληλα με την αύξηση των μεταναστευτικών ροών, εντοπίζονται πολλά χαρακτηριστικά διαφοροποίησης λόγω εθνοτικής ταυτότητας και η πολυπολιτισμικότητα αποτελεί χαρακτηριστικό της εποχής. Το γεγονός αυτό αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση εκφοβιστικών συμπεριφορών σύμφωνα με τους Κολαΐτη και συν. (2020). Επίσης, η έρευνα των Espelage et al. (2017) σε 310 μαθητές Γυμνασίου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έδειξε υψηλότερα ποσοστά εμπειριών μη-σωματικού εκφοβισμού σε ρόλο θύτη για τους μη-λευκούς μαθητές. Οι μη-λευκοί νέοι μπορεί να είναι πιο πιθανό από τους λευκούς νέους να κατοικούν σε μια μη-προνομιούχα κοινότητα όπου η έκθεση στη βία είναι συχνή και οι πεποιθήσεις ενισχύουν την επιθετική συμπεριφορά. Λόγω των κοινωνικών μειονεκτημάτων, μαζί με τη συχνή έκθεση στη βία, τα παιδιά εθνοτικών μειονοτήτων μπορεί να εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης σε καταστάσεις εκφοβισμού και να έχουν

πιο θετική στάση απέναντι στην επιθετική συμπεριφορά από τα λευκά παιδιά (Espelage et al., 2017).

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων μαθητών στον εκφοβισμό, σύμφωνα με τον Κολαΐτη (2020) οι συμμετέχοντες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής: Θύτης, Θύμα, Θύτης-Θύμα και Παρατηρητής.

- Οι θύτες του εκφοβισμού συνήθως χαρακτηρίζονται από χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες και ανεπαρκή αυτοεκτίμηση, ενώ εμφανίζουν δυσκολία στην αντιμετώπιση των κοινωνικών καταστάσεων. Επιπλέον, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν διαταραχές, όπως η διαταραχή έλλειψης προσοχής και υπερκινητικότητας, η εναντιωματική/προκλητική διαταραχή, καθώς και προβλήματα κατάθλιψης. Στο πλαίσιο της οικογένειας, οι προβληματικές σχέσεις με τους γονείς, η έλλειψη γονικής εμπλοκής και η ύπαρξη σωματικής τιμωρίας μπορούν να ενισχύσουν την τάση προς τον εκφοβισμό. Επιπλέον, οι θύτες είναι συχνότερα αγόρια, παρουσιάζοντας έτσι μια διαφοροποίηση ανάμεσα στα φύλα ως προς τη συμμετοχή τους σε εκφοβιστικές συμπεριφορές. Επομένως, η κατανόηση των παραπάνω παραγόντων αποτελεί σημαντικό βήμα για την ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης και πρόληψης του εκφοβισμού στο σχολικό περιβάλλον.
- Τα παιδιά που γίνονται θύματα εκφοβισμού εμφανίζουν συνήθως χαρακτηριστικά όπως ντροπαλότητα και υποτακτικότητα, καθώς και παθητική συμπεριφορά, και μπορεί να έχουν βιώσει απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων τους. Συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία και στην ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων, και ενδέχεται να παρουσιάζουν προβλήματα στην εσωτερική ή εξωτερική των συναισθημάτων τους.

Λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της αρνητικής εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους, γίνονται εύκολος στόχος για την επιθετική συμπεριφορά των συμμαθητών τους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η θυματοποίηση μπορεί να συμβαίνει σε διάφορα περιβάλλοντα, όχι μόνο στο σχολικό, και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ψυχοκοινωνική ευεξία των παιδιών. Αντίθετα, η ύπαρξη ενός δικτύου φίλων που παρέχουν στήριξη μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά και να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της θυματοποίησης

- Υπάρχει μια τρίτη, μικρότερη ομάδα παιδιών που περιγράφονται ως θύτες-θύματα εκφοβισμού. Αυτά τα παιδιά συχνά είναι αντικείμενα εκφοβισμού από ορισμένους, ενώ ταυτόχρονα εκδηλώνουν εκφοβιστική συμπεριφορά απέναντι σε άλλους. Τα χαρακτηριστικά αυτών των παιδιών περιλαμβάνουν παρορμητικότητα, δυσκολία στην προσοχή και συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης. Συνήθως, παρουσιάζουν παθολόνα χαρακτηριστικά στο οικογενειακό τους περιβάλλον και διαθέτουν ανεπαρκείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων. Επιπλέον, είναι συνήθως λιγότερο δημοφιλή στο σχολικό περιβάλλον σε σύγκριση με τα θύματα του εκφοβισμού.
- Οι παρατηρητές είναι εκείνοι οι οποίοι παρακολουθούν τη συμπεριφορά εκφοβισμού αλλά δεν παρεμβαίνουν, είτε επιλέγοντας να μην εμπλακούν είτε αδιαφορώντας για τη σοβαρότητα της κατάστασης. Η σιωπηρή αντίδρασή τους μπορεί να ενθαρρύνει τον εκφοβιστή, καθώς νιώθει ότι η συμπεριφορά του δεν έχει συνέπειες. Ακόμη και αν δεν υποστηρίζουν ενεργά τον εκφοβισμό, η παρουσία τους συμβάλλει στην αίσθηση του θύτη ότι η συμπεριφορά του είναι αποδεκτή από το γενικότερο περιβάλλον. Κατά

συνέπεια, οι παρατηρητές επηρεάζουν το περιβάλλον του εκφοβισμού, επιδρώντας στην ένταση και τη διάρκεια των περιστατικών. Η απροθυμία ή η απροσήλωτη στάση των παρατηρητών μπορεί να αποτελέσει συνενοχή στον εκφοβισμό και να ενισχύσει την αίσθηση ανομίας και αδικίας στο θύμα. (Κολαΐτης και συν., 2020).

Σε μεγάλη έρευνα σε μαθητές στην Αμερική (δείγμα 440.000 μαθητές), τα αποτελέσματα για έκθεση σε άμεσο λεκτικό εκφοβισμό και διαδικτυακό εκφοβισμό, αντίστοιχα, για τέσσερα συνεχόμενα έτη μεταξύ 2007 και 2010 έδειξαν μέσο διαχρονικό επιπολασμό του λεκτικού εκφοβισμού να είναι 17,6% και το αντίστοιχο ποσοστό για τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό να είναι 4,5%. Ευρωπαϊκά δεδομένα από την Νορβηγία με στοιχεία από 41 σχολεία σε μια περίοδο από το 2006 έως το 2010 παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα αλλά σε κάπως χαμηλότερα επίπεδα επιπολασμού (Olweus, 2012). Στην συστηματική ανασκόπηση των Selkie et al. (2016), με δεδομένα από 58 μελέτες που αφορούσαν εφήβους 10-19 ετών, προέκυψε ότι ο επιπολασμός για τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό κυμαινόταν ως εξής: για θύτες 1%-41%, για θύματα 3%-72%, και για θύτες-θύματα 2,3%-16,7%.

Σε μετα-ανάλυση του Kennedy (2021) 91 ερευνών για τον εκφοβισμό στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι ο διαπροσωπικός εκφοβισμός εμφανίστηκε σε ποσοστό 10% το 2017, ενώ οι εμπειρίες θυματοποίησης λεκτικού εκφοβισμού ανερχόταν σε 9% και 8% για τον σωματικό εκφοβισμό αντίστοιχα (Kennedy, 2021). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με δείγμα 21.688 εφήβους, 13 με 15 ετών, σε 13 χώρες σε Ευρώπη και Ασία (Κίνα, Φινλανδία, Ελλάδα, Ινδία, Ινδονησία, Ιράν, Ισραήλ, Ιαπωνία, Λιθουανία, Νορβηγία, Ρωσία, Σιγκαπούρη και Βιετνάμ), διερευνήθηκαν οι εμπειρίες θυματοποίησης παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το 11,5% του δείγματος δήλωσε πως έχει βιώσει εμπειρίες

παραδοσιακού εκφοβισμού ως θύμα, το 2,7% είχε βιώσει θυματοποίηση μέσω ηλεκτρονικού εκφοβισμού και το 2,0% δήλωσε πως έχει βιώσει θυματοποίηση και από παραδοσιακό και από ηλεκτρονικό εκφοβισμό (Chudal et al., 2022).

Σε μελέτη των Resett & Gamez-Guadix (2017), σε πληθυσμό 898 μαθητών όρισε ηλικιακό εύρος/μέση ηλικίας στην Αργεντινή, σκοπός ήταν η παροχή δεδομένων σχετικά με την σχέση συναισθηματικών προβλημάτων και χαρακτηριστικών προσωπικότητας του παραδοσιακού εκφοβισμού και του διαδικτυακού εκφοβισμού. Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων (82%) δεν συμμετείχε σε συμπεριφορές εκφοβισμού. Το 6% ήταν παραδοσιακοί θύτες, το 8% διαδικτυακοί θύτες και 4% εμπλέκοταν και στις δύο μορφές. Βρέθηκαν διαφορές στα συναισθηματικά προβλήματα μεταξύ των θυτών παραδοσιακού εκφοβισμού ή των διαδικτυακών εκφοβιστών, οι διαδικτυακοί εκφοβιστές παρουσίαζαν χαμηλότερη κατάθλιψη και άγχος από τους θύτες παραδοσιακού εκφοβισμού.

Η μετα-ανάλυση των Gini & Pozzoli (2009) έδειξε ότι τα παιδιά που γίνονται στόχος επιθετικότητας από συνομηλίκους (θύματα και θύτες-θύματα) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ψυχοσωματικά προβλήματα (όπως πονοκέφαλος, οσφυαλγία, κοιλιακό άλγος αλλά και προβλήματα ύπνου, μείωση όρεξης και νυχτερινή ενούρηση) σε σύγκριση με μη εμπλεκόμενους με εκφοβισμό συνομηλίκους. Επιπλέον, τα αποτελέσματά των Fekkes et al., (2006) έδειξαν ότι τα παιδιά που υπέστησαν εκφοβισμό στην αρχή της σχολικής χρονιάς είχαν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ψυχοσωματικά προβλήματα αργότερα κατά την ίδια σχολική χρονιά σε σύγκριση με τα μη θύματα.

Στην έρευνα των Feijoo et al. (2021) σε 3.174 εφήβους ηλικίας 12-17 ετών στην Ισπανία, τα κύρια αποτελέσματα δεν διαπίστωσαν διαφορές στα ποσοστά διαδικτυακού εκφοβισμού ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια. Στην περίπτωση του παραδοσιακού

εκφοβισμού, υπήρχαν περισσότεροι θύτες-θύματα μεταξύ των αγοριών, αλλά δεν βρέθηκαν διαφορές στις εμπειρίες ως θύματα ή ως θύτες (Feijóo et al., 2021).

Σύμφωνα με την Titsika et al., (2014) φαίνεται ότι τα αγόρια είναι πιο πιθανό να γίνουν θύτες ή/και θύματα σε σωματικές, λεκτικές και γενικά αμεσότερες μορφές εκφοβισμού, ενώ τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να εμπλέκονται σε έμμεσες μορφές εκφοβισμού (Titsika et al., 2014). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα από τους Floros et al., (2013) σε πληθυσμό των εφήβων 12-19 ετών το 2010, εντοπίστηκε ότι τα κορίτσια ήταν πολύ πιο πιθανό να έχουν υποστεί διαδικτυακό εκφοβισμό από τα αγόρια. Συνολικά, 341 κορίτσια υπέστησαν διαδικτυακό εκφοβισμό (35,9% όλων των κοριτσιών) έναντι 212 αγοριών (21,1% όλων των αγοριών). Το αντίθετο ίσχυε για τη διάπραξη διαδικτυακού εκφοβισμού, 206 αγόρια (20,4%) έναντι 80 κοριτσιών (8,4%).

Όπως ορίζονται από τους Titsika et al. (2014), στον παρακάτω πίνακα υπάρχουν προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου σε διάφορα επίπεδα:

Πίνακας Α

	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Ατομικό επίπεδο	Χαμηλή αυτοεκτίμηση Φυσική αναπηρία Πτωχές κοινωνικές δεξιότητες Πρώιμη επιθετικότητα	Υψηλή αυτοεκτίμηση Αναπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες
Οικογενειακό επίπεδο	Αυταρχικότητα Έλλειψη γονικής επίβλεψης Περιστατικά ενδο- οικογενειακής βίας	Ποιοτική επικοινωνία με τους γονείς Γονική εμπλοκή στην σχολική ζωή του παιδιού
Επίπεδο σχολείου	Υπερπλήρη σχολεία Κλίμα εντάσεων στο σχολικό περιβάλλον	Προσανατολισμένα στην μάθηση σχολεία Θετικά πρότυπα συμμαθητών

	Συμμαθητές με ανοχή στην βία	
Επίπεδο γειτονιάς	Ζητήματα ασφάλειας	Προώθηση αθλητισμού και δραστηριοτήτων

Οι Ttofi & Farrington (2009, 2011) έχουν πραγματοποιήσει δύο μετα-αναλύσεις εξετάζοντας την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων ενάντια στον εκφοβισμό παγκοσμίως. Συμπερασματικά, οι συγγραφείς κατέληξαν ότι γενικώς τα προγράμματα κατά του εκφοβισμού είναι αποτελεσματικά στη μείωση του εκφοβισμού και της θυματοποίησης κατά 20% έως 23% στα σχολεία παρέμβασης σε σύγκριση με τα σχολεία στην ομάδα ελέγχου. Αποτελεσματικότερα φάνηκαν τα πιο εντατικά προγράμματα, αλλά και τα προγράμματα που περιλάμβαναν συναντήσεις με τους γονείς, αυστηρές μεθόδους πειθαρχίας και ενισχυμένη επίβλεψη στην παιδική χαρά.

Κεφάλαιο 3

3.1 Εφηβική ανάπτυξη και ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων

Πολλές ψυχικές ασθένειες εμφανίζονται για πρώτη φορά πριν από την ηλικία των 24 ετών και επιμένουν σε όλη την ενήλικη ζωή, δημιουργώντας μακροχρόνια νοσηρότητα και σημαντική επιβάρυνση στην κοινωνία (Blakemore, 2019).

Η εφηβεία είναι ένα μοναδικό στάδιο ανάπτυξης (Blakemore, 2019). Χαρακτηρίζεται από αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, ιδιαίτερα σε περιοχές του φλοιού που εμπλέκονται στις ανώτερες γνωστικές διεργασίες, όπως η μνήμη, για την οποία η ικανότητα μπορεί να είναι αυξημένη στην εφηβεία (Fuhrmann et al., 2015). Σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπηση του Meeus (2016) παρατηρήθηκαν οκτώ μοτίβα εφηβικής

ανάπτυξης σε όλες τις χώρες: (1) ωρίμανση των εφήβων σε πολλαπλούς αναπτυξιακούς τομείς, (2) ετερογενής συνέχεια των προσωπικών σχέσεων, (3) το «καλό» πάει μαζί με το «καλό» και το «κακό» με το «κακό», διαχρονικά, στην εφηβεία, (4) οι γονείς μεταδίδουν αξίες και συμπεριφορές στα έφηβα παιδιά τους με την πάροδο του χρόνου, (5) η ψυχοπαθολογία των εφήβων οδηγεί σε διάβρωση των προσωπικών σχέσεων με τους γονείς και τους συνομηλίκους, (6) η εφηβική ψυχοπαθολογία εμποδίζει την ανεξαρτησία των εφήβων από τους γονείς, (7) η παρέμβαση των γονέων σε προσωπικά ζητήματα των εφήβων έχει αντιπαραγωγικά αποτελέσματα με την πάροδο του χρόνου, και (8) η μεταβλητότητα της διάθεσης και η (κοινωνική και προσωπική) αβεβαιότητα είναι μηχανισμοί που διατηρούν την ψυχοπαθολογία στην εφηβεία.

Πριν από την εφηβεία η κατάθλιψη εμφανίζεται περίπου στα ίδια ποσοστά στα κορίτσια και στα αγόρια, ενώ μετά την εφηβεία παρατηρείται απότομη αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης, με τα έφηβα κορίτσια να έχουν περίπου διπλάσιες πιθανότητες να την εμφανίσουν, σε σχέση με τα αγόρια (Blakemore, 2019). Παράλληλα, η έναρξη της ήβης νωρίτερα από τους συνομηλίκους, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους, ιδίως στα κορίτσια (Blakemore, 2019). Όμως, τα αγόρια στην εφηβεία, είναι πιο πιθανό από τα κορίτσια να αναπτύξουν διαταραχές χρήσης ουσιών και να πεθάνουν από αυτοκτονία (Blakemore, 2019). Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της αυτοεκτίμησης στη διαδικασία της εφηβείας, συσχετίζεται τόσο με την ακαδημαϊκή επίδοση όσο και με την ψυχική υγεία (Minev et al., 2018). Η αυτοεκτίμηση θα επηρεάσει τις ακαδημαϊκές επιδόσεις του εφήβου στο σχολείο. Θα συμβάλει στο πόσο ικανό θα είναι, θα επηρεάσει επίσης το πόσο αυτό το παιδί θα γίνει αποδεκτό από τους άλλους και ποια αποδοχή θα επιδείξει το ίδιο σε άλλους (Minev et al., 2018). Επιπλέον μια διαχρονική μελέτη κοορτής, με συμμετέχοντες 1037 παιδιά στην Νέα Ζηλανδία, με παρακολούθηση στις ηλικίες 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 και πιο πρόσφατα 26 ετών, έδειξε ότι το 73,9% των ενηλίκων με

ψυχική διαταραχή έλαβαν διάγνωση πριν από την ηλικία των 18 ετών και το 50,0% πριν από την ηλικία των 15 ετών (Kim-Cohen et al., 2003).

Υπάρχουν, επίσης, ενδείξεις ότι ο εκφοβισμός στην παιδική ηλικία (7-11 ετών) έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία κατά την ενηλικίωση (Takizawa et al., 2014). Δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, όπως κακοποίηση, παραμέληση ή η εμπλοκή σε εμπειρίες εκφοβισμού στο σχολικό περιβάλλον (ως θύμα εκφοβισμού) συνδέονται με μεταγενέστερη εκδήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Blakemore, 2019).

Η εφηβεία είναι μια περίοδος αυξημένης εμπλοκής σε επικίνδυνες συμπεριφορές για την υγεία (Eaton et al., 2012). Σύμφωνα με τους Κολαΐτη και συν. (2020) οι διαταραχές διαγωγής (7,3% αγόρια, 3,9% κορίτσια) είναι συχνότερες σε μονογονεϊκές οικογένειες, φτωχότερες περιοχές, σπιτικά με ανεργία, και προδιαθέτουν για μαθησιακή αποτυχία, χρήση ουσιών, αυτοκτονία και εγκληματικότητα. Η αύξηση του διαπροσωπικού στρες, συνδυαστικά με την άνοδο στις συναισθηματικές αντιδράσεις και την μείωση στην ρύθμιση των συναισθημάτων, μπορεί να κάνει τους εφήβους περισσότερο ευάλωτους να αναπτύξουν αρκετές συνήθειες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως γενικευμένο άγχος, διατροφικές διαταραχές, κατάθλιψη και κοινωνικό άγχος (Rapee et al., 2019).

Ένας διαχωρισμός για τους παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά θα μπορούσε να γίνει στις εξής κατηγορίες: χαρακτηριστικά του παιδιού και των γονέων/της οικογένειας. Τα χαρακτηριστικά του παιδιού περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, τη σωματική υγεία, τη γνωστική και ψυχολογική λειτουργία, την προγεννητική και περιγεννητική έκθεση σε ασθένειες, σωματική καταπόνηση, αλκοόλ, φάρμακα, διατροφή, λοιμώξεις και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και το ιστορικό έκθεσης στο περιβάλλον κατά τη διάρκεια της ζωής σε τοξίνες, άγχος, λοιμώξεις, κοινωνικό περιβάλλον και στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Fergusson & Horwood, 2001, Earls, 1982) ενώ τα χαρακτηριστικά της οικογένειας/των γονέων,

συμπεριλαμβανομένων της εκπαίδευσης των γονέων, της ηλικίας, της κοινωνικής τάξης, της απασχόλησης, του ψυχιατρικού και ιατρικού ιστορικού και της οικογενειακής λειτουργίας, της δομής και της γειτονιάς και των ευρύτερων επιδράσεων του περιβάλλοντος στην υγεία των παιδιών και των οικογενειών τους. Επίσης, ένας από τους πιο σταθερούς και ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών στα παιδιά είναι το ιστορικό ψυχικών διαταραχών στους γονείς (Merikangas et al., 2009) . Στην μετα-ανάλυση των Deng et al. (2023) με βάση 191 συμπεριλαμβανόμενες μελέτες με 1.389.447 παιδιά και εφήβους, διαπιστώθηκε ότι ο συγκεντρωτικός επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, των συμπτωμάτων άγχους και των διαταραχών του ύπνου ήταν 31%, 31% και 42% αντίστοιχα. Τα ευρήματα της μετα-ανάλυσης δείχνουν ότι η πανδημία οδήγησε σε υψηλό επιπολασμό των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας στα παιδιά και τους εφήβους. Στον εφηβικό πληθυσμό, τα κορίτσια και οι μεγαλύτεροι έφηβοι ήταν πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (Deng et al., 2023).

Κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι έφηβοι παγκοσμίως ανακούφισαν τις αρνητικές εμπειρίες της κοινωνικής απομάκρυνσης περνώντας περισσότερο χρόνο σε ψηφιακές συσκευές (Marciano et al., 2022). Οι Oberle et al. (2020) πραγματοποίησαν μία μελέτη σε 28.712 μαθητές με μέση ηλικία 12.25 έτη ανάμεσα στο 2014-2018. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι προστατευτικά φάνηκε λειτουργούν οι εξωσχολικές δραστηριότητες, καθώς συνδέθηκαν με καλύτερη ψυχική υγεία σε αγόρια και κορίτσια, ενώ δύο ή περισσότερες ώρες παραμονής στην οθόνη μετά το σχολείο συνδέθηκαν με χειρότερη ψυχική υγεία, ιδίως για τα κορίτσια. Αντίθετα, η ψυχική υγεία ήταν καλύτερη όταν οι νέοι συμμετείχαν σε εξωσχολικά προγράμματα και περνούσαν λιγότερο χρόνο στην οθόνη. Η μελέτη των Shoshani & Kor (2022), σε 1,537 Ισραηλινούς μαθητές με μέση ηλικία 13,97 έτη (52% κορίτσια) πριν και μετά τον εγκλεισμό λόγω της πανδημίας COVID-19, καταδεικνύει ότι η υποστήριξη από τους συνομηλίκους και την οικογένεια και η κανονικότητα των

καθημερινών ρουτινών κατά την περίοδο εγκλεισμού μετρίασαν τις επιπτώσεις της πανδημίας στις μεταβολές στην ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων.

Συνοψίζοντας είναι γεγονός ότι τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι (Harikrishnan & Sailo, 2021). Ως εκ τούτου, τα σταθμισμένα εργαλεία που είναι βοηθητικά στον εντοπισμό παιδιών που κινδυνεύουν να εμφανίσουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι εξαιρετικά σημαντικά (Giannakopoulos et al., 2009). Πολλά προβλήματα των εφήβων εκδηλώνονται με τη μορφή συναισθηματικών προβλημάτων, προβλημάτων συμπεριφοράς, υπερκινητικότητας και προβλημάτων που σχετίζονται με τους συνομηλίκους (Harikrishnan & Sailo, 2021).

Κεφάλαιο 4

4.1 Σχέση αυτοτραυματικών μη-αυτοκτονικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών και εμπειριών εκφοβισμού στους εφήβους

Οι επιπτώσεις του εκφοβισμού στην ψυχική υγεία των εφήβων είναι μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία (Islam et al., 2020). Έρευνες έχουν δείξει ότι το να είναι κανείς θύμα εκφοβισμού (1) δεν αποτελεί τυχαίο γεγονός και είναι δυνατόν να προβλεφθεί από χαρακτηριστικά του ατόμου και παράγοντες της οικογένειας, (2) μπορεί εμφανίζει σταθερότητα σε κάθε ηλικία, (3) έχει σχέση με σημαντικά συμπτώματα προβλημάτων στην ψυχική υγεία, όπως αυτοτραυματισμοί, βίαιη συμπεριφορά και ψυχωσικά συμπτώματα, (4) έχει συνέπειες μακροπρόθεσμα, οι οποίες μπορεί να επιμείνουν ως την μετέπειτα εφηβεία και (5) λειτουργεί επιβαρυντικά στα προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών (Arseneault et al., 2010). Όπως αναφέρεται από τους Khaki et al. (2022) υπάρχουν στοιχεία πολλών ετών που

αποδεικνύουν ότι η θυματοποίηση από εκφοβισμό συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά αυτοτραυματισμού και αυτοκτονιών (Khaki et al., 2022).

Οι Kim and Chun (2020) πραγματοποίησαν μία μελέτη ώστε να εξετάσουν την σχέση μεταξύ της θυματοποίησης του εκφοβισμού, σε ατομικό και σχολικό επίπεδο, και της πρόθεσης και σχεδιασμού αυτοκτονίας μεταξύ των νέων που ζουν σε λιγότερο ανεπτυγμένα μέρη του κόσμου. Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν από την Παγκόσμια Έρευνα για την Υγεία των Μαθητών στα Σχολεία (GSHS), ένα πολυετές πρόγραμμα που ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας σε συνεργασία με το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά, τον Εκπαιδευτικό, Επιστημονικό και Πολιτιστικό Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών και το Κοινό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών για τον HIV και το AIDS, απευθύνονταν σε μαθητές ηλικίας 13-17 ετών στην Αφρική, την Αμερική, τη Νοτιοανατολική Ασία, Ευρώπη, Ανατολική Μεσόγειο και Δυτικό Ειρηνικό. Συνοπτικά, η εν λόγω μελέτη διαπίστωσε ότι το υψηλό επίπεδο εκφοβισμού στα σχολεία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο οι μαθητές να έχουν αυτοκτονικές σκέψεις και να κάνουν σχέδια αυτοκτονίας. Ο αντίκτυπος του εκφοβισμού ποικίλλει ανάλογα με το συνολικό ποσοστό εκφοβισμού του σχολείου. Σε σχολεία με λιγότερο εκφοβισμό, οι εκφοβισμένοι μαθητές είναι πιο πιθανό να σκέφτονται την αυτοκτονία λόγω των υψηλότερων ακαδημαϊκών πιέσεων. (Kim & Chun, 2020). Η μελέτη συνιστά την εφαρμογή σχολικών παρεμβάσεων και νομικής προστασίας για τη μείωση του εκφοβισμού και την πρόληψη της αυτοκτονίας των νέων. Ωστόσο, η υποστήριξη αυτή συχνά απουσιάζει σε χώρες με φτωχούς πόρους. Εξειδικευμένα προγράμματα κατά του εκφοβισμού, όπως το KiVa, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της αυτοεκτίμησης των μαθητών (Kim & Chun, 2020). Το πλαίσιο παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο ο εκφοβισμός επηρεάζει την αυτοκτονική συμπεριφορά και η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να το διερευνήσει περαιτέρω (Kim & Chun, 2020).

Στην έρευνα των Fisher et al., (2012) στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεδομένα αυτοτραυματισμού ήταν διαθέσιμα για 2141 παιδιά, ηλικίας 5, 7, 10 και 12 ετών. Μεταξύ των παιδιών ηλικίας 12 ετών που αυτοτραυματίστηκαν (2,9%), περισσότερα από τα μισά ήταν θύματα συχνού εκφοβισμού (56%). Σε έρευνα στις ΗΠΑ, ανάμεσα σε 2000 μαθητές, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού σχετίζονται με αύξηση του αυτοκτονικού ιδεασμού (Hinduja & Patchin, 2010).

Σε μελέτη στην οποία συμμετείχαν 2166 μαθητές γυμνασίου της Αυστραλίας (1131 αγόρια και 1035 κορίτσια) ηλικίας 12-17 ετών, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις της θυματοποίησης από εκφοβισμό (παραδοσιακός, διαδικτυακός και τα δύο) με ψυχικές διαταραχές, αυτοκτονικότητα (ιδεασμός, σχέδιο και απόπειρα) και αυτοτραυματισμό. Τα θύματα παραδοσιακού εκφοβισμού και διαδικτυακού εκφοβισμού αντιμετώπισαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, αυτοκτονικότητας και αυτοτραυματισμού σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν αντιμετωπίσει τέτοιες απειλές (Islam et al., 2020). Από την διαχρονική μελέτη των Bannink et al., (2014), σε νέους ως 19 ετών στην Ολλανδία, φάνηκε ότι η θυματοποίηση από παραδοσιακό εκφοβισμό συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού, ενώ η θυματοποίηση από παραδοσιακό και ηλεκτρονικό εκφοβισμό, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των κοριτσιών.

Στην μετα-ανάλυση των Khaki et al. (2022) αναφορικά με εφήβους 10-19 ετών, βρέθηκε ότι η πλειονότητα των 15 ρυθμιστικών παραγόντων του αυτοτραυματισμού ήταν κοινωνικές μεταβλητές, παρέχοντας κάποιες ενδείξεις ότι η κοινωνική υποστήριξη και η σύνδεση από τους συνομηλίκους μπορούν να μετριάσουν τη συσχέτιση μεταξύ θυματοποίησης και αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας.

Οι Gunn and Goldstein (2017) πραγματοποίησαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, από την οποία υποστηρίζεται ότι ένας αριθμός αναπτυξιακών παραγόντων κάνει τους εφήβους ιδιαίτερα ευάλωτους στην αυτοκτονική συμπεριφορά μετά από έκθεση σε εκφοβισμό. Η ανασκόπηση υπογραμμίζει τη σημασία των αναπτυξιακών παραγόντων για την κατανόηση της σχέσης εκφοβισμού-αυτοκτονίας κατά την εφηβεία. Η εφηβεία, με την αύξηση της συναισθηματικότητας, την ριψοκίνδυνη συμπεριφορά και την αυξημένη εστίαση στις σχέσεις με τους συνομηλίκους, είναι μια περίοδος κινδύνου για την ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς μετά από έκθεση σε εκφοβισμό (Gunn and Goldstein, 2017).

Οι Hatzenbuehler et al. (2014) εστιάζοντας στις σεξουαλικές μειονότητες που εκτίθενται στον εκφοβισμό διαπίστωσαν ότι το σχολικό κλίμα που προστατεύει μαθητές μειονοτήτων (π.χ. είχαν ασφαλείς χώρους ή Gay-Straight Alliances) είχαν χαμηλότερες περιπτώσεις αυτοκτονικών σκέψεων μεταξύ των μαθητών σεξουαλικής μειονότητας, ενώ τα σχολεία που δεν είχαν προστατευτικό περιβάλλον για μαθητές σεξουαλικής μειονότητας είχαν αυξημένες αναφορές αυτοκτονικών σκέψεων μεταξύ των σεξουαλικών μειονοτήτων.

Η έρευνα των Hinduja et al. (2018) διεξήχθη σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νεαρών στις ΗΠΑ μεταξύ 12 και 17 ετών. Οι μαθητές που βίωσαν σχολικό ή διαδικτυακό εκφοβισμό είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν σκέψεις αυτοκτονίας. Οι μαθητές που ανέφεραν ότι υπέστησαν εκφοβισμό στο σχολείο και στο διαδίκτυο ήταν ακόμη πιο πιθανό να αναφέρουν όχι μόνο σκέψεις αυτοκτονίας, αλλά και απόπειρες. Εκείνοι που υπέστησαν εκφοβισμό ή διαδικτυακό εκφοβισμό με τρόπο που τους επηρέασε στο σχολείο διέτρεχαν επίσης υψηλότερο κίνδυνο για σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

Αναφορικά με τις ΑΜΑΣ, οι Esposito et al. (2019) πραγματοποίησαν μια μελέτη με στόχο να εξεταστούν οι συσχετίσεις του σχολικού εκφοβισμού και της απόρριψης συνομηλίκων με τον μη αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό, καθώς και τον διαδραστικό τους

ρόλο σε ένα δείγμα μη κλινικού πληθυσμού εφήβων. Εξακόσιοι σαράντα έφηβοι (253 αγόρια, Μέση ηλικία=15,60). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εμπλοκή σε εκφοβισμό (ως θύτες, θύματα ή θύτες-θύματα εκφοβισμού) αυξάνει την πιθανότητα εμπλοκής σε ΑΜΑΣ. Η απόρριψη από τους συνομηλικούς ενισχύει την πιθανότητα, για τα θύματα και τους θύτες-θύματα εκφοβισμού, να εμφανίσουν ΑΜΑΣ τουλάχιστον μία φορά (Esposito et al., 2019). Ακόμη, στην μελέτη των Vergara et al. (2019) στις ΗΠΑ, σε εφήβους 13-18 ετών που ήδη εμφάνιζαν ΑΜΑΣ, βρέθηκε ότι η ομάδα εφήβων με, συνυπάρχων με τις ΑΜΑΣ, αυτοκτονικό ιδεασμό και προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, δήλωσαν υψηλότερα ποσοστά εμπειριών εκφοβισμού (ως θύματα και θύτες), σε σύγκριση με την δεύτερη ομάδα που εμφάνιζε ΑΜΑΣ χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό και χωρίς απόπειρες αυτοκτονίας. Επιπλέον στην πρώτη ομάδα, η εμπλοκή σε εμπειρίες εκφοβισμού ως θύτες φάνηκε να σχετίζεται με αυξημένες απόπειρες αυτοκτονίας (Vergara et al., 2019).

Στην έρευνα των Wu et al. (2021) στην Κίνα, συμμετείχαν 812 έφηβοι (43% κορίτσια, με μέση ηλικία 13.,15 ετών). Διερευνήθηκαν δύο πιθανοί διαμεσολαβητές (η αποδοχή από τους συνομηλικούς και τα καταθλιπτικά συμπτώματα) και ένας πιθανός συντονιστής (η ψυχική ανθεκτικότητα) των σχέσεων μεταξύ διαφορετικών εμπειριών εκφοβισμού και ΑΜΑΣ. Η μελέτη ήταν διαχρονική μελέτη σε δύο κύματα, με δεδομένα που εκτείνονται σε 1 έτος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι τρεις τύποι εμπειριών εκφοβισμού μπορούν να σχετίζονται με υψηλότερη πιθανότητα ΑΜΑΣ μέσω δύο έμμεσων οδών: (α) χαμηλότερη αποδοχή από τους συνομηλικούς σε πιο καταθλιπτικά συμπτώματα ή (β) περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτές οι έμμεσες επιδράσεις ήταν πιο αδύναμες για τους εφήβους με υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας. Επιπλέον, όταν οι θύτες-θύματα διακρίθηκαν από τα θύματα και τους θύτες και δοκιμάστηκαν τα μοναδικά αποτελέσματα και για τις τρεις ομάδες, οι άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις ήταν πιο εμφανείς μεταξύ των θυτών-θυμάτων εκφοβισμού. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι ΑΜΑΣ μπορεί να

μειωθούν αποτελεσματικά εάν οι παρεμβάσεις επικεντρωθούν στην προώθηση της αποδοχής από τους συνομηλίκους και στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των εφήβων, ιδιαίτερα για τους θύτες-θύματα εκφοβισμού με χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας (Wu et al., 2021).

Ερευνητικοί στόχοι

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται πως οι αυτοκτονικές και αυτοτραυματικές μη-αυτοκτονικές συμπεριφορές θέτουν σε κίνδυνο την σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων. Παράλληλα, φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στον εκφοβισμό, παραδοσιακό και ηλεκτρονικό, και αυτές τις συμπεριφορές. Στην Ελλάδα η διερεύνηση των ΑΜΑΣ και των αυτοκτονικών συμπεριφορών είναι αρκετά περιορισμένη επομένως υπάρχει ανάγκη παρουσίασης των παραπάνω δεδομένων, με στόχο τον σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων και παρεμβάσεων.

Πρωταρχικός στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι διερευνηθεί η εμφάνιση ΑΜΑΣ και αυτοκτονικών συμπεριφορών σε εφήβους ηλικίας 11 έως 17 ετών. Παράλληλα, δευτερογενείς στόχοι είναι να διερευνηθεί η σχέση με το φαινόμενο του παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού και η σχέση με τα δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά στοιχεία των εφήβων.

Πιο αναλυτικά οι ερευνητικοί στόχοι της έρευνας ορίζονται ως εξής:

- Η διερεύνηση συχνότητας εμφάνισης ΑΜΑΣ, αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας στους μαθητές.
- Η διερεύνηση ποσοστών εμπειριών παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού στους μαθητές.

- Η διερεύνηση της σχέσης ΑΜΑΣ, αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας με τις εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού.
- Η διερεύνηση της σχέσης ΑΜΑΣ, αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας με το φύλο, την ηλικία, την τάξης φοίτησης, την περιοχή κατοικίας, την χώρα καταγωγής, το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, το αν διαμένουν και με τους δύο βιολογικούς τους γονείς, την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια και των συνολικών δυσκολιών SDQ.

Κεφάλαιο 5

5.1 Σχεδιασμός

Για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα τα οποία συλλέχθηκαν στο πλαίσιο της «Διεθνούς Μελέτης Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων» (Global Child and Adolescent Mental Health Study, GCAMHS). Η μελέτη διενεργείται στο πλαίσιο εκπόνησης του δεύτερου μέρους της διακρατικής μελέτης «Ψυχοκοινωνική Ευεξία των Εφήβων σε Χώρες της Ευρώπης και της Ασίας: Μία Διακρατική Διαπολιτισμική Μελέτη». Η εν λόγω συγχρονική, μη παρεμβατικού τύπου μελέτη εντάσσεται στα πλαίσια μιας διεθνούς πρωτοβουλίας ενίσχυσης της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης προβλημάτων ψυχικής υγείας ως απόκριση στις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες που καλούνται να καλύψουν οι δομές ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, πρόκειται για την πρώτη συστηματική αξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής επιβάρυνσης των εφήβων τόσο σε γενικότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας όσο και στο πεδίο της μετατραυματικής επίδρασης της πανδημίας COVID-19. Συντονιστής της έρευνας στην Ελλάδα ήταν ο καθηγητής Παιδοψυχιατρικής και Διευθυντής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων», Γεράσιμος Κολαΐτης. Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2022 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2023.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης ατομικής διπλωματικής εργασίας στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων», στο τμήμα Ιατρικής τους Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

5.2 Συμμετέχοντες

Για την συλλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε μη τυχαία δειγματοληψία. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από μαθητές ηλικίας 11-15 ετών που φοιτούν σε Γυμνάσια των Νομών Αττικής, Θεσσαλονίκης, Κεφαλληνίας, Ηλείας, Καρδίτσας και Κυκλάδων (Τήνος). Ως κριτήρια εισαγωγής ορίστηκαν οι έφηβοι να είναι ηλικίας 11-17 ετών και να διαβάζουν και να κατανοούν επαρκώς την ελληνική γλώσσα. Το τελικό δείγμα, μετά την επεξεργασία και τον καθαρισμό των δεδομένων, διαμορφώθηκε σε 5.711 μαθητές και μαθήτριες των τριών τάξεων του Γυμνασίου (Α', Β', Γ'), εκ των οποίων το 43,8 % ήταν αγόρια (N= 2502), το 54,5 % ήταν κορίτσια (N=3110) και το 1,7% (N=99) αυτοπροσδιορίζονταν ως άλλο. Η μέση ηλικία του δείγματος (M) ήταν τα 13,43 έτη (T.A.= 0,97) και η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (73,2%) διέμενε σε αστική περιοχή. Επιπλέον, όσον αφορά τα ποσοστά του δείγματος ανά τάξη, το 33,2% φοιτούσε στην Α', το 33,1% στη Β' και το 33,7% στη Γ' Γυμνασίου. Κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν το ηλικιακό εύρος από 12 έως 16 ετών με κατώτατο ηλικιακό όριο τα 11 έτη και ανώτατο ηλικιακό όριο τα 17 έτη καθώς και η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας. Από το σύνολο των μαθητών οι οποίοι είχαν την δυνατότητα συμμετοχής στην έρευνα, 5217 δεν συμμετείχαν. Λόγο μη συμμετοχής αποτέλεσε η απουσία του μαθητή από το σχολείο την ημέρα της δειγματοληψίας και αφορούσε 557 μαθητές (10.6%), 4622 μαθητές δεν προσκόμισαν το έντυπο συγκατάθεσης υπογεγραμμένο από τον γονέα/κηδεμόνα (88.6%), ενώ 38 μαθητές προσκόμισαν έγγραφο με άρνηση του γονέα/κηδεμόνα στην συμμετοχή στην έρευνα (0.7%). Από το τελικό δείγμα της έρευνας εξαιρέθηκαν μαθητές που παρέδωσαν μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Πιο συγκεκριμένα, κατά την επεξεργασία και τον καθαρισμό των δεδομένων, αφαιρέθηκαν συνολικά 397 ερωτηματολόγια λόγω ψευδών πληροφοριών και ελλιπών στοιχείων. Ειδικότερα, αφαιρέθηκαν 19 ερωτηματολόγια τα οποία θεωρήθηκαν ακατάλληλα ή ψευδώς συμπληρωμένα, 35 ερωτηματολόγια με ελλείπουσα τιμή το φύλο και 320 ερωτηματολόγια με ελλείπουσα τιμή την ηλικία. Επίσης, αφαιρέθηκαν 4

ερωτηματολόγια καθώς δεν πληρούσαν το κατώτατο ηλικιακό κριτήριο (< 11 έτη) και 19 τα οποία δεν πληρούσαν το ανώτατο ηλικιακό κριτήριο (>17 έτη) συμμετοχής στη μελέτη.

5.3 Διαδικασία

Για την διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε επίσημη έγκριση από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων καθώς και το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Στη συνέχεια, ακολούθησε ενημέρωση των διευθυντών και των συλλόγων διδασκόντων της εκάστοτε σχολικής μονάδας, μέσω τηλεφωνικής ή δια ζώσης επικοινωνίας, προκειμένου να επιτραπεί η είσοδος στα σχολεία και να διεξαχθεί ορθά η ερευνητική διαδικασία. Κατόπιν συνεννόησης με τους διευθυντές, προγραμματίστηκαν οι επισκέψεις στις σχολικές μονάδες, κατά τις οποίες χορηγήθηκαν αρχικά τα έντυπα γονικής συναίνεσης. Απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή των μαθητών στη μελέτη ήταν η διασφάλιση της συγκατάθεσης των γονέων-κηδεμόνων τους και των ίδιων.

Η ερευνητική ομάδα αποτελούνταν από εννέα μεταπτυχιακές φοιτήτριες της Ιατρικής Σχολής Αθηνών (7 ψυχολόγοι, 1 ειδικευόμενη παιδοψυχίατρος, 1 κοινωνική λειτουργός), οι οποίες εκπαιδεύτηκαν από τους υπεύθυνους ερευνητές της μελέτης. Η έρευνα διεξήχθη σε 51 Γυμνάσια. Πιο συγκεκριμένα από το Νομό Αττικής έλαβαν μέρος 30 σχολεία ((1ο , 2ο , 3ο , 4ο , 5ο , 6ο , 7ο Γυμνάσιο Χαλανδρίου, 1ο , 2ο , 3ο Γυμνάσιο Γέρακα, 1ο , 2ο , 3ο Γυμνάσιο Παλλήνης, 1ο , 2ο , 3ο , 5ο Γυμνάσιο Αγίας Παρασκευής, 1ο , 2ο Γυμνάσιο Χολαργού, 2ο , 3ο , 7ο , 9ο , 10ο Γυμνάσιο Αχαρνών, 1ο Γυμνάσιο Παπάγου, 1^ο Γυμνάσιο Αγίου Δημητρίου, 5ο Γυμνάσιο Γλυφάδας, 8ο Γυμνάσιο Νέας Σμύρνης, 8^ο Γυμνάσιο Αμαρουσίου, 10ο Γυμνάσιο Περιστερίου) με συνολικό αριθμό μαθητών 7.550, από τους οποίους 7.055 μαθητές έλαβαν έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη και οι 4.080 (57.83%) παρέδωσαν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Επιπλέον, συμμετείχαν 3 σχολεία του Νομού

Θεσσαλονίκης (1ο , 2ο , 3ο Γυμνάσιο Κορδελιού) με συνολικό αριθμό μαθητών 1.126, στους οποίους χορηγήθηκαν 904 έντυπα συγκατάθεσης και τελικά παραδόθηκαν 358 (39.6%) ερωτηματολόγια. Στους Νομούς Κεφαλονιάς, Ηλείας, Καρδίτσας και Κυκλάδων ο αριθμός των εντύπων συγκατάθεσης που χορηγήθηκαν, αντιστοιχεί στον συνολικό αριθμό μαθητών των σχολικών μονάδων. Ειδικότερα, από 8 σχολεία του Νομού Κεφαλληνίας (1ο , 2ο , 3ο Γυμνάσιο Αργοστολίου, Γυμνάσιο Σάμης, Γυμνάσιο Πάστρας, Γυμνάσιο Μεσοβουνίων, Πετρίτσειο Γυμνάσιο Ληξουρίου, Βαλλιάνειο Γυμνάσιο Κεραμειών) με συνολικό αριθμό μαθητών 1.127 συμπληρώθηκαν 634 (56.25%) ερωτηματολόγια. Από τον Νομό Ηλείας (Γυμνάσιο Ζαχάρως, 1ο Γυμνάσιο Πύργου, 3ο Γυμνάσιο Πύργου, Γυμνάσιο Κρεστένων, Γυμνάσιο Νέας Φιγαλείας), τα 5 σχολεία τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα, είχαν σύνολο μαθητών 1023, από τους οποίους οι 510 (49.85%) συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Στον Νομό Καρδίτσας (4ο , 5ο , 6ο , 7ο Γυμνάσιο Καρδίτσας) από 952 μαθητές σε 4 σχολεία, συμπληρώθηκαν 306 (32.14%) ερωτηματολόγια. Τέλος, από τον νομό Κυκλάδων, συμμετοχή στην έρευνα είχε το Γυμνάσιο Τήνου, με συνολικό αριθμό μαθητών 264, από τους οποίους 213 (80.68%) προχώρησαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η απουσία από το σχολικό περιβάλλον την ημέρα χορήγησης των ερωτηματολογίων, καθώς και η έλλειψη συγκατάθεσης γονέων/κηδεμόνων ήταν οι κύριοι λόγοι μη συμμετοχής των μαθητών στη μελέτη. Οι μαθητές κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο κατασκευασμένο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης εντός της σχολικής τάξης υπό την παρουσία του εκπαιδευτικού και της ερευνήτριας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διήρκεσε είκοσι (20) λεπτά και πραγματοποιήθηκε εντός μίας (1) προκαθορισμένης διδακτικής ώρας. Για την διευκόλυνση της ερευνητικής διαδικασίας δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινίσεις από τον εκάστοτε ερευνητή και ζητήθηκε από τους μαθητές να απαντήσουν με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις. Τονίστηκε ο εθελοντικός και ανώνυμος χαρακτήρας της συμμετοχής σε όλους

τους μαθητές, όπως και το γεγονός ότι είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από την δειγματοληψία οποιαδήποτε στιγμή.

5.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια :

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων : Χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων προκειμένου να αξιολογηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η τάξη, η σύσταση της οικογένειας, το οικονομικό επίπεδο και ο τόπος γέννησης των μαθητών και της οικογένειας. Οι απαντήσεις για το φύλο περιλάμβαναν τις απαντήσεις “Κορίτσι”, “Αγόρι”, “Άλλο” και για την τάξη φοίτησης, τις απαντήσεις “Α”, “Β”, “Γ” Γυμνασίου. Η απάντηση για την ηλικία ήταν ανοιχτού τύπου. Όσον αφορά την ερώτηση για την σύσταση της οικογένειας με την οποία διαβιών οι μαθητές, υπήρχαν οι επιλογές: 1. Οι βιολογικοί μου γονείς, 2. Μόνο η βιολογική μου μητέρα, 3. Μόνο ο βιολογικός μου πατέρας, 4. Θετός γονέας και Βιολογικός γονέας, 5. Οι ανάδοχοι γονείς μου, 6. Οι θετοί γονείς μου, 7. Παππούς ή/και γιαγιά, 8. Άλλοι συγγενείς, 9. Γονείς του ίδιου φύλου, 10. Άλλος/Προσδιόρισε. Για την οικονομική κατάσταση δόθηκαν οι εξής επιλογές : 1. Κακή, 2. Σχετικά καλή, 3. Καλή, 4. Αρκετά καλή, 5. Πολύ καλή. Για την ανάλυση των δεδομένων έγινε σύμπτυξη των κατηγοριών με τελική εκδοχή την εξής κατηγοριοποίηση του οικονομικού επιπέδου: 1. Χαμηλό, 2. Μεσαίο, 3. Υψηλό. Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι/Όχι) σχετικά με τον τόπο γέννησης των συμμετεχόντων, των βιολογικών τους γονέων καθώς και την μητρική τους γλώσσα.

Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών - Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) : Το SDQ είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται ευρέως σε

κλινικές και σε επιδημιολογικές μελέτες και αποτελεί εργαλείο διερεύνησης συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων στα παιδιά και στους εφήβους (Goodman et al., 1998). Για την αξιολόγηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των εφήβων χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών – SDQ (Giannakopoulos, et al., 2009). Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας χορηγήθηκε η έκδοση αυτοαναφοράς που συμπληρώνεται από παιδιά ηλικίας 11-16 ετών. Το SDQ αποτελείται από 25 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε πέντε υποκλίμακες: συναισθηματικά συμπτώματα, προβλήματα συμπεριφοράς, υπερκινητικότητα, προβλήματα στις σχέσεις με συνομηλίκους και προ-κοινωνική συμπεριφορά. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια τριβάθμη κλίμακα τύπου Likert που περιλαμβάνει τις εξής απαντήσεις : «Δεν ισχύει», «Ισχύει κάπως» και «Ισχύει σίγουρα». Η συνολική βαθμολογία του SDQ προκύπτει από το άθροισμα των τεσσάρων υποκλιμάκων (εύρος 0 – 10) , εξαιρουμένης της κλίμακας προκοινωνικών δεξιοτήτων, με το εύρος της συνολικής βαθμολογίας να ορίζεται μεταξύ 0 -40. Οι τιμές 17-40 δηλώνουν υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Στην Ελλάδα οι Giannakopoulos et al. (2009) έλεγξαν τη δομική εγκυρότητα της κλίμακας στον εφηβικό πληθυσμό. Το συγκεκριμένο εργαλείο παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες με δείκτη αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) πάνω από 0,70 και καλή αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών ICC > 0,60 (Giannakopoulos et al. 2013). Στην τρέχουσα μελέτη η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ήταν ικανοποιητική (Cronbach a= 0,79).

Αξιολογηση αυτοτραυματικής - αυτοκτονικής συμπεριφορών/σκεψεων: Οι συμπεριφορές/σκέψεις αυτές αξιολογήθηκαν μέσω ερωτήσεων αυτοαναφοράς: 1.«Έχεις επιχειρήσει σκόπιμα να τραυματίσεις τον εαυτό σου, π.χ. να κόψεις το δέρμα σου;», 2.«Έχεις σκεφτεί ποτέ να δώσεις τέλος στην ζωή σου;» και «Έχεις προσπαθήσει να βάλεις τέλος στην ζωή σου;», με πιθανές απαντήσεις τις εξής : «Όχι, ποτέ», «Ναι, μια φορά», «Ναι, παραπάνω

από μία φορές». Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης δημιουργήθηκε μια νέα διχοτόμος μεταβλητή (ναι/όχι).

Εμπειρίες εκφοβισμού. Για τις εμπειρίες του σχολικού εκφοβισμού χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Olweus (1996). Προτού απαντήσουν οι μαθητές στο ερωτηματολόγιο, δόθηκε ο παρακάτω ορισμός για τον εκφοβισμό: «Ένας μαθητής εκφοβίζεται όταν αυτός/ή εκτίθεται επανειλημμένα μέσα στο χρόνο σε αρνητικές και βλαβερές δραστηριότητες από τη μεριά ενός ή περισσότερων μαθητών. Είναι δύσκολο για το μαθητή που εκφοβίζεται να υπερασπιστεί τον εαυτό του/της. Ο εκφοβισμός γίνεται συχνά ή σπάνια. Ο εκφοβισμός μπορεί να είναι λεκτικός («παρατσούκλια», απειλές), σωματικός (χτυπήματα) ή ψυχολογικός (π.χ. φήμες, αποφυγή/αποκλεισμός). Εκφοβισμός γίνεται όταν κάποιος πειράζει επανειλημμένα με κακό ή επιβλαβή τρόπο». Οι ερωτήσεις ήταν οι εξής: Στον γενικό εκφοβισμό, «Πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί στο σχολείο τους τελευταίους 6 μήνες;», « Πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί εκτός σχολείου τους τελευταίους 6 μήνες;», «Πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους στο σχολείο τους τελευταίους 6 μήνες;», «Πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους εκτός σχολείου τους τελευταίους 6 μήνες;», «Ποιοι σε εκφοβίζουν (εντός/εκτός σχολείου): κορίτσια, αγόρια, ενήλικες, ομάδα ατόμων (π.χ. ομάδα φίλων, η τάξη κ.λπ.)» και στον Εκφοβισμό στο σπίτι, «Έχω αδερφό/ή/ια (ετεροθαλή ή άλλα)», «Πόσο συχνά σ' εκφοβίζει ο αδερφός/ή στο σπίτι τους τελευταίους 6 μήνες;», «Πόσο συχνά εκφοβίζεις τον/την αδερφό/ή σου στο σπίτι τους τελευταίους 6 μήνες;». Οι μαθητές έπρεπε να απαντήσουν σε αυτές τις ερωτήσεις σε μία 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert με απαντήσεις σε σχέση με την συχνότητα «Καθόλου, λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα, περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα, τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα», ενώ στην ερώτηση αναφορικά με τα αδέλφια οι μαθητές έπρεπε να απαντήσουν Ναι/Όχι. Για τις ανάγκες της έρευνας έγινε σύμπτυξη των κατηγοριών σε «Θύτες εκφοβισμού εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντος», «Θύματα εκφοβισμού εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντος» και «Θύτες

και Θύματα εκφοβισμού εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντος», με τις απαντήσεις να χωρίζονται σε διχοτόμο μεταβλητή (Όχι/Ναι).

Εμπειρίες ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Προτού απαντήσουν οι μαθητές στο ερωτηματολόγιο, δόθηκε ο παρακάτω ορισμός για τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό: «Ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός είναι όταν κάποιος κοροϊδεύει επανειλημμένα ένα άλλο πρόσωπο ηλεκτρονικά ή ενοχλεί κάποιον μέσω ηλεκτρονικών ή γραπτών μηνυμάτων ή δημοσιεύει κάτι ηλεκτρονικά για κάποιο πρόσωπο που δεν του αρέσει». Οι ερωτήσεις ήταν οι εξής: «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί ηλεκτρονικά;», «Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους ηλεκτρονικά;», «Ποιος σε έχει εκφοβίσει ηλεκτρονικά: Κορίτσια, Αγόρια, Ενήλικες γυναίκες, Ενήλικοι άντρες, Άγνωστος/η, Ομάδα ατόμων (π.χ. ομάδα φίλων, η τάξη κλπ.)». Οι μαθητές έπρεπε να απαντήσουν σε αυτές τις ερωτήσεις σε μία 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert με απαντήσεις σε σχέση με την συχνότητα «Καθόλου, λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα, περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα, τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα». Για τις ανάγκες της έρευνας έγινε σύμπτυξη των κατηγοριών σε «Θύτες ηλεκτρονικού εκφοβισμού», «Θύματα ηλεκτρονικού εκφοβισμού» και «και Θύτες και Θύματα ηλεκτρονικού εκφοβισμού», με τις απαντήσεις να χωρίζονται σε διχοτόμο μεταβλητή (Όχι/Ναι).

Αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας: Προκειμένου να αξιολογηθεί η ανάγκη εξωτερικής βοήθειας χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση: «Μέσα στους τελευταίους 6 μήνες έχεις νιώσει ποτέ την ανάγκη για εξωτερική βοήθεια (κάποιος εκτός της άμεσης οικογένειας) για προβλήματα, συναισθήματα, συμπεριφορά ή συναισθηματικά προβλήματα; Οι πιθανές απαντήσεις ήταν οι εξής : “ Όχι, δεν έχω νιώσει την ανάγκη”, “Έχω σκεφτεί να ζητήσω εξωτερική βοήθεια”, “Έχω ζητήσει εξωτερική βοήθεια”. Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης δημιουργήθηκε μια νέα διχοτόμος μεταβλητή (Όχι/Ναι). Όσοι συμμετέχοντες απάντησαν ότι

έχουν σκεφτεί ή έχουν ζητήσει εξωτερική βοήθεια κατηγοριοποιήθηκαν στην ομάδα αναζήτησης εξωτερικής βοήθειας.

5.5 Ερευνητική δεοντολογία

Για τις ανάγκες της έρευνας δόθηκε η γνωμοδότηση του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής και η έγκριση από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων με αριθμό πρωτοκόλλου 4769/Δ2. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν απολύτως εθελοντική και δεν έθεσε σε κανένα κίνδυνο τη σωματική και ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι μπορούν να αποσυρθούν από την έρευνα οποιαδήποτε χρονική στιγμή και για οποιοδήποτε λόγο, χωρίς καμία συνέπεια. Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις βασικές αρχές της νομοθεσίας περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Ν. 4624/2019). Επιπλέον, διασφαλίστηκε η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των μαθητών στην ερευνητική διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, κατά την επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκαν κωδικοί αντί ονομάτων. Επίσης, για την διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στους χώρους της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία». Η επεξεργασία διήρκησε από τον Φεβρουάριο έως και τον Σεπτέμβριο 2023. Η πρόσβαση στα ερευνητικά δεδομένα ήταν διαθέσιμη μόνο για τους υπεύθυνους ερευνητές και αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Τέλος, δεν υπάρχει ταυτοποίηση πληροφοριών με οποιοδήποτε πρόσωπο και θα πραγματοποιηθεί δημοσίευση συλλογικών δεδομένων ως τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας.

5.6 Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές (M) και οι τυπικές αποκλίσεις (T.A.), ενώ για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) τιμές. Για τη σύγκριση μεταξύ των ομάδων ενδιαφέροντος χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Από τις συγκρίσεις, όσες μεταβλητές έδειξαν στατιστική σημαντικότητα ελέγχθηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες μέσω ανάλυσης λογαριθμιστικής παλινδρόμησης. Στις αναλύσεις λογαριθμιστικής παλινδρόμησης ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν οι α) αυτοτραυματικές συμπεριφορές, β) αυτοκτονικές σκέψεις και γ) αυτοκτονικές συμπεριφορές. Σε κάθε ένα από τα τρία μοντέλα παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκαν οι μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς τον παραδοσιακό εκφοβισμό και τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό, τα δημογραφικά στοιχεία, τις συνολικές δυσκολίες SDQ και την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0 και όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν στην Μονάδα Ακαδημαϊκής Έρευνας.

Αποτελέσματα

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 5.711 μαθητές γυμνασίου με μέση ηλικία τα 13,4 έτη (Τ.Α.=0,9 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών αυτών. Από το σύνολο των μαθητών το 54.5% ήταν κορίτσια, το 43.8% ήταν αγόρια, ενώ το 1.7% αυτοπροσδιοριζόταν ως «άλλο». Επίσης, το 33,2% ήταν μαθητές Α' γυμνασίου, το 33,1% μαθητές Β' γυμνασίου και το 33,7% μαθητές Γ' γυμνασίου. Η πλειονότητα των μαθητών έμενε σε αστική περιοχή, πιο συγκεκριμένα το 67.2% διέμενε στην Αθήνα/Αττική και το 86.3% διέμενε με τους βιολογικούς γονείς. Ακόμα, το 98,0% των μαθητών είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα. Αναφορικά με το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας, το 9.8% των μαθητών το χαρακτήρισε «Υψηλό», το 88.4% «Μεσαίο» ενώ το 1.8% «Χαμηλό». (βλ. Πίνακα 1)

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων (N=5.711)

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>
Φύλο				
Κορίτσι	3110	54.5		
Αγόρι	2502	43.8		
Άλλο	99	1.7		
Τάξη				
A	1887	33.2		
B	1885	33.1		
Γ	1919	33.7		
Νομός				
Αττικής	3835	67.2		
Θεσσαλονίκης	346	6.1		
Κεφαλληνίας	596	10.4		
Καρδίτσας	265	4.6		
Ηλείας	481	8.4		
Κυκλάδων	188	3.3		

Πίνακας 1 (συνεχίζεται)

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M.O</i>	<i>T.A.</i>
Γέννηση στην Ελλάδα				
Όχι	116	2.0		
Ναι	5578	98.0		
Σύσταση οικογένειας (βιολογικοί γονείς)				
Όχι	783	13.7		
Ναι	4923	86.3		
Οικονομικό Επίπεδο				
Χαμηλό	103	1.8		
Μεσαίο	4983	88.4		
Υψηλό	550	9.8		
Ηλικία			13.43	0.97

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού που είχαν βιώσει οι μαθητές (βλ. Πίνακα 2). Σε ότι αφορά στον παραδοσιακό εκφοβισμό, η πλειοψηφία των παιδιών ανέφερε ότι δεν έχουν υπάρξει θύματα ή θύτες, με το ποσοστό να κυμαίνεται στο 73.8% των συμμετεχόντων. Παράλληλα, για τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό, το 83.5% των μαθητών δήλωσαν ότι δεν έχουν υπάρξει ούτε θύματα ούτε θύτες. Σχετικά με τις εμπειρίες εκφοβισμού σε ρόλο θύματος το 21.3% ανέφεραν ότι έχουν εκφοβιστεί και το 11.6% ότι έχουν εκφοβιστεί ηλεκτρονικά. Τα ποσοστά για τους θύτες ήταν 10.4% για τον παραδοσιακό εκφοβισμό και 8.4% για ηλεκτρονικό εκφοβισμό. Τέλος, το 5.2% των μαθητών δήλωσαν ότι έχουν υπάρξει και θύμα και θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού, ενώ το 3.5% απάντησε ότι έχει υπάρξει και θύμα και θύτης σε συμπεριφορές ηλεκτρονικού εκφοβισμού.

Πίνακας 2

Κατηγορίες εμπειριών εκφοβισμού μαθητών

	Παραδοσιακός εκφοβισμός		Ηλεκτρονικός εκφοβισμός	
	N	%	N	%
Μόνο θύμα	1207	21.3	658	11.6
Μόνο θύτης	585	10.4	477	8.4
Θύμα και θύτης	295	5.2	200	3.5
Ούτε θύμα, ούτε θύτης	4162	73.8	4732	83.5

Πιο αναλυτικά, παρακάτω παρουσιάζονται στοιχεία από τις εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού των μαθητών (βλ. Πίνακα 3). Η πλειοψηφία των μαθητών, με ποσοστό πάνω από 80%, δήλωσαν ότι δεν έχουν εκφοβιστεί καθόλου εντός ή εκτός σχολείου τους τελευταίους έξι μήνες. Αντίστοιχα το μεγαλύτερο ποσοστό, άνω του 90%, δήλωσε ότι δεν έχει εκφοβίσει καθόλου εντός ή εκτός σχολείου τους τελευταίους έξι μήνες. Αντιθέτως, το μικρότερο ποσοστό των μαθητών, περίπου 1%, δήλωσε ότι εκφοβίζεται εντός ή εκτός σχολείου τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, ενώ ξανά το χαμηλότερο ποσοστό, περίπου 1%, δήλωσε ότι εκφοβίζει εντός ή εκτός σχολείου τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας κατά την διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών.

Πίνακας 3

Συχνότητα εμπειριών παραδοσιακού εκφοβισμού τους τελευταίους 6 μήνες

		N	%
Θύμα εντός σχολείου	Καθόλου	4759	83.7
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	596	10.5
	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	227	4.0
	Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα	102	1.8
Θύμα εκτός σχολείου	Καθόλου	5002	88.0
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	501	8.8
	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	118	2.1
	Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα	61	1.1
Θύτης εντός σχολείου	Καθόλου	5262	92.8
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	284	5.0
	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	68	1.2
	Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα	57	1.0
Θύτης εκτός σχολείου	Καθόλου	5244	92.6
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	282	5.0
	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	68	1.2
	Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα	70	1.2

Αντίστοιχα, προέκυψαν τα στοιχεία για τις εμπειρίες ηλεκτρονικού εκφοβισμού των μαθητών (βλ. Πίνακα 4). Η πλειοψηφία των μαθητών, με ποσοστό 88.4%, δήλωσαν ότι δεν έχουν εκφοβιστεί καθόλου ηλεκτρονικά τους τελευταίους έξι μήνες. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό, 91.6%, δήλωσε ότι δεν έχει εκφοβίσει καθόλου ηλεκτρονικά τους τελευταίους έξι μήνες. Παράλληλα, το μικρότερο ποσοστό των μαθητών, 0.7%, δήλωσε ότι εκφοβίζεται ηλεκτρονικά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας κατά τους τελευταίους έξι

μήνες, ενώ ξανά το χαμηλότερο ποσοστό, 1.5%, δήλωσε ότι εκφοβίζει ηλεκτρονικά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας κατά την διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών.

Πίνακας 4

Συχνότητα εμπειριών ηλεκτρονικού εκφοβισμού τους τελευταίους 6 μήνες

		N	%
Πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί ηλεκτρονικά τους τελευταίους 6 μήνες;	Ποτέ	5020	88.4
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	511	9.0
	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	109	1.9
	Σχεδόν καθημερινά	39	0.7
Πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους ηλεκτρονικά τους τελευταίους 6 μήνες;	Ποτέ	5195	91.6
	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	288	5.1
	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	107	1.9
	Σχεδόν καθημερινά	84	1.5

Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος, στον παρακάτω πίνακα αρχικά παρουσιάζονται τα στοιχεία αναφορικά με τις αυτοτραυματικές-μη αυτοκτονικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές (βλ. Πίνακα 5). Το 26.3% των μαθητών δήλωσε ότι έχει προχωρήσει σε αυτοτραυματισμό, το 28.9% δήλωσε ότι είχε αυτοκτονικές σκέψεις και το 9% απάντησε πως έχει προχωρήσει σε μία ή περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας.

Πίνακας 5

Συχνότητα εμφάνισης αυτοτραυματικών-μη αυτοκτικών συμπεριφορών, αυτοκτονικών σκέψεων & αποπειρών αυτοκτονίας

	N	%
Αυτοτραυματικές-μη αυτοκτονικές συμπεριφορές		
Όχι	4191	73.7
Ναι	1495	26.3
Αυτοκτονικές σκέψεις		
Όχι	4035	71.1
Ναι	1643	28.9
Απόπειρα αυτοκτονίας		
Όχι	5168	91.0
Ναι	5011	9.0

Σε ό,τι αφορά στην κλίμακα δυνατοτήτων και δυσκολιών (SDQ), η βαθμολογία στην διάσταση «Συναισθηματικές δυσκολίες» κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3.31 μονάδες (TA=2,64). Στη κατηγορία «Προβλήματα Διαγωγής» η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3.59 μονάδες (TA=1,83) και στην κατηγορία «Απροσεξία/Υπερκινητικότητα» η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 4.07 μονάδες (TA=2,43). Επιπλέον, η βαθμολογία στην κατηγορία «Σχέσεις με Συνομηλίκους» κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 1.92 μονάδες (TA=1,72) και στην κατηγορία «Προκοινωνική Συμπεριφορά» κυμαινόταν από 0 έως 10 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 7.69 μονάδες (TA=1,97). Τέλος, η βαθμολογία «Συνολικών Δυσκολιών» στο ερωτηματολόγιο κυμαινόταν από 0 έως 39 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 14.15 μονάδες (TA=6.70). Σχετικά με την ανάγκη για αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας, το 43.6% των μαθητών δήλωσε ότι είχε νιώσει αυτή την ανάγκη (βλ. Πίνακα 6).

Πίνακας 6

Βαθμολογίες στην κλίμακα SDQ & Στοιχεία αναζήτησης εξωτερικής βοήθειας

	<i>Ελάχιστη</i>	<i>Μέγιστη</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Συναισθηματικά Συμπτώματα	.00	10.0	3.31	2.64		
Προβλήματα Διαγωγής	.00	10.0	3.59	1.83		
Απροσεξία/Υπερκινητικότητα	.00	10.0	4.07	2.43		
Σχέσεις με Συνομηλίκους	.00	10.0	1.92	1.72		
Προκοινωνική συμπεριφορά	.00	10.0	7.69	1.97		
Συνολικές Δυσκολίες	.00	39.00	14.15	6.70		
Αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας						
Όχι					3205	56.4
Ναι					2473	43.6

Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιοι πίνακες με σκοπό τη διερεύνηση ύπαρξης σχέσεων μεταξύ δημογραφικών στοιχείων, συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, εμπειριών παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού με τις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές των μαθητών (αυτοτραυματική συμπεριφορά, αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας). Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις χ^2 και Student's T-test.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών με τον μέσο όρο της συνολικής βαθμολογίας των μαθητών στην κλίμακα δυνατοτήτων και δυσκολιών (SDQ). Και για τις τρεις κατηγορίες συμπεριφορών, αυτοτραυματική συμπεριφορά, αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας, προέκυψε συσχέτιση σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό (βλ. Πίνακα 7).

Πίνακας 7

Σύγκριση μέσων όρων συνολικής βαθμολογίας *SDQ* μεταξύ εφήβων με Αυτοτραυματικές-Μη αυτοκτονικές Συμπεριφορές, Αυτοκτονικές Σκέψεις και Απόπειρα Αυτοκτονίας

		Συνολικές Δυσκολίες <i>SDQ</i>				
		<i>N</i>	<i>M.O.</i>	<i>TA</i>	<i>p</i>	<i>T(df)</i>
Αυτοτραυματικές-Μη Αυτοκτονικές Συμπεριφορές	Ναι	1495	18.65	6.22	<.001	-32.77(2589.71)
	Όχι	4191	12.54	6.11		
Αυτοκτονικές Σκέψεις	Ναι	1643	18.62	6.18	<.001	-34.98(2976.70)
	Όχι	4035	12.34	6.02		
Απόπειρα Αυτοκτονίας	Ναι	511	13.51	6.36	<.001	-23.43(607.44)
	Όχι	5168	20.66	6.60		

Αυτοτραυματικές-μη αυτοκτονικές συμπεριφορές

Στον Πίνακα 8 εξετάζεται αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ εμφάνισης αυτοτραυματικής συμπεριφοράς με τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών. Από τις αναλύσεις βρέθηκε ότι το φύλο των συμμετεχόντων [$\chi^2(2)=274.93$, $p<.001$], η τάξη φοίτησης [$\chi^2(2)=7.53$, $p <.05$], η περιοχή διαμονής τους (αστική/ημιαστική) [$\chi^2(1)=9.44$, $p<.05$], το αν διαμένουν με τους δύο βιολογικούς γονείς [$\chi^2(2)=80.95$, $p<.001$], και το αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα [$\chi^2(2)=7.17$, $p<.001$] σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Δε βρέθηκε σχέση μεταξύ της πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικής συμπεριφοράς και του οικονομικού επιπέδου της οικογένειας των μαθητών.

Πίνακας 8

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών με δημογραφικά στοιχεία

Αυτοτραυματική συμπεριφορά	Όχι	Ναι	χ^2	p
	N	N		
Φύλο				
Κορίτσια	2102	1001		
Αγόρια	2062	423	274.93	<0.001
Άλλο	27	71		
Τάξη				
A	1422	452		
B	1352	525	7.53	.023
Γ	1402	513		
Περιοχή Προέλευσης				
Αστική	3024	1140		
Μη αστική	1167	355	9.44	.002
Ζω με τους βιολογικούς γονείς				
Όχι	470	307		
Ναι	3718	1188	80.95	<0.001
Γεννήθηκαν στην Ελλάδα				
Όχι	73	43		
Ναι	4109	1445	7.17	<0.001
Οικονομικό Επίπεδο				
Χαμηλό	72	31		
Μεσαίο	3650	1315	2.01	.366
Υψηλό	412	132		

Στον παρακάτω πίνακα εξετάζεται η ύπαρξη σχέσης μεταξύ εμφάνισης αυτοτραυματικής συμπεριφοράς και εμπειριών παραδοσιακού ή ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Όλες οι εμπειρίες εκφοβισμού (παραδοσιακός και ηλεκτρονικός) και σε κάθε κατηγορία (θύμα, θύτης και θύμα & θύτης) φαίνεται να σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (βλ. Πίνακα 9).

Πίνακας 9

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών με εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού

Αυτοτραυματικές συμπεριφορές	Όχι N	Ναι N	χ^2	p
Παραδοσιακός εκφοβισμός				
Θύμα				
Όχι	3557	895	409.64	<.001
Ναι	613	590		
Θύτης				
Όχι	3828	1216	109.70	<.001
Ναι	325	258		
Θύμα και θύτης				
Όχι	4013	1316	122.16	<.001
Ναι	136	158		
Ηλεκτρονικός εκφοβισμός				
Θύμα				
Όχι	3863	1138	273.71	<.001
Ναι	309	348		
Θύτης				
Όχι	3890	1289	57.72	<.001
Ναι	280	194		
Θύμα και θύτης				
Όχι	4069	1380	66.69	<.001
Ναι	97	102		

Επιπλέον, στην διερεύνηση για την ύπαρξη σχέσης της εμφάνισης αυτοτραυματικής συμπεριφοράς με την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια, προέκυψε επίσης στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα (βλ. Πίνακα 10).

Πίνακας 10

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοτραυματικών συμπεριφορών με αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας

Αυτοτραυματική συμπεριφορά	Όχι	Ναι	χ^2	p
	N	N		
Αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας				
Όχι	2760	441		
Ναι	1419	1049	593.55	<0.001

Αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας

Στον Πίνακα 11 εξετάζεται αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών. Από τις αναλύσεις βρέθηκε ότι το φύλο των συμμετεχόντων [$\chi^2(2)=325.69$, $p<.001$], η τάξη φοίτησης [$\chi^2(2)=23.61$, $p <.001$], η περιοχή διαμονής τους (αστική/ημιαστική) [$\chi^2(1)=7.32$, $p<.05$] και το αν διαμένουν με τους δύο βιολογικούς γονείς [$\chi^2(2)=83.47$, $p<.001$] σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων. Δε βρέθηκε σχέση μεταξύ της πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων και το αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα και του οικονομικού επιπέδου της οικογένειας των μαθητών.

Πίνακας 11

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με δημογραφικά στοιχεία

Αυτοκτονικές σκέψεις	Όχι N	Ναι N	χ^2	p
Φύλο				
Κορίτσια	1983	1112		
Αγόρια	2030	454	325.69	<.001
Άλλο	22	77		
Τάξη				
A	1409	464		
B	1298	578	23.61	<.001
Γ	1314	595		
Περιοχή Προέλευσης				
Αστική	2911	1423		
Μη αστική	1124	400	7.32	.007
Ζω με τους βιολογικούς γονείς				
Όχι	446	333		
Ναι	3585	1310	83.47	<0.001
Γεννήθηκαν στην Ελλάδα				
Όχι	74	42		
Ναι	3951	1595	3.06	.097
Οικονομικό Επίπεδο				
Χαμηλό	68	34		
Μεσαίο	3515	1443	2.81	.245
Υψηλό	400	143		

Στον παρακάτω πίνακα εξετάζεται η ύπαρξη σχέσης μεταξύ εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων και εμπειριών παραδοσιακού ή ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Όλες οι εμπειρίες εκφοβισμού (παραδοσιακός και ηλεκτρονικός) και σε κάθε κατηγορία (θύμα, θύτης και θύμα & θύτης) φαίνεται να σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων (βλ. Πίνακα 12).

Πίνακας 12

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού

Αυτοκτονικές σκέψεις	Όχι N	Ναι N	χ^2	p
Παραδοσιακός εκφοβισμός				
Θύμα				
Όχι	3649	976		
Ναι	545	657	492.23	<.001
Θύτης				
Όχι	3680	1356		
Ναι	318	265	87.39	<.001
Θύμα και θύτης				
Όχι	3862	1455		
Ναι	131	163	107.02	<.001
Ηλεκτρονικός εκφοβισμός				
Θύμα				
Όχι	3738	1257		
Ναι	280	375	290.23	<.001
Θύτης				
Όχι	3756	1414		
Ναι	259	216	69.57	<.001
Θύμα και θύτης				
Όχι	3919	1522		
Ναι	92	107	62.19	<.001

Επιπλέον, στην διερεύνηση για την ύπαρξη σχέσης της εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια, προέκυψε επίσης στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα (βλ. Πίνακα 13).

Πίνακας 13

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων με αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας

Αυτοκτονικές σκέψεις	Όχι N	Ναι N	χ^2	p
Αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας				
Όχι	2716	479		
Ναι	1308	1157	690.98	<0.001

Στον Πίνακα 14 εξετάζεται αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με τα δημογραφικά στοιχεία των μαθητών. Από τις αναλύσεις βρέθηκε ότι το

φύλο των συμμετεχόντων [$\chi^2(2)=186.39$, $p<.001$], το αν γεννήθηκαν στην Ελλάδα [$\chi^2(2)=29.80$, $p<.001$] και το αν διαμένουν με τους δύο βιολογικούς γονείς [$\chi^2(2)=71.74$, $p<.001$] σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αποπειρών αυτοκτονίας. Δε βρέθηκε σχέση μεταξύ της πιθανότητας εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων και την τάξη φοίτησης, την περιοχή διαμονής (αστική/ημι-αστική) και του οικονομικού επιπέδου της οικογένειας των μαθητών.**Πίνακας 14**

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με δημογραφικά στοιχεία

Απόπειρα αυτοκτονίας	Όχι	Ναι	χ^2	p
	N	N		
Φύλο				
Κορίτσια	2754	346	186.39	<.001
Αγόρια	2356	125		
Άλλο	58	40		
Τάξη				
A	1723	151	3.61	.164
B	1704	173		
Γ	1721	187		
Περιοχή Προέλευσης				
Αστική	3771	388	2.08	.081
Μη αστική	1397	123		
Ζω με τους βιολογικούς γονείς				
Όχι	646	133	71.74	<0.001
Ναι	4518	378		
Γεννήθηκα στην Ελλάδα				
Όχι	89	27	29.80	<.001
Ναι	5067	480		
Οικονομικό Επίπεδο				
Χαμηλό	91	11	.429	.807
Μεσαίο	4513	444		
Υψηλό	497	48		

Στον πίνακα που ακολουθεί διερευνάται η ύπαρξη σχέσης μεταξύ εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας και εμπειριών παραδοσιακού ή ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Όπως και παραπάνω, συνολικά όλες οι εμπειρίες εκφοβισμού (παραδοσιακός και ηλεκτρονικός) και σε κάθε κατηγορία (θύμα, θύτης και θύμα & θύτης) φαίνεται να σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση αποπειρών αυτοκτονίας (βλ. Πίνακα 15).

Πίνακας 15

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού

Απόπειρες αυτοκτονίας	Όχι	Ναι		
	N	N	χ^2	p
Παραδοσιακός εκφοβισμός				
Θύμα				
Όχι	4199	248		
Ναι	942	259	295.84	<.001
Θύτης				
Όχι	4664	375		
Ναι	460	122	118.32	<.001
Θύμα και θύτης				
Όχι	4898	422		
Ναι	218	75	107.37	<.001
Ηλεκτρονικός εκφοβισμός				
Θύμα				
Όχι	4644	351		
Ναι	501	155	196.01	<.001
Θύτης				
Όχι	4761	411		
Ναι	381	93	72.78	<.001
Θύμα και θύτης				
Όχι	4985	457		
Ναι	152	47	54.66	<.001

Ομοίως, στην διερεύνηση για την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια, προέκυψε στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα (βλ. Πίνακα 16).

Πίνακας 16

Σχέση πιθανότητας εμφάνισης αποπειρών αυτοκτονίας με αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας

Απόπειρα αυτοκτονίας	Όχι	Ναι	χ^2	p
	N	N		
Ανάγκη αναζήτησης εξωτερικής βοήθειας				
Όχι	3091	104	294.74.98	<0.001
Ναι	2062	405		

Αναλύσεις Παλινδρόμησης

Στην ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης που παρουσιάζεται στον πίνακα 17 βρέθηκε ότι το φύλο, η σύσταση της οικογένειας, η διαβίωση σε αστική περιοχή, η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια, οι συνολικές δυσκολίες SDQ, το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύμα παραδοσιακού ή ηλεκτρονικού εκφοβισμού, το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύτης ηλεκτρονικού εκφοβισμού και θύμα & θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού, μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση αυτοτραυματικής συμπεριφοράς.

Αναλυτικότερα, τα αγόρια έχουν 27.5% λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα κορίτσια (OR=0.725, 95%CI: 0.618-0.850), ενώ οι μαθητές με προσδιορισμού φύλου «άλλο» έχουν 3.57 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά συγκριτικά με τα κορίτσια (OR=3.573, 95%CI: 2.099-6.081). Παράλληλα τα παιδιά που ζουν με τους βιολογικούς γονείς έχουν 28.6% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα παιδιά που ζουν σε οποιαδήποτε άλλη σύσταση οικογένειας (OR=0.714, 95%CI: 0.592-0.862). Οι μαθητές που ζουν σε αστική περιοχή (Αττική/Αθήνα) έχουν 1.88 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά, σε σύγκριση με τους μαθητές που ζουν σε ημι-αστική περιοχή (OR= 1.885, 95%CI: 1.584-2.243). Σχετικά με την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια φαίνεται οι μαθητές που είχαν νιώσει αυτήν την ανάγκη να έχουν 2.13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοτραυματικής

συμπεριφοράς σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια (OR=2.138, 95%CI: 1.837-2.488). Οι μαθητές που σκόραραν υψηλότερα στην συνολική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου δυνατοτήτων και δυσκολιών, για την διερεύνηση συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων έχουν 1.12 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά συγκριτικά με τους μαθητές με χαμηλότερη συνολική βαθμολογία (OR=1.129, 95%CI: 1.115-2.144). Παράλληλα, το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα παραδοσιακού εκφοβισμού έστω και για μία φορά έχει 1.8 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει αυτοτραυματική συμπεριφορά, σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν υπάρξει θύματα παραδοσιακού εκφοβισμού (OR=1.852, 95%CI: 1.545-2.219). Επιπρόσθετα, το να έχει υπάρξει κάποιος θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού έχει 1.55 περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει αυτοτραυματική συμπεριφορά σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν υπάρξει ποτέ θύτες παραδοσιακού εκφοβισμού (OR=1.556, 95%CI: 1.149-2.107). Σχετικά με τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό, το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα ηλεκτρονικού εκφοβισμού έστω και μία φορά έχει 1.59 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εμφάνιση αυτοτραυματικής συμπεριφοράς συγκριτικά με τους μαθητές που δεν υπήρξαν ποτέ θύματα ηλεκτρονικού εκφοβισμού (OR=1.591, 95%CI: 1.259-2.010) (βλ. Πίνακα 17).

Πίνακας 17

Λογαριθμιστική παλινδρόμηση για προβλεπτικούς παράγοντες αυτοτραυματικών-μη αυτοκτονικών συμπεριφορών

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95% CI</i>
Αγόρια	-.322	.081	1	<.001	.725	.618-.850
Άλλο	1.273	.271	1	<.001	3.573	2.099-6.081
Ηλικία	-.024	.037	1	.520	.976	.907-1.050
Διαβίωση με βιολογικούς γονείς	-.337	.096	1	<.001	.714	.592-.862
Διαβίωση σε αστική περιοχή	.634	.089	1	<.001	1.885	1.584-2.243
Ανάγκη για εξωτερική βοήθεια	.760	.077	1	<.001	2.138	1.837-2.488
Συνολικές Δυσκολίες SDQ	.122	.007	1	<.001	1.129	1.115-2.144
Γενικός εκφοβισμός						
Θύτες	.442	.155	1	.004	1.556	1.149-2.107
Θύματα	.616	.092	1	<.001	1.852	1.545-2.219
Θύτες & Θύματα	-.346	.217	1	.111	.708	.463-1.082
Ηλεκτρονικός εκφοβισμός						
Θύτες	.243	.165	1	.143	1.274	.921-1.763
Θύματα	.464	.119	1	<.001	1.591	1.259-2.010
Θύτες & Θύματα	-.197	.257	1	.445	.822	.496-1.360

Cox & Snel R Square= 0.220, Nagelkerke R Square= 0.322

Σημείωση: Κατηγορία αναφοράς στο φύλο αποτελούν τα κορίτσια, Κατηγορία αναφοράς στον Γενικό & Ηλεκτρονικό Εκφοβισμό αποτελούν οι μαθητές χωρίς εμπειρίες εκφοβισμού

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογαριθμιστικής παλινδρόμησης σχετικά με την εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων στους μαθητές. Βρέθηκε ότι το φύλο, η σύσταση της οικογένειας, η διαβίωση σε αστική περιοχή, η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια, οι συνολικές δυσκολίες SDQ, το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύμα παραδοσιακού ή ηλεκτρονικού εκφοβισμού, το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύτης ηλεκτρονικού εκφοβισμού και θύμα & θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού, μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων.

Αναλυτικότερα, τα αγόρια έχουν 33.6% λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν αυτοκτονικές σκέψεις σε σύγκριση με τα κορίτσια (OR=0.664, 95%CI: 0.568-0.778), ενώ οι μαθητές με προσδιορισμό φύλου «άλλο» έχουν 4.53 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτοκτονικές σκέψεις συγκριτικά με τα κορίτσια (OR=4.539, 95%CI: 2.541-8.109). Παράλληλα τα παιδιά που ζουν με τους βιολογικούς γονείς έχουν 27.4% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτοκτονικές σκέψεις σε σύγκριση με τα παιδιά που ζουν με οποιαδήποτε άλλη σύσταση οικογένειας (OR=0.726, 95%CI: 0.601-0.876). Οι μαθητές που ζουν σε αστική περιοχή (Αττική/Αθήνα) έχουν 1.88 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοκτονικές σκέψεις σε σύγκριση με τους μαθητές που ζουν σε ημι-αστική περιοχή (OR= 1.886, 95%CI: 1.589-2.239). Σχετικά με την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια φαίνεται οι μαθητές που είχαν νιώσει αυτήν την ανάγκη να έχουν 2.19 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια (OR=2.193, 95%CI: 1.890-2.545). Οι μαθητές που σκόραραν υψηλότερα στην συνολική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου δυνατοτήτων και δυσκολιών, για την διερεύνηση συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων έχουν 1.13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοκτονικές σκέψεις συγκριτικά με τους μαθητές με χαμηλότερη συνολική βαθμολογία (OR=1.136, 95%CI: 1.122-1.151). Παράλληλα, το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα παραδοσιακού εκφοβισμού έστω και για μία φορά έχει 2.20 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει

αυτοκτονικές σκέψεις, σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν έχουν υπάρξει θύματα παραδοσιακού εκφοβισμού (OR=2.205, 95%CI: 1.840-2.643). Επιπρόσθετα, το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα & θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού έχει 35.9% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει αυτοκτονικές σκέψεις σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν έχουν υπάρξει ποτέ θύματα & θύτες παραδοσιακού εκφοβισμού (OR=0.641, 95%CI: 0.417-0.985). Σχετικά με τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό, το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα ηλεκτρονικού εκφοβισμού έστω και μία φορά έχει 1.68 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων συγκριτικά με τους μαθητές που δεν υπήρξαν ποτέ θύματα ηλεκτρονικού εκφοβισμού (OR=1.687, 95%CI: 1.328-2.142). Τέλος το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύτης ηλεκτρονικού εκφοβισμού έστω και μία φορά έχει 1.70 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν υπήρξαν ποτέ θύτες ηλεκτρονικού εκφοβισμού (OR=1.702, 95%CI: 1.239-2.338) (βλ. Πίνακα 18).

Πίνακας 18

Λογαριθμιστική παλινδρόμηση για προβλεπτικούς παράγοντες αυτοκτονικών σκέψεων

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95% CI</i>
Αγόρια	-.409	.080	1	<.001	.664	.568-.778
Άλλο	1.513	.296	1	<.001	4.539	2.541-8.109
Ηλικία	.041	.037	1	.267	1.042	.969-1.121
Διαβίωση με βιολογικούς γονείς	-.321	.096	1	<.001	.726	.601-.876
Διαβίωση σε αστική περιοχή	.635	.087	1	<.001	1.886	1.589-2.239
Ανάγκη για εξωτερική βοήθεια	.785	.076	1	<.001	2.193	1.890-2.545
Συνολικές Δυσκολίες SDQ	.128	.007	1	<.001	1.136	1.122-1.151
Γενικός εκφοβισμός						
Θύτες	.257	.156	1	.100	1.292	.952-1.755

Πίνακας 18 (συνεχίζεται)

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95%CI</i>
Θύματα	.791	.092	1	<.001	2.205	1.840-2.643
Θύτες & Θύματα	-.445	.219	1	.042	.641	.417-.985
Ηλεκτρονικός εκφοβισμός						
Θύτες	.532	.162	1	<.001	1.702	1.239-2.338
Θύματα	.523	.122	1	<.001	1.687	1.328-2.142
Θύτες & Θύματα	-.451	.258	1	.081	.637	.384-1.057

Cox & Snell R Square= 0,251, Nagelkerke R Square= 0.359

Σημείωση: Κατηγορία αναφοράς στο φύλο αποτελούν τα κορίτσια, Κατηγορία αναφοράς στον Γενικό & Ηλεκτρονικό Εκφοβισμό αποτελούν οι μαθητές χωρίς εμπειρίες εκφοβισμού

Στον τελευταίο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογαριθμιστικής παλινδρόμησης σχετικά με την εμφάνιση αποπειρών αυτοκτονίας στους μαθητές. Βρέθηκε ότι το φύλο, η σύσταση της οικογένειας, η διαβίωση σε αστική περιοχή, η ανάγκη για εξωτερική βοήθεια, οι συνολικές δυσκολίες SDQ και το να έχει βιώσει ο μαθητής οποιαδήποτε εμπειρία παραδοσιακού ή ηλεκτρονικού εκφοβισμού, μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες για την εμφάνιση αποπειρών αυτοκτονίας.

Πιο συγκεκριμένα, τα αγόρια έχουν 28% λιγότερες πιθανότητες να προχωρήσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τα κορίτσια (OR=0.720, 95%CI: 0.557-0.931), ενώ οι μαθητές με προσδιορισμό φύλου «άλλο» έχουν 2.74 φορές περισσότερες πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας συγκριτικά με τα κορίτσια (OR=2.742, 95%CI:1.649-4.560). Παράλληλα τα παιδιά που ζουν με τους βιολογικούς γονείς έχουν 31.70% λιγότερες πιθανότητες να τελέσουν απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τα παιδιά που ζουν με οποιαδήποτε άλλη σύσταση οικογένειας (OR=0.683, 95%CI: 0.531-0.877). Οι μαθητές που ζουν σε αστική περιοχή (Αττική/Αθήνα) έχουν

1.71 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μαθητές που ζουν σε ημι-αστική περιοχή (OR= 1.713, 95%CI: 1.320-2.223). Σχετικά με την ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια φαίνεται οι μαθητές που είχαν νιώσει αυτήν την ανάγκη να έχουν 2.25 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν ανάγκη αναζήτησης για εξωτερική βοήθεια (OR=2.258, 95%CI: 1.744-2.922). Οι μαθητές που σκόραραν υψηλότερα στην συνολική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου δυνατοτήτων και δυσκολιών, για την διερεύνηση συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων έχουν 1.12 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να προχωρήσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας συγκριτικά με τους μαθητές με χαμηλότερες συνολικές δυσκολίες SDQ (OR=1.125, 95%CI: 1.104-1.147). Παράλληλα, το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα παραδοσιακού εκφοβισμού έστω και για μία φορά έχει 2.06 φορές περισσότερες πιθανότητες να τελέσει απόπειρα αυτοκτονίας, σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν έχουν υπάρξει θύματα παραδοσιακού εκφοβισμού (OR=2.061, 95%CI: 1.602-2.652). Συνεχίζοντας, το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού έστω και για μία φορά έχει 2.45 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να προχωρήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν είχαν βιώσει ως θύτες εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού (OR=2.458, 95%CI: 1.652-3.657). Αντίθετα, το να έχει υπάρξει ο μαθητής θύμα & θύτης παραδοσιακού εκφοβισμού έχει 51.7% λιγότερες πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν είχαν εμπλακεί σε εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού με τον διπλό ρόλο θύμα & θύτης (OR=0.483, 95%CI: 0.286-0.815). Περνώντας στον ηλεκτρονικό εκφοβισμό το να έχει υπάρξει κάποιος θύμα ηλεκτρονικού εκφοβισμού έχει 1.62 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν έχουν υπάρξει ποτέ θύματα ηλεκτρονικού εκφοβισμού (OR=1.625, 95%CI: 1.220-2.164). Επιπλέον, το να έχει υπάρξει κάποιος θύτης ηλεκτρονικού εκφοβισμού έστω και μία φορά έχει 1.78 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εμφάνιση απόπειρας αυτοκτονίας συγκριτικά με τους μαθητές που δεν υπήρξαν ποτέ θύτες ηλεκτρονικού εκφοβισμού (OR=1.787, 95%CI: 1.178-2.712). Τέλος, το

να έχει υπάρξει ο μαθητής θύμα & θύτης ηλεκτρονικού εκφοβισμού έστω και μία φορά έχει 47.2% λιγότερες πιθανότητες για εμφάνιση απόπειρας αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μαθητές που δεν υπήρξαν ποτέ θύματα & θύτες ηλεκτρονικού εκφοβισμού (OR=0.528, 95%CI: 0.287-0.972) (βλ. Πίνακα 19).

Πίνακας 19

Λογαριθμιστική παλινδρόμηση για προβλεπτικούς παράγοντες αποπειρών αυτοκτονίας

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95% CI</i>
Αγόρια	-.329	.131	1	.012	.720	.557-.931
Άλλο	1.009	.259	1	<.001	2.742	1.649-4.560
Ηλικία	.102	.056	1	.069	1.107	.992-1.236
Διαβίωση με βιολογικούς γονείς	-.382	.128	1	.003	.683	.531-.877
Διαβίωση σε αστική περιοχή	.538	.133	1	<.001	1.713	1.320-2.223
Ανάγκη για εξωτερική βοήθεια	.814	.132	1	<.001	2.258	1.744-2.922
Συνολικές Δυσκολίες SDQ	.118	.010	1	<.001	1.125	1.104-1.147
Γενικός εκφοβισμός						
Θύτες	.899	.203	1	<.001	2.458	1.652-3.657
Θύματα	.723	.129	1	<.001	2.061	1.602-2.652
Θύτες & Θύματα	-.727	.267	1	.006	.483	.286-.815
Ηλεκτρονικός εκφοβισμός						
Θύτες	.581	.213	1	.006	1.787	1.178-2.712
Θύματα	.485	.146	1	<.001	1.625	1.220-2.164
Θύτες & Θύματα	-.638	.311	1	.040	.528	.287-.972

Cox & Snell R Square= 0,126, Nagelkerke R Square= 0.281

Σημείωση: Κατηγορία αναφοράς στο φύλο αποτελούν τα κορίτσια, Κατηγορία αναφοράς στον Γενικό & Ηλεκτρονικό Εκφοβισμό αποτελούν οι μαθητές χωρίς εμπειρίες εκφοβισμού

Συζήτηση

Η παρούσα διπλωματική έρευνα στοχεύει στην εξέταση της εμφάνισης αυτοτραυματικών μη-αυτοκτονικών συμπεριφορών, αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας σε εφήβους. Κατά τη διάρκεια της έρευνας, αναζητήθηκαν ποσοστών εμπειριών παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού σε ρόλους θύματος, θύτη και θύματος-θύτη. Επιπλέον, ο στόχος είναι να διερευνηθεί η φύση και η δυναμική των σχέσεων μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Το δείγμα που εξετάστηκε αποτελούταν από μαθητές Γυμνασίου σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές της Ελλάδας, με στόχο την αντιπροσώπευση της γενικής πληθυσμιακής ποικιλομορφίας και την κατανόηση των διαφορετικών κοινωνικο-πολιτισμικών πλαισίων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εφήβων. Η εκτενής προσέγγιση του δείγματος έχει ως στόχο την αξιοποίηση της πολυποικιλότητας και την ανάλυση των διαφόρων παραμέτρων που επηρεάζουν τις μελετηθείσες συμπεριφορές. Μέσω της διεξοδικής ανάλυσης του δείγματος, η έρευνα αποσκοπεί στην απόκτηση συνολικής και εμβαθυμένης κατανόησης των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση αυτών των συμπεριφορών

Αρχικά, τα ευρήματα έδειξαν ποσοστό εμφάνισης ΑΜΑΣ 26,3%, ποσοστό εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων 28,9% και ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας 9%. Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης τέτοιων συμπεριφορών αποτελούσαν κορίτσια. Πιο συγκεκριμένα, από τους μαθητές που απάντησαν πως αυτοτραυματίζονται, τα 1.001 ήταν κορίτσια, τα 423 ήταν αγόρια και τα 71 είχαν επιλέξει ως προσδιορισμού φύλου το «άλλο». Από τα παιδιά που δήλωσαν ότι είχαν εμφανίσει αυτοκτονικές σκέψεις, τα 1.112 ήταν κορίτσια, τα 454 ήταν αγόρια και τα 77 «άλλο». Αναφορικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας, ο αριθμός των κοριτσιών που είχαν δηλώσει ότι είχα προχωρήσει σε απόπειρα ήταν 346 έναντι 125 αγοριών και 40 μαθητών με «άλλο» φύλο.

Σε ό,τι σχετίζεται με τις εμπειρίες εκφοβισμού, 26,2% των μαθητών είχα βιώσει εμπειρίες παραδοσιακού εκφοβισμού και το 16,5% των μαθητών είχαν βιώσει εμπειρίες

ηλεκτρονικού εκφοβισμού. Πιο συγκεκριμένα, από το σύνολο των μαθητών τα ποσοστά σχετικά με τον παραδοσιακό εκφοβισμό έδειξαν ότι το 21,3% είχε υπάρξει θύμα, το 10,4% είχε υπάρξει θύτης και το 5,2% είχε υπάρξει θύμα-θύτης. Για τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό, το 11,6% είχε υπάρξει θύμα, το 8,4% είχε υπάρξει θύτης και το 3,5% είχε εμπλακεί σε εμπειρίες ως θύμα-θύτης

Επιπλέον βρέθηκε ότι το 43,6% των μαθητών είχε νιώσει την ανάγκη για αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας και ο μέσος όρος από τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα «Δυνατοτήτων και Δυσκολιών» ήταν 14,15. Στις αναλύσεις για την εξέταση προβλεπτικών παραγόντων φάνηκε ότι το φύλο, η σύσταση της οικογένειας, η διαβίωση σε αστική περιοχή, η ανάγκη αναζήτησης εξωτερικής βοήθειας, οι συνολικές δυσκολίες SDQ και οι εμπειρίες εκφοβισμού μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση ΑΜΑΣ, αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν 5.711 μαθητές, οι οποίοι ήταν μεταξύ 11 και 16 ετών. Τα κορίτσια αποτελούσαν το 54,5% του δείγματος, τα αγόρια το 43,8%, ενώ υπήρχε ποσοστό 1,7% που αυτοπροσδιορίστηκε ως «άλλο». Το 67,2% των μαθητών διέμεναν στην Αττική, με το υπόλοιπο ποσοστό να διαμένει σε ημι-αστικές περιοχές. Επιπλέον το 98% των μαθητών είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα και το 86,3% ζούσε με τους δύο βιολογικούς γονείς. Τέλος, το 88,4% δήλωσε ότι το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας ήταν «μεσαίο», το 9,8% «υψηλό» και το 1,8% «χαμηλό».

Όπως προέκυψε από την μετα-ανάλυση των Xiao et al. (2022) τα ποσοστά για τον επιπολασμό των ΑΜΑΣ ήταν υψηλά. Πιο συγκεκριμένα, οι παραπάνω πραγματοποίησαν μία ανασκόπηση ερευνών από το 2010 ως το 2021, στις οποίες συμμετείχε μη κλινικό δείγμα 264.638 εφήβων και μετρούσε τις ΑΜΑΣ, ορίζοντας τις ως «η σκόπιμη, αυτοπροκαλούμενη καταστροφή σωματικού ιστού, όπως κόψιμο, κάψιμο και δάγκωμα, χωρίς απόπειρα

αυτοκτονίας». Ο συνολικός επιπολασμός των ΑΜΑΣ βρέθηκε να είναι παρόμοιος για την συνολική διάρκεια ζωής (22,0%) και κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών (23,2%), εύρημα που βρίσκεται να είναι κοντά στο ποσοστό της παρούσας έρευνας (26,3%). Επιπλέον, στην ανασκόπηση των Plener et al. (2018), σε πληθυσμό εφήβων μαθητών σε σχολεία της Γερμανίας βρέθηκαν ποσοστά επιπολασμού ΑΜΑΣ 25-35%. Επίσης, στην ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Lucena et al. (2022) εξετάστηκε ο επιπολασμός ΑΜΑΣ από το 1994 ως το 2020 σε κοινοτικό δείγμα 790.884 εφήβων διεθνώς. Τα υψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν να έχουν έφηβοι στην Ευρώπη (21%), ενώ το χαμηλότερο ποσοστό επιπολασμού ήταν στην Ωκεανία (14%).

Σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των ΑΜΑΣ, από την παρούσα έρευνα φάνηκε ότι τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια έχουν 27,5% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τέτοιες συμπεριφορές. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σύμφωνο με την βιβλιογραφία, καθώς φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με το φύλο (θηλυκό) και υψηλότερα ποσοστά ΑΜΑΣ (Xiao et al., 2022), ενώ επιβεβαιώνεται και από τους Lucena et al. (2022) ότι τα κορίτσια έχουν 1,57 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά σε σχέση με τα αγόρια.

Όπως προέκυψε από τα ευρήματα τις έρευνας, σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την εμφάνιση ΑΜΑΣ αποτελούσε και ο αυτοπροσδιορισμός φύλου ως «άλλο» (OR=3.573), αν και οι μαθητές με αυτόν τον προσδιορισμό φύλου ήταν αρκετά μικρό ποσοστό (1,7%). Σύμφωνα με τον (McCartney, 2016) οι λεσβίες, οι ομοφυλόφιλοι, οι αμφιφυλόφιλοι, οι τρανς και άτομα που αμφισβητούν την σεξουαλικότητά τους (LGBTQ) διατρέχουν 6 φορές υψηλότερο κίνδυνο ΑΜΑΣ από τους ετεροφυλόφιλους, όπως προέκυψε και από την συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησε από άρθρα από το 2005 ως το 2016 σχετικά με τις ΑΜΑΣ σε πληθυσμούς LGBTQ και ετεροφυλόφιλους. Παράλληλα η μελέτη των Reisner et al. (2014) διερεύνησε διαφορές στις ΑΜΑΣ και τις απόπειρες

αυτοκτονίας λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού χρησιμοποιώντας αντιπροσωπευτικά δεδομένα από την Έρευνα Κινδύνων Συμπεριφοράς Νέων της Μασαχουσέτης του 2007 (N= 3.131). Οι έφηβοι οι οποίοι αυτοπροσδιορίζονταν ως λεσβίες, ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι και αμφισβητούμενοι (LGBQ) αποτελούσαν το 7% του δείγματος, αλλά αντιπροσώπευαν το 67% των ΑΜΑΣ και το 80% των αποπειρών αυτοκτονίας. Σε σύγκριση με τους ετεροφυλόφιλους, οι έφηβοι LGBQ είχαν αυξημένες πιθανότητες ΑΜΑΣ ((aOR) 2,76) και απόπειρες αυτοκτονίας (aOR 2,73).

Σύμφωνα με μελέτες έχει αναφερθεί ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του αυτοτραυματισμού και της κοινωνικοοικονομικής ανέχειας (Gunnell et al., 1995, Hawton et al., 2001, Hempstead, 2006). Επίσης, μεγαλύτερη εμφάνιση αυτοτραυματικής συμπεριφοράς αναφέρεται ότι παρατηρείται σε αστικές περιοχές (Harriss & Hawton, 2011). Στην μελέτη που πραγματοποιήσαμε, φάνηκε να μην υπάρχει σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση ΑΜΑΣ και την διαβίωση σε αστική περιοχή, με τους μαθητές που ζούσαν σε αστική περιοχή να έχουν 1.88 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εμφάνιση ΑΜΑΣ, ωστόσο δεν βρέθηκε συσχέτιση με το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας.

Επιπλέον, από τις αναλύσεις της έρευνας μας προέκυψε ότι το να διαβιεί το παιδί με τους βιολογικούς γονείς έχει 28,6% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσει ΑΜΑΣ σε σύγκριση με τα παιδιά που ζουν σε οποιαδήποτε άλλη σύσταση οικογένειας. Από την συγχρονική έρευνα των Carbone et al. (2021) σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα νέων 5-17 στις ΗΠΑ (N=143.113.677) από το 2006 έως το 2015 για την αξιολόγηση των συσχετίσεων μεταξύ παιδικών αντιξοοτήτων, ΑΜΑΣ και αποπειρών αυτοκτονίας προέκυψε πολύ ισχυρή συσχέτιση της εμφάνισης ΑΜΑΣ με την πιθανότητα έκθεσης σε οικογενειακή αναστάτωση λόγω χωρισμού ή διαζυγίου (aOR = 15,69). Αντίθετα, σε έρευνα των Baetens et al. (2014) σε πληθυσμό 1.439 προ-εφήβων 12 ετών για την διερεύνηση συσχέτισης ΑΜΑΣ και

οικογενειακής λειτουργικότητας, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην δομή της οικογένειας, τη λειτουργία της οικογένειας και τα γεγονότα της οικογενειακής ζωής.

Στην μετα-ανάλυση των Wang et al. (2022) για τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης αυτοτραυματικής συμπεριφοράς σε εφήβους, εντοπίστηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν 7 τομείς που αποτελούσαν παράγοντες κινδύνου, με την μία κατηγορία να είναι ο εκφοβισμός. Συνολικά, 7 από όλες τις μελέτες που συμπεριέλαβαν εξετάζαν τον εκφοβισμό, με κύριες κατηγορίες τον παραδοσιακό εκφοβισμό και τον διαδικτυακό εκφοβισμό, με το συγκεντρωτικό OR (OR, 1,98) να δείχνει ότι ο εκφοβισμός ήταν ένας σχετικά ασθενής παράγοντας κινδύνου. Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε φάνηκε ότι η εμπειρία παραδοσιακού εκφοβισμού ως θύμα και θύτης και η εμπειρία ηλεκτρονικού εκφοβισμού ως θύμα λειτουργούν ως προβλεπτικοί παράγοντες για εμφάνιση ΑΜΑΣ σε σημαντικότερο βαθμό. Αντίστοιχα, στην συστηματική ανασκόπηση των Serafini et al. (2023), εξετάστηκε η σχέση εμπειριών εκφοβισμού και εμφάνισης ΑΜΑΣ. Τα κύρια ευρήματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι τόσο το να είσαι θύμα εκφοβισμού όσο και το είσαι θύτης εκφοβισμού μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο σχετικά με την εμφάνιση των ΑΜΑΣ και την αυτοκτονία, βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Σχετικά με τον ηλεκτρονικό εκφοβισμό οι Fridh et al. (2019) πραγματοποίησαν έρευνα στην Σουηδία, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την έρευνα δημόσιας υγείας σε παιδιά και εφήβους (17.092 μαθητές) ώστε να εξετάσουν συσχετίσεις μεταξύ ΑΜΑΣ και εμπειριών διαδικτυακού εκφοβισμού μεταξύ ψυχικά διαταραγμένων εφήβων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θυματοποίηση από συνομηλίκους μέσω διαδικτύου συνδέεται με εμφάνιση ΑΜΑΣ, ειδικά μεταξύ των θυμάτων και των θυτών-θυμάτων εκφοβισμού.

Σε ότι αφορά στις αυτοκτονικές σκέψεις, τα αποτελέσματα από την έρευνα μας έδειξαν ένα ποσοστό 28,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις απόπειρες αυτοκτονίας ήταν 9%. Σύμφωνα με την έρευνα των Zygo et al. (2019) για τον επιπολασμό και τους παράγοντες

κινδύνου για εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού, τάσεων αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας στην Πολωνία σε μαθητές ηλικίας 13-19 ετών (N=5.685), ο επιπολασμός του αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν 24,66%, για σχέδιο αυτοκτονίας 15,5% ενώ για απόπειρες αυτοκτονίας 4,37%, με το ποσοστό αποπειρών να είναι αρκετά μικρότερο από τα ευρήματα της έρευνάς μας. Ωστόσο, σε έρευνα στην Τυνησία για τον επιπολασμό του αυτοκτονικού ιδεασμού και των αποπειρών αυτοκτονίας σε εφήβους-μαθητές (N=5.674) κατά την περίοδο Μάρτιος και Απρίλιος 2012, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ήταν 26,9% για φευγαλέες αυτοκτονικές σκέψεις, 9,6% για σοβαρές αυτοκτονικές σκέψεις και 7,3% για απόπειρες αυτοκτονίας (Guedria-Tekari et al., 2019).

Σχετικά με το φύλο και τις αυτοκτονικές σκέψεις στην έρευνά μας, τα αγόρια φάνηκε να έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων συγκριτικά με τα κορίτσια σε ποσοστό 33,6%, ενώ οι μαθητές που ανέφεραν ως φύλο το «άλλο» είχαν 4,53 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τέτοιες σκέψεις, συγκριτικά με τα κορίτσια. Αντίστοιχα, τα ποσοστά για τις απόπειρες αυτοκτονίας ήταν 28% λιγότερες πιθανότητες για τα αγόρια και 2,74 φορές περισσότερες πιθανότητες για το «άλλο» να εκδηλώσουν απόπειρες αυτοκτονίας συγκριτικά με τα κορίτσια. Το γεγονός ότι τα κορίτσια έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών επιβεβαιώνεται και από την μετα-ανάλυση των Uddin et al. (2019), που πραγματοποιήθηκε σε δεδομένα από μαθητές ηλικίας 13-17 ετών (N= 229.129) ανάμεσα στο 2003 και 2015 σε 59 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος σε έξι περιφέρειες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια είχαν υψηλότερο επιπολασμό από τα αγόρια για αυτοκτονικό ιδεασμό (18,5% έναντι 15,1%), σχέδιο αυτοκτονίας (18,2% έναντι 15,6%) και απόπειρες αυτοκτονίας (17,4% έναντι 16,3%). Παράλληλα, σύμφωνα με τους Hatchel et al. (2021) η υπάρχουσα βιβλιογραφία αναφορικά με την θετική συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονικών σκέψεων και

αποπειρών αυτοκτονίας των νέων LGBTQ προσφέρει μια ισχυρή βάση και εξακολουθεί να αναπτύσσεται.

Επιπλέον, από την έρευνα των Guedria-Tekari et al. (2019) φαίνεται ότι περισσότεροι από τους εφήβους που εμφάνισαν αυτοκτονικές σκέψεις, σχέδια αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας από εκείνους που δεν ανέφεραν τέτοιες συμπεριφορές, μεγάλωσαν σε μονογονεϊκές οικογένειες. Δεδομένο που αντίστοιχα προκύπτει από την έρευνα μας, καθώς τα παιδιά που ζούσαν με τους δύο βιολογικούς γονείς φάνηκε να έχουν λιγότερες πιθανότητες για αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας σε ποσοστό 27,4 % και 31,7%, αντίστοιχα.

Η έρευνα των Guedria-Tekari et al. (2019) έδειξε επίσης ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν πολύ πιο συχνές μεταξύ εκείνων που ζούσαν σε αστικές περιοχές από ό,τι σε εκείνους που ζούσαν σε ημι-αστικές περιοχές, ευρήματα που συμφωνούν με τα ευρήματα της έρευνας μας, καθώς φάνηκε ότι μαθητές που ζούσαν σε αστική περιοχή είχαν 1,71 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να προβούν σε απόπειρα αυτοκτονίας συγκριτικά με όσους διαβιούσαν σε ημι-αστική περιοχή.

Σε έρευνα των Caro-Cañizares et al. (2019) σε 239 ασθενείς με μέση ηλικία 14,11 έτη, από τις Εξωτερικές Ψυχιατρικές Υπηρεσίες Παιδιών και Εφήβων, στην Ισπανία από το 2011 έως το 2012 εξετάστηκε η σχέση αυτοκτονικών συμπεριφορών με το προφίλ απορρύθμισης μέσω της κλίμακας «Δυνατοτήτων και δυσκολιών» SDQ-DP. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι έφηβοι που έφτανα την βαθμολογία για απορυθμιστικό προφίλ παρουσίασαν σημαντικά περισσότερα σχέδια αυτοκτονίας, χειρονομίες αυτοκτονίας και απόπειρες αυτοκτονίας από εκείνους που δεν το έκαναν. Όπως και στα αποτελέσματα της έρευνας μας, φάνηκε ότι η υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα SDQ φάνηκε να συνδέεται με παραπάνω πιθανότητες εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων ή αποπειρών αυτοκτονίας. Παράλληλα για

τις ΑΜΑΣ και τα αποτελέσματα στην κλίμακα SDQ, υπάρχουν δύο έρευνες που έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ των ΑΜΑΣ και του ερωτηματολογίου «Δυνατοτήτων και δυσκολιών». Αυτές οι μελέτες βρήκαν μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και ΑΜΑΣ μόνο μεταξύ των κοριτσιών (Lundh et al., 2011) και μια σχέση μεταξύ ψυχολογικού στρες και ΑΜΑΣ μεταξύ των Γερμανών εφήβων (Caro-Cañizares et al., 2019). Ωστόσο στην δική μας μελέτη βρέθηκε ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της εμφάνισης ΑΜΑΣ και των συνολικών δυσκολιών SDQ, με τα παιδιά με υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα να έχουν 1.12 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΑΜΑΣ.

Στην μετα-ανάλυση των (Van Geel et al., 2014) που περιελάμβανε 34 μελέτες, διαπιστώθηκε ότι η θυματοποίηση από συνομηλίκους σχετιζόταν σημαντικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (OR = 2,23), ενώ μια εξέταση 9 μελετών έδειξε ότι η θυματοποίηση των συνομηλίκων συσχετίστηκε σημαντικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας (OR = 2,55) μεταξύ των εφήβων (Hinduja & Patchin, 2010). Πράγματι, το βάρος των εμπειρικών αποδεικτικών στοιχείων υπογραμμίζει σταθερά ότι οι μαθητές που εμπλέκονται σε εμπειρίες εκφοβισμού ως θύτες ή θύματα ή/και σε διαδικτυακό εκφοβισμό, ως θύτες ή θύματα, έχουν αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονικών σκέψεων, αποπειρών αυτοκτονίας και ολοκληρωμένων αυτοκτονιών (Hinduja & Patchin, 2010). Στην έρευνα μας βρέθηκε να υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων και αποπειρών αυτοκτονίας με τις εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού, στους ρόλους θυμάτων αλλά και θυτών.

Η πρόληψη των μη αυτοκτονικών αυτοτραυματισμών σε νεαρούς εφήβους θα πρέπει να επικεντρωθεί στο να βοηθήσει τα παιδιά που εκφοβίζονται να αντιμετωπίσουν πιο κατάλληλα την αγωνία τους. Τα προγράμματα θα πρέπει να απευθύνονται σε παιδιά που αντιμετωπίζουν επιπλέον προβλήματα ψυχικής υγείας, έχουν οικογενειακό ιστορικό απόπειρας/ολοκληρωμένης αυτοκτονίας, ή έχουν υποστεί κακομεταχείριση από κάποιον

ενήλικα (Fisher et al., 2012). Τα ευρήματα από την μελέτη των Islam et al., (2020) έδειξαν επίσης την ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης των θυμάτων εκφοβισμού για την πρόληψη του κινδύνου ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονικότητας και αυτοτραυματισμού στους μαθητές. Επίσης, η αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Μπορούν να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη της αυτοκτονίας παρατηρώντας τους παράγοντες που συνδέονται σημαντικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Cheng et al.,2009). Στη συνέχεια, μπορούν να ληφθούν μέτρα για τον εντοπισμό των εφήβων που έχουν σοβαρό αυτοκτονικό ιδεασμό, ώστε να μπορεί να γίνει παρέμβαση για τη μείωση του ποσοστού αυτοκτονίας (Cheng et al.,2009). Ιδιαίτερος στην Ελλάδα η συστηματική μελέτη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων παραμένει πολύ περιορισμένη (Κολαΐτης και συν., 2020).

Συνοψίζοντας, γίνεται φανερό ότι εκφοβισμός αποτελεί μια σοβαρή απειλή που επηρεάζει σοβαρά την ψυχική και σωματική ανάπτυξη των ατόμων, ειδικά όταν αυτός συμβαίνει εντός εκπαιδευτικού πειβάλλοντος. Οι επιπτώσεις του εκφοβισμού μπορούν να είναι σοβαρές και διαρκείς, επηρεάζοντας την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική ένταξη και την ψυχική υγεία. Σε αυτό το πλαίσιο, η πρόληψη και η παρέμβαση στον εκφοβισμό αποτελούν ουσιώδεις παράγοντες για τη δημιουργία ενός πιο ασφαλούς και υγιούς περιβάλλοντος. Ο εκφοβισμός συχνά εκδηλώνεται μέσω της επαναλαμβανόμενης αρνητικής συμπεριφοράς ή απειλών από ένα ή περισσότερα άτομα προς ένα άλλο, είτε στο φυσικό περιβάλλον είτε μέσω των ηλεκτρονικών μέσων. Οι συνέπειες του εκφοβισμού είναι σοβαρές και ποικίλες, αφού μπορεί να οδηγήσει σε αυτοτραυματικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές, με κύρια συνέπεια του εκφοβισμού την επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ατόμων που εμπλέκονται. Η συνεχής έκθεση στην αρνητική συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα ανασφάλειας, άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, ο εκφοβισμός μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κοινωνική ζωή του ατόμου αλλά και να έχει επίσης σοβαρές επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή επίδοση των μαθητών. Ωστόσο, η επίπτωση του εκφοβισμού δεν περιορίζεται μόνο στα θύματα. Οι θύτες

εκφοβισμού επίσης υποφέρουν από τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα που αφορούν την ψυχική τους υγεία και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Η πρόληψη και η παρέμβαση στον εκφοβισμό απαιτούν συλλογικές προσπάθειες από την κοινότητα, το σχολείο, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς. Μια πρώτη προσέγγιση είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προάγει την αμοιβαία κατανόηση, την συμπερίληψη και τον σεβασμό. Οι εκπαιδευτικές δράσεις που εστιάζουν στην ενίσχυση της επίγνωσης και των δεξιοτήτων των μαθητών σχετικά με τον εκφοβισμό είναι ουσιώδεις για τη μείωση των περιστατικών.

Επιπλέον, η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών και του προσωπικού του σχολείου είναι αναγκαία προκειμένου να αναγνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια του εκφοβισμού και να αντιμετωπίζουν τα περιστατικά με αποτελεσματικό και όχι τιμωρητικό τρόπο. Σημαντικός παράγοντας στην πρόληψη του εκφοβισμού είναι η ενθάρρυνση της ανοιχτής επικοινωνίας και η προώθηση της αναφοράς των περιστατικών από τους μαθητές, μέσω κατάλληλων καναλιών επικοινωνίας και μέσα σε κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

Ακόμη, η ψυχολογική υποστήριξη παίζει κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων του εκφοβισμού στα θύματα. Τα προγράμματα πρόληψης που περιλαμβάνουν εναλλακτικές δράσεις όπως οι ομάδες ή η δραστηριότητες που ενισχύουν την αυτοεκτίμηση μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά να αναπτύξουν την ανθεκτικότητά τους έναντι του εκφοβισμού.

Εν κατακλείδι, η πρόληψη και η παρέμβαση στον εκφοβισμό είναι αναγκαίες για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προάγει την ευημερία και την ασφάλεια των ατόμων. Μέσω της συνεργασίας μεταξύ του κράτους, των φορέων και των σχολικών μονάδων και της εφαρμογής κατάλληλων προληπτικών και παρεμβατικών μέτρων, μπορούμε να

δημιουργήσουμε ένα περιβάλλον όπου ο εκφοβισμός δεν έχει θέση και όλοι οι άνθρωποι αναπτύσσονται με υγιή τρόπο.

Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα διαθέτει αρκετά σημαντικά πλεονεκτήματα που αξίζει να επισημανθούν. Καταρχάς, αποτελεί την πρώτη μελέτη στην εθνική κλίμακα που εντάσσεται σε μια διεθνή πρωτοβουλία για την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας των εφήβων μαθητών, καθώς και των επιπτώσεων της πανδημίας του COVID-19 σε αυτήν. Αυτή η διαδικασία αναδεικνύει την αξία της έρευνας ως ένα πρώτου βαθμού εργαλείο για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των νέων.

Ένα άλλο σημαντικό πλεονέκτημα της έρευνας είναι η μεγάλη δειγματοληψία που πραγματοποιήθηκε, με τη συμμετοχή 5.711 μαθητών γυμνασίου. Η μεγάλη αυτή δειγματοληψία επιτρέπει την εξαγωγή αξιόπιστων και αντιπροσωπευτικών συμπερασμάτων. Επιπλέον, το δείγμα καλύπτει διάφορες πόλεις της Ελλάδας, όπως Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πύργο, Καρδίτσα, Τήνος και Κεφαλονιά, προσφέροντας έτσι μια ευρεία γεωγραφική κάλυψη και επιτρέποντας την ασφαλή γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, η έρευνα αποτελεί την πρώτη που εφαρμόστηκε σε σχολικό περιβάλλον και περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές, όπως οι αυτοτραυματικές μη-αυτοκτονικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα που προέκυψαν από τη μελέτη αυτή συνιστούν σημαντική προσθήκη στην υφιστάμενη βιβλιογραφία και μπορούν να συμβάλουν στην περαιτέρω κατανόηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας των εφήβων και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Στην παρούσα έρευνα, πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι σημαντικοί περιορισμοί που επηρεάζουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αρχικά, αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη που διεξήχθη αποτελεί μια συγχρονική έρευνα, πράγμα που σημαίνει ότι δεν ήταν εφικτή η εξέταση πιθανών αιτιολογικών συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Αυτό περιορίζει την ικανότητά μας να κατανοήσουμε την πραγματική φύση των σχέσεων μεταξύ των διαφόρων παραγόντων που μελετήθηκαν. Επιπλέον, ένας ακόμη περιορισμός είναι η χρήση ερωτηματολογίου αυτο-αναφοράς από τους συμμετέχοντες. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχουμε τη δυνατότητα να διασφαλίσουμε την ακρίβεια και την ειλικρίνεια των απαντήσεων των μαθητών. Ωστόσο, το γεγονός αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει στους μαθητές το αίσθημα ασφάλειας να μοιραστούν απόρρητες πληροφορίες, τις οποίες δεν είχαν επικοινωνήσει έως τώρα. Αυτά τα περιορισμένα χαρακτηριστικά της μεθόδου μπορούν να επηρεάσουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων μας. Επομένως, παρά την αξία της έρευνας μας, πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στην ερμηνεία των ευρημάτων μας και να λαμβάνουμε υπόψη τους περιορισμούς που επηρεάζουν την αξιοπιστία της.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η έρευνα για τις αυτοτραυματικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές στην Ελλάδα παρουσιάζει ορισμένες προκλήσεις και περιορισμούς που αξίζει να διερευνηθούν περαιτέρω. Πρώτον, οι διαθέσιμες έρευνες είναι περιορισμένες και σε μερικές περιπτώσεις δεν καλύπτουν επαρκώς το εύρος των αυτοτραυματικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών στον ελληνικό πληθυσμό. Επομένως, είναι αναγκαίο να δοθεί έμφαση στη διεξαγωγή μελετών με μεγαλύτερο δείγμα και ποικιλία δειγμάτων, που θα επιτρέψουν πιο αξιόπιστες και γενικεύσιμες παρατηρήσεις.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά τη μέθοδο και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στις έρευνες. Οι περισσότερες μελέτες βασίζονται σε ποσοτικές μεθόδους, όπως τα ερωτηματολόγια, παραμελώντας σε μεγάλο βαθμό την ποιοτική προσέγγιση. Θα ήταν χρήσιμο να εμπλουτιστεί η έρευνα με ποιοτικές μεθόδους, όπως οι συνεντεύξεις και οι παρατηρήσεις, προσφέροντας έτσι πιο εμπειρισταωμένη κατανόηση των φαινομένων.

Επιπλέον, η μελέτη των εμπειριών εκφοβισμού απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση προστατευτικών παραγόντων και πλαισίων που επηρεάζουν αυτές τις συμπεριφορές. Η διερεύνηση αυτών των παραγόντων μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τον τρόπο αντιμετώπισης και πρόληψης του εκφοβισμού, καθώς και για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων παρέμβασης.

Τέλος, η εξέταση της σχέσης μεταξύ εμπειριών εκφοβισμού και αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας μπορεί να αποκαλύψει τις πιθανές αιτίες που οδηγούν τα θύματα σε επιβλαβείς συμπεριφορές, επισημαίνοντας τη σημασία των προληπτικών και παρεμβατικών προγραμμάτων σε διαφορετικά επίπεδα, από το ατομικό έως το κοινοτικό.

Συμπεράσματα

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα είχε κάποιους περιορισμούς, είναι γεγονός ότι αναδείχθηκαν τα ποσοστά αυτοτραυματικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών σε εφήβους-μαθητές Γυμνασίου, τομέα έρευνας αρκετά περιορισμένο στην Ελλάδα. Τα ποσοστά εμφάνισης αυτοτραυματικών-μη αυτοκτονικών συμπεριφορών ήταν 26,3% , αυτοκτονικού σκέψεων 28,9% και αποπειρών αυτοκτονίας 9%, με τα κορίτσια να εμφανίζουν αυτές τις συμπεριφορές σε διπλάσιο ποσοστό από τα αγόρια. Αναφορικά με τα ποσοστά εμπλοκής σε εμπειρίες εκφοβισμού καταγράφηκε ποσοστό εμπειριών παραδοσιακού εκφοβισμού 26,2% και 16,5% σε ηλεκτρονικό εκφοβισμό. Επί προσθέτως, από τις αναλύσεις προέκυψε ότι το

φύλο, η σύσταση της οικογένειας, η διαβίωση σε αστική περιοχή, η υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα «Δυνατοτήτων και Δυσκολιών», η ανάγκη για αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας και η εμπλοκή σε εμπειρίες παραδοσιακού και ηλεκτρονικού εκφοβισμού ως θύμα ή θύτης είναι πιθανόν να επηρεάσουν την ομάδα εφήβων που εμφανίζουν αυτοτραυματικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Αξίζει να σημειωθεί ότι το φύλο και ειδικότερα ο προσδιορισμός φύλου ως «άλλο», βρέθηκε να έχει την μεγαλύτερη επιρροή στην εμφάνιση αυτών των συμπεριφορών.

Η σοβαρότητα της εμφάνισης αυτοτραυματικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών, καθώς και η επίδρασή τους από τις εμπειρίες εκφοβισμού, επισημαίνουν την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σε αυτά τα πεδία. Ο εκφοβισμός μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων, οδηγώντας σε επικίνδυνες συμπεριφορές..

Η ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων πρόληψης και παρεμβάσης χρειάζεται να αποτελεί προτεραιότητα σε επίπεδο κοινότητας, σχολείου και οικογένειας. Η συμμετοχή των γονέων, των εκπαιδευτικών και των επαγγελματιών υγείας είναι ουσιώδης για την ανάπτυξη και την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, ώστε οι παρεμβάσεις να είναι αποτελεσματικές και κατάλληλες, στοχεύοντας στην ψυχική ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmed, I., Ali, S. M., Amenga-Etego, S., Ariff, S., Bahl, R., Baqui, A. H., Begum, N., Bhandari, N., Bhatia, K., Bhutta, Z. A., Biemba, G., Deb, S., Dhingra, U., Dube, B., Dutta, A., Edmond, K., Esamai, F., Fawzi, W., Ghosh, A. K., ... Zaidi, A. (2018). Population-based rates, timing, and causes of maternal deaths, stillbirths, and neonatal deaths in south Asia and sub-Saharan Africa: A multi-country prospective cohort study. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1297–e1308. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30385-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30385-1)
- Armitage, R. (2021). Bullying in children: Impact on child health. *BMJ Paediatrics Open*, 5(1), e000939. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000939>
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘Much ado about nothing’? *Psychological Medicine*, 40(5), 717–729. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991383>
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2014). Is Nonsuicidal Self-Injury Associated With Parenting and Family Factors? *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387–405. <https://doi.org/10.1177/0272431613494006>
- Bannink, R., Broeren, S., Van De Looij – Jansen, P. M., De Waart, F. G., & Raat, H. (2014). Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. *PLoS ONE*, 9(4), e94026. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094026>
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *Pediatrics*, 130(1), 39–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>

- Barzilay, S., Feldman, D., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., & Wasserman, D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 183*, 68–74.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.047>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry, 9*.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet, 393*(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 55–64.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmann, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J., Keeley, H., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(4), 337–348.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Carbone, J. T., Jackson, D. B., Holzer, K. J., & Vaughn, M. G. (2021). Childhood adversity, suicidality, and non-suicidal self-injury among children and adolescents admitted to emergency departments. *Annals of Epidemiology, 60*, 21–27.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.04.015>
- Caro-Cañizares, I., García-Nieto, R., Díaz de Neira-Hernando, M., Brandt, S. A., Baca-García, E., & Carballo, J. J. (2019). The SDQ dysregulation profile is associated with self-injurious thoughts and behaviors in adolescents evaluated at a clinical setting.

Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 12(4), 242–250.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.07.001>

Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J., & Chen, D. (2009).

Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x>

Chudal, R., Tiiri, E., Brunstein Klomek, A., Ong, S. H., Fossum, S., Kaneko, H., Kolaitis, G.,

Lesinskiene, S., Li, L., Huong, M. N., Praharaj, S. K., Sillanmäki, L., Slobodskaya, H.

R., Srabstein, J. C., Wiguna, T., Zamani, Z., Sourander, A., Akhondzadeh, S., Fung,

D. S. S., ... the Eurasian Child Mental Health Study (EACMHS) Group. (2022).

Victimization by traditional bullying and cyberbullying and the combination of these among adolescents in 13 European and Asian countries. *European Child &*

Adolescent Psychiatry, 31(9), 1391–1404. [https://doi.org/10.1007/s00787-021-01779-](https://doi.org/10.1007/s00787-021-01779-6)

6

Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review.

Frontiers in Psychology, 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>

De Luca, L., Giletta, M., Nocentini, A., & Menesini, E. (2022). Non-Suicidal Self-Injury in

Adolescence: The Role of Pre-Existing Vulnerabilities and COVID-19-Related Stress.

Journal of Youth and Adolescence, 51(12), 2383–2395.

<https://doi.org/10.1007/s10964-022-01669-3>

de Sousa, M. L., Peixoto, M. M., & Cruz, S. F. (2021). The Association between

Externalizing and Internalizing Problems with Bullying Engagement in Adolescents:

The Mediating Role of Social Skills. *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, 18(19), Article 19.

<https://doi.org/10.3390/ijerph181910444>

- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy, 50*(1), 60–72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- 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>
- Earls, F. (1982). Epidemiology and child psychiatry: Future prospects. *Comprehensive Psychiatry, 23*(1), 75–84. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(82\)90011-6](https://doi.org/10.1016/0010-440X(82)90011-6)
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., Harris, W. A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Whittle, L., Lim, C., & Wechsler, H. (2012). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, 61*(4), 1–162.
- Espelage, D. L., Hong, J. S., Kim, D. H., & Nan, L. (2018). Empathy, Attitude Towards Bullying, Theory-of-Mind, and Non-physical Forms of Bully Perpetration and Victimization Among U.S. Middle School Students. *Child & Youth Care Forum, 47*(1), 45–60. <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9416-z>
- Esposito, C., Bacchini, D., & Affuso, G. (2019). Adolescent non-suicidal self-injury and its relationships with school bullying and peer rejection. *Psychiatry Research, 274*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.018>
- Estimating the Prevalence of Early Childhood Serious Emotional/Behavioral Disorders: Challenges and Recommendations.* (χ.χ.). <https://doi.org/10.1177/003335490612100314>
- Feijóo, S., O’Higgins-Norman, J., Foody, M., Pichel, R., Braña, T., Varela, J., & Rial, A.

- (2021). Sex Differences in Adolescent Bullying Behaviours. *Psychosocial Intervention*, 30(2), 95–100. <https://doi.org/10.5093/pi2021a1>
- Fekkes, M., Pijpers, F. I. M., Fredriks, A. M., Vogels, T., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). 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*, 117(5), 1568–1574. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0187>
- Fergusson, D. M., & Horwood, J. L. (2001). The Christchurch Health and Development Study: Review of Findings on Child and Adolescent Mental Health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 287–296. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00902.x>
- Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., & Caspi, A. (2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: Longitudinal cohort study. *BMJ*, 344(apr26 2), e2683–e2683. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2683>
- Floros, G. D., Siomos, K. E., Fisoun, V., Dafouli, E., & Geroukalis, D. (2013). Adolescent Online Cyberbullying in Greece: The Impact of Parental Online Security Practices, Bonding, and Online Impulsiveness. *Journal of School Health*, 83(6), 445–453. <https://doi.org/10.1111/josh.12049>
- Fridh, M., Lindström, M., & Rosvall, M. (2019). Associations between self-injury and involvement in cyberbullying among mentally distressed adolescents in Scania, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(2), 190–198. <https://doi.org/10.1177/1403494818779321>
- Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>
- Giannakopoulos, G., Dimitrakaki, C., Papadopoulou, K., Tzavara, C., Kolaitis, G., Ravens-

- Sieberer, U., & Tountas, Y. (2013). Reliability and validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Greek adolescents and their parents. *Health, 2013*.
<https://doi.org/10.4236/health.2013.511239>
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry, 8*(1), 20.
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-20>
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., & Tountas, Y. (2009). The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry, 8*(1), 20.
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-20>
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics, 123*(3), 1059–1065. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1215>
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLOS ONE, 11*(4), e0153760.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
- Guedria-Tekari, A., Missaoui, S., Kalai, W., Gaddour, N., & Gaha, L. (2019). Suicidal ideation and suicide attempts among Tunisian adolescents: Prevalence and associated factors. *The Pan African Medical Journal, 34*(105), Article 105.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.105.19920>
- Gunn, J. F., & Goldstein, S. E. (2017). Bullying and Suicidal Behavior During Adolescence: A Developmental Perspective. *Adolescent Research Review, 2*(2), 77–97.
<https://doi.org/10.1007/s40894-016-0038-8>

- Harikrishnan, U., & Sailo, G. L. (2021). Prevalence of Emotional and Behavioral Problems among School-Going Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Community Medicine, 46*(2), 232. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_451_20
- Harriss, L., & Hawton, K. (2011). Deliberate self-harm in rural and urban regions: A comparative study of prevalence and patient characteristics. *Social Science & Medicine, 73*(2), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.011>
- Hatchel, T., Polanin, J. R., & Espelage, D. L. (2021). Suicidal Thoughts and Behaviors Among LGBTQ Youth: Meta-Analyses and a Systematic Review. *Archives of Suicide Research, 25*(1), 1–37. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1663329>
- Hatzenbuehler, M. L., Birkett, M., Van Wagenen, A., & Meyer, I. H. (2014). Protective School Climates and Reduced Risk for Suicide Ideation in Sexual Minority Youths. *American Journal of Public Health, 104*(2), 279–286. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301508>
- Hawton, K., Harriss, L., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2001). Social class and suicidal behaviour: The associations between social class and the characteristics of deliberate self-harm patients and the treatment they are offered. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*(9), 437–443. <https://doi.org/10.1007/s001270170021>
- Hempstead, K. (2006). The geography of self-injury: Spatial patterns in attempted and completed suicide. *Social Science & Medicine, 62*(12), 3186–3196. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.038>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, Cyberbullying, and Suicide. *Archives of Suicide Research, 14*(3), 206–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2019). Connecting Adolescent Suicide to the Severity of Bullying and Cyberbullying. *Journal of School Violence, 18*(3), 333–346. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1492417>

- Islam, Md. I., Khanam, R., & Kabir, E. (2020). Bullying victimization, mental disorders, suicidality and self-harm among Australian high schoolchildren: Evidence from nationwide data. *Psychiatry Research*, 292, 113364.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113364>
- John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e9044. <https://doi.org/10.2196/jmir.9044>
- 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>
- Khaki, Z., El-Salahi, S., & Cooper, M. (2022). Moderators and mediators of the association between bullying victimisation and self-harm and suicide in adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research Communications*, 2(2), 100030.
<https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100030>
- Kim, H. H., & Chun, J. (2020). Bullying Victimization, School Environment, and Suicide Ideation and Plan: Focusing on Youth in Low- and Middle-Income Countries. *Journal of Adolescent Health*, 66(1), 115–122.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.07.006>
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 44.

<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>

- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 524–531. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)
- Lucena, N. L., Rossi, T. A., Azevedo, L. M. G., & Pereira, M. (2022). Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 142, 106634. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106634>
- Lundh, L., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2011). Deliberate self-harm and psychological problems in young adolescents: Evidence of a bidirectional relationship in girls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 476–483. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00894.x>
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2021). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A.-L. (2022). Digital Media Use and Adolescents' Mental Health During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.793868>
- McCartney, J. (2016). *Self Harm and LGBTQ - A Systematic Review*.
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective. *Psychopathology, 47*(4), 207–219. <https://doi.org/10.1159/000358097>

Meeus, W. (2016). Adolescent psychosocial development: A review of longitudinal models and research. *Developmental Psychology, 52*(12), 1969–1993.

<https://doi.org/10.1037/dev0000243>

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55*(4), 295–300.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>

Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M., & Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Science, 16*(2), 114–118.

<https://doi.org/10.15547/tjs.2018.02.007>

Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A.,

- Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health, 64*(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Nitkowski, D., & Petermann, F. (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: Ein Überblick. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 79*(01), 9–20. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245772>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Oberle, E., Ji, X. R., Kerai, S., Guhn, M., Schonert-Reichl, K. A., & Gadermann, A. M. (2020). Screen time and extracurricular activities as risk and protective factors for mental health in adolescence: A population-level study. *Preventive Medicine, 141*, 106291. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106291>
- Olweus, D. (2012). Cyberbullying: An overrated phenomenon? *European Journal of Developmental Psychology, 9*(5), 520–538. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.682358>
- Olweus, D. (2013). School Bullying: Development and Some Important Challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 751–780. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(2), 97-107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018).

Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt international*.

<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>

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>

Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103501>

Reisner, S. L., Biello, K., Perry, N. S., Gamarel, K. E., & Mimiaga, M. J. (2014). A compensatory model of risk and resilience applied to adolescent sexual orientation disparities in nonsuicidal self-injury and suicide attempts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 545–556. <https://doi.org/10.1037/ort0000008>

Resett, S., & Gamez-Guadix, M. (2017). Traditional bullying and cyberbullying: Differences in emotional problems, and personality. Are cyberbullies more Machiavellians? *Journal of Adolescence*, 61(1), 113–116.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.09.013>

Ridout, K. K., Alavi, M., Ridout, S. J., Koshy, M. T., Awsare, S., Harris, B., Vinson, D. R., Weisner, C. M., Sterling, S., & Iturralde, E. (2021). Emergency Department Encounters Among Youth With Suicidal Thoughts or Behaviors During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(12), 1319–1328.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2457>

Selkie, E. M., Fales, J. L., & Moreno, M. A. (2016). Cyberbullying Prevalence Among US Middle and High School–Aged Adolescents: A Systematic Review and Quality

Assessment. *Journal of Adolescent Health*, 58(2), 125–133.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.026>

Serafini, G., Aguglia, A., Amerio, A., Canepa, G., Adavastro, G., Conigliaro, C., Nebbia, J., Franchi, L., Flouri, E., & Amore, M. (2023). 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>

Shoshani, A., & Kor, A. (2022). The mental health effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents: Risk and protective factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1365–1373. <https://doi.org/10.1037/tra0001188>

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12070>

Takizawa, R., Maughan, B., & Arseneault, L. (2014). Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence From a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 171(7), 777–784.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13101401>

Tang, J. J., Yu, Y., Wilcox, H. C., Kang, C., Wang, K., Wang, C., Wu, Y., & Chen, R. (2020). Global risks of suicidal behaviours and being bullied and their association in adolescents: School-based health survey in 83 countries. *EClinicalMedicine*, 19,

100253. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.100253>

Tsitsika, A. K., Barlou, E., Andrie, E., Dimitropoulou, C., Tzavela, E. C., Janikian, M., & Tsolia, M. (2014). Bullying Behaviors in Children and Adolescents: “An Ongoing Story”. *Frontiers in Public Health*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00007>

- Ttofi, M., & Farrington, D. (2009). What works in preventing bullying: Effective elements of anti-bullying programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research, 1*(1), 13–24. <https://doi.org/10.1108/17596599200900003>
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology, 7*(1), 27–56. <https://doi.org/10.1007/s11292-010-9109-1>
- Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: A population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health, 3*(4), 223–233. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6)
- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 168*(5), 435. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4143>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vergara, G. A., Stewart, J. G., Cosby, E. A., Lincoln, S. H., & Auerbach, R. P. (2019). Non-Suicidal self-injury and suicide in depressed Adolescents: Impact of peer victimization and bullying. *Journal of Affective Disorders, 245*, 744–749. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.084>
- Volk, A. A., Dane, A. V., & Marini, Z. A. (2014). What is bullying? A theoretical redefinition. *Developmental Review, 34*(4), 327–343. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.09.001>
- Wang, Y.-J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D.-W., Hu, S., & Yuan, T.-F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *eClinicalMedicine*,

46. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>

Wu, N., Hou, Y., Zeng, Q., Cai, H., & You, J. (2021). Bullying Experiences and Nonsuicidal Self-injury among Chinese Adolescents: A Longitudinal Moderated Mediation Model. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(4), 753–766.
<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01380-1>

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/fpsyt.2022.912441>

Zygo, M., Pawłowska, B., Potembska, E., Dreher, P., & Kapka-Skrzypczak, L. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(2), 329–336. <https://doi.org/10.26444/aaem/93817>

(χ.χ.). Ανακτήθηκε 15 Οκτώβριος 2023, από

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483/PDF/366483eng.pdf.multi>

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

Κολαΐτης, Γ. Α. και συνεργάτες (2020). Σύγχρονη Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία

Μπίμπου-Νάκου, Ι., Στογιανίδου, Α., Κιοσέογλου, Γ., & Παπαγεωργίου, Β. (2002). Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Goodman, R.: Strengths and Difficulties Questionnaire). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Επιμ.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα (σελ. 411–413). Ελληνικά Γράμματα

Τσιάντης, Ι., (2008). Ενδοσχολική Βία. 11ο Πρόγραμμα Προαγωγής Ψυχικής Υγείας, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πρόσκληση Συμμετοχής σε Μελέτη

Αγαπητέ/ή γονέα

Το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Turku της Φινλανδίας, διενεργούν μελέτη για την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας εφήβων μαθητών, υπό το πρίσμα της πανδημίας COVID-19, και τη διερεύνηση παραγόντων προστασίας και κινδύνου σχετικά με τη γενικότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του αναφερόμενου πληθυσμού.

Η μελέτη εντάσσεται στα πλαίσια του διακρατικού δικτύου GCAHMS (Global Child and Adolescent Mental Health Study) με τη συμμετοχή 19 χωρών από την Ευρώπη, Ασία, Αφρική και Λατινική Αμερική, στα πλαίσια μια διεθνούς πρωτοβουλίας ενίσχυσης της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων, ως απόκριση στις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες που καλούνται να καλύψουν οι δομές ψυχικής και γενικής υγείας.

Η παρούσα μελέτη απευθύνεται σε μαθητές Γυμνασίου, ηλικίας 12-15 ετών, οι οποίοι θα κληθούν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο, κατασκευασμένο για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, εντός της σχολικής τάξης, υπό την παρουσία τους εκπαιδευτικού και του ερευνητή. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα διαρκέσει 20 λεπτά και θα πραγματοποιηθεί εντός μίας (1) προκαθορισμένης διδακτικής ώρας.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι **απολύτως εθελοντική και ανώνυμη**, όλες οι πληροφορίες που θα συλλεγούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα διατηρηθούν εμπιστευτικές, και μόνο οι υπεύθυνοι ερευνητές θα έχουν πρόσβαση στα ερευνητικά δεδομένα. Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιείται κατά βάσει της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Ν, 4624/2019). Η συμμετοχή δε στην παρούσα μελέτη δεν εγκυμονεί κανένα κίνδυνο για τη σωματική και ψυχική υγεία των μαθητών/τριών.

Απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής στην παρούσα μελέτη αποτελεί η διασφάλιση της ενημερωμένης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων μαθητών/τριών, διατηρούν δε το δικαίωμα της άρνησης συμμετοχής και απόσυρσης από την έρευνα ανά πάσα στιγμή και για οποιοδήποτε λόγο, χωρίς καμία συνέπεια.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω ενημερωθεί σχετικά με τη μελέτη και αποδέχομαι τη συμμετοχή του παιδιού μου σ' αυτή. Το παιδί μου διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί τη συμμετοχή του ή να αποσυρθεί από τη μελέτη.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΟΝΕΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

__/__/____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

__/__/____

Ερωτηματολόγιο Μαθητών



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

Διεθνής Μελέτη Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων *Global Child and Adolescent Mental Health Study*

Αγαπητέ/ή μαθητή/μαθήτριά,

Το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο των Αθηνών σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Turku της Φινλανδίας, διενεργούν μελέτη για την αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας εφήβων μαθητών, υπό το πρίσμα της πανδημίας COVID-19, και τη διερεύνηση παραγόντων προστασίας και κινδύνου σχετικά με τη γενικότερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του αναφερόμενου πληθυσμού.

Η συμμετοχή στη έρευνα είναι **απολύτως εθελοντική και ανώνυμη**, όλες οι πληροφορίες που θα συλλεγούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα διατηρηθούν εμπιστευτικές, και μόνο οι υπεύθυνοι ερευνητές θα έχουν πρόσβαση στα ερευνητικά δεδομένα. Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιείται βάσει της κείμενης νομοθεσίας περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων (Ν. 4624/2019). Η συμμετοχή δε στην παρούσα μελέτη δεν εγκυμονεί κανένα κίνδυνο για τη σωματική και ψυχική υγεία των μαθητών/τριών.

Οδηγός Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

Το παρόν ερωτηματολόγιο περιέχει προτάσεις και ερωτήσεις σχετικά με χαρακτηριστικά των εφήβων και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Παρακαλούμε απαντήστε κάθε ερώτηση στο βαθμό που σας αντιπροσωπεύει τώρα, κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι (6) μηνών ή κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων/καραντίνας λόγω COVID-19. Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ακόμα και εάν δεν είστε σίγουροι ή σας φαίνονται αστείες.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προϋποθέτει τη συγκατάθεσή σας. Σε περίπτωση που δεν επιθυμείτε να συμμετέχετε, μπορείτε να αφήσετε το ερωτηματολόγιο κενό.

Η βοήθειά σας είναι ιδιαίτερα πολύτιμη και σημαντική!

Με εκτίμηση,

Εκ μέρους της Ελληνικής ερευνητικής ομάδας,

Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
(υπεύθυνος)

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ζαραβίνος-Τσάκος Φοίβος, Υποψήφιος Διδάκτορας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Για περισσότερες πληροφορίες ή απορίες σχετικά με τη μελέτη, μπορείτε να επικοινωνήσετε:

E-mail: gkolaitis@med.uoa.gr / f.zaravinostsakos@med.uoa.gr

1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Α Είμαι κορίτσι αγόρι άλλο Β Είμαι _____ χρόνων
- Γ Φοιτώ στην Α Β Γ Γυμνασίου

2 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ

Σύσταση οικογένειας Μπορείς να επιλέξεις πάνω από μία επιλογές. Επίλεξε βάσει του σπιτιού στο οποίο μένεις τον τελευταίο μήνα.

Οι άνθρωποι με τους οποίους μένω στο σπίτι είναι:

- 1 οι βιολογικοί μου γονείς 2 μόνο η βιολογική μου μητέρα 3 μόνο ο βιολογικός μου πατέρας
- 4 θετός γονέας και βιολογικός γονέας 5 οι ανάδοχοι γονείς μου 6 οι θετοί γονείς μου
- 7 παππούς ή/και γιαγιά 8 άλλοι συγγενείς 9 γονείς του ίδιου φύλου
- άλλος
- 10 Προσδιόρισε: _____

Β Ποια είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειάς σου, συγκριτικά με άλλες οικογένειες;

- 1 Κακή 2 Σχετικά καλή 3 Καλή 4 Αρκετά καλή 5 Πολύ καλή

3 Η ΚΑΤΑΓΩΓΗ ΜΟΥ

- Α Γεννήθηκα στην Ελλάδα Ναι Όχι
Εάν όχι, προσδιόρισε:
- Β Η μητρική μου γλώσσα είναι η Ελληνική Ναι Όχι
Εάν όχι,
- Γ Η βιολογική μου μητέρα γεννήθηκε στην Ελλάδα Ναι Όχι
Εάν όχι, προσδιόρισε:
- Δ Ο βιολογικός μου πατέρας γεννήθηκε στην Ναι Όχι
Εάν όχι, προσδιόρισε:

4 Η ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ

Έχεις κάποια ασθένεια, αναπηρία ή κάποιο πρόβλημα υγείας; Ναι Όχι

Εάν ναι, προσδιορίσε:

5 ΠΟΝΟΙ ΚΑΙ ΥΠΝΟΣ

A Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 6 μηνών είχες πονοκεφάλους που σου αποσπούσαν την προσοχή;

Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα Τουλάχιστον μία φορά τον μήνα Λιγότερο συχνά Σχεδόν ποτέ

B Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 6 μηνών είχες επαναλαμβανόμενους κοιλιακούς πόνους;

Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα Τουλάχιστον μία φορά τον μήνα Λιγότερο συχνά Σχεδόν ποτέ

Γ Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 6 μηνών είχες προβλήματα απνίας ή υπνηλίας;

Ποτέ ή λιγότερο από μία φορά τον μήνα Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα Μία ή δύο φορές την εβδομάδα 3-5 φορές την εβδομάδα Κάθε βράδυ ή σχεδόν κάθε βράδυ

6 ΣΚΕΨΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΣΩΜΑ ΜΟΥ

A Το ύψος μου σε εκατοστά _____ Το βάρος μου σε κιλά _____

B	Η σχέση μου με το φαγητό	Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
1	Θα ήθελα να είμαι πιο αδύνατος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Εξασκώμαι πολύ για να αποφύγω την αύξηση βάρους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Έχω κάνει δίαιτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Φοβάμαι μήπως πάρω βάρος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Έχασα σημαντικό βάρος σε μικρό χρονικό διάστημα επειδή δεν τρεφόμουν σωστά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Δεν είμαι ευχαριστημένος/η με το σώμα μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Με τρομοκρατεί αν πάρω έστω και λίγο βάρος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Δεν είμαι πάντα ικανός/ή να ελέγξω τι τρώω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Καταβροχθίζω μεγάλες ποσότητες φαγητού σε μια στιγμή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Έχω κάνει σκόπιμα εμετό μετά από γεύμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Έχω χρησιμοποιήσει φαρμακευτική αγωγή για να ελέγξω το βάρος μου (π.χ. φάρμακα που μειώνουν την όρεξη)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Για κάθε δήλωση, σημείωσε Δεν Ισχύει, Ισχύει Κάπως ή Ισχύει Απόλυτα. Θα μας βοηθούσε εάν απαντούσες σε όλες τις δηλώσεις όσο καλύτερα μπορείς, ακόμα και εάν δεν είσαι απόλυτα σίγουρος/η ή το θέμα σου φαίνεται αστειό!

Παρακαλούμε, να απαντήσεις βασισμένος/η στο πως ήταν τα πράγματα για σένα κατά τους τελευταίους έξι μήνες.

		Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
A	Προσπαθώ να είμαι καλός/ή με τους ανθρώπους. Νοιάζομαι για τα συναισθήματά τους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Είμαι ανήσυχος/η, δε μπορώ να καθίσω σε ησυχία για πολλή ώρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ	Έχω πολλούς πονοκεφάλους, στομαχόπονους ή ασθένειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ	Συνήθως μοιράζομαι με άλλους πράγματα, π.χ. cd, παιχνίδια, φαγητό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε	Θυμώνω πολύ και χάνω συχνά την ψυχραιμία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ	Προτιμώ να είμαι μόνος/η παρά με συνομηλίκους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ζ	Συνήθως κάνω ό,τι μου λένε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η	Ανησυχώ πολύ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Θ	Βοηθώ κάποιον που έχει χτυπήσει, που είναι στενοχωρημένος ή αισθάνεται άρρωστος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ι	Είμαι συνεχώς νευρικός/ή ανήσυχος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κ	Έχω έναν καλό φίλο και παραπάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λ	Μαλώνω συχνά. Μπορώ να κάνω τους άλλους ανθρώπους να κάνουν ό,τι θέλω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μ	Είμαι συχνά στενοχωρημένος/η, μελαγχολικός/ή, ή κλαμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ν	Γενικά είμαι συμπαθής στους συνομηλίκους μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ξ	Αποσπώμαι εύκολα, το βρίσκω δύσκολο να συγκεντρωθώ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ο	Είμαι νευρικός/ή σε νέες καταστάσεις, χάνω εύκολα την αυτοπεποίθησή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Π	Είμαι ευγενικός/ή με τους μικρότερους από μένα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρ	Συχνά με κατηγορούν ότι λέω ψέματα ή κάνω ζαβολιές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σ	Άλλα παιδιά ή μικρότεροι από μένα με πειράζουν ή με εκφοβίζουν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τ	Συχνά προσφέρω να βοηθήσω άλλους (γονείς, καθηγητές, παιδιά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υ	Σκέφτομαι προτού κάνω κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Πάρνω πράγματα που δεν είναι δικά μου από το σπίτι, το σχολείο ή αλλού
- Τα πηγαίνω καλύτερα με ενήλικες, παρά με συνομηλίκους
- Έχω πολλούς φόβους, τρομάζω εύκολα
- Ολοκληρώνω τη δουλειά που κάνω. Η προσοχή μου είναι καλή

8 ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΜΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Α Συνολικά, νομίζεις ότι έχεις δυσκολίες σε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω περιοχές: συναισθήματα, συγκέντρωση, συμπεριφορά ή συναναστροφή με άλλους ανθρώπους;

- Όχι Ναι, ελάχιστες δυσκολίες Ναι, αρκετές δυσκολίες Ναι, σοβαρές δυσκολίες

Εάν έχεις απαντήσει ΝΑΙ παρακαλώ απάντησε στις ακόλουθες ερωτήσεις σχετικά με αυτές τις δυσκολίες:

β Πόσο καιρό αντιμετωπίζεις αυτές τις δυσκολίες;

- Λιγότερο από ένα μήνα 1-5 μήνες 6-12 μήνες Πάνω από χρόνο

γ Αυτές οι δυσκολίες σε αναστατώνουν ή σε στενοχωρούν;

- Καθόλου Μόνο λίγο Αρκετά Πάρα πολύ

Δ Αυτές οι δυσκολίες αποτελούν εμπόδιο στην καθημερινή σου ζωή στους ακόλουθους τομείς:

	Καθόλου	Μόνο λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
1 Ζωή στο σπίτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Φιλίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Σχολείο και μάθηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ελεύθερος χρόνος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ε Αυτές οι δυσκολίες δυσκολεύουν τους ανθρώπους γύρω σου (οικογένεια, φίλους, καθηγητές)

- Καθόλου Λίγο Αρκετά Πάρα πολύ

9

ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

- A** Έχεις επιχειρήσει σκόπιμα να τραυματίσεις τον εαυτό σου, π.χ να κόψεις το δέρμα σου;
- Όχι, ποτέ Ναι, μία φορά Ναι, παραπάνω από μία φορές
- B** Έχεις σκεφθεί ποτέ να δώσεις τέλος στη ζωή σου;
- Όχι, ποτέ Ναι, μία φορά Ναι, παραπάνω από μία φορές
- C** Έχεις προσπαθήσει να δώσεις τέλος στη ζωή σου;
- Όχι, ποτέ Ναι, μία φορά Ναι, παραπάνω από μία φορές

10

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

- A** Μέσα στους τελευταίους 6 μήνες, ένιωσες ποτέ την ανάγκη για εξωτερική βοήθεια (κάποιος εκτός της άμεσης οικογένειας) για προβλήματα συμπεριφοράς ή συναισθηματικά προβλήματα;
- Όχι, δεν έχω νιώσει την ανάγκη Έχω σκεφτεί να ζητήσω εξωτερική βοήθεια Έχω ζητήσει εξωτερική βοήθεια
- B** Εάν έχεις αναζητήσει εξωτερική βοήθεια, ποιος/α σε βοήθησε; Μπορείς να επιλέξεις περισσότερες από μία επιλογές.
- 1 Φίλος/η 2 Συγγενής 3 Εκπαιδευτικός
- 4 Επισκέπτης Υγείας 5 Γιατρός 6 Ψυχολόγος/Σχολικός σύμβουλος
- 7 Πνευματικός 8 Προπονητής 9 Άλλος, προσδιόρισε: _____

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΥ

Ένας μαθητής εκφοβίζεται όταν αυτός/ή εκτίθεται επανειλημμένα μέσα στο χρόνο σε αρνητικές και βλαβερές δραστηριότητες από τη μεριά ενός ή περισσότερων μαθητών. Είναι δύσκολο για τον μαθητή που εκφοβίζεται να υπερασπιστεί τον εαυτό του/της.

Ο εκφοβισμός γίνεται συχνά ή σπάνια. Ο εκφοβισμός μπορεί να είναι λεκτικός («παρτσούκλια», απειλές), σωματικός (χτυπήματα) ή ψυχολογικός (π.χ. φήμες, αποφυγή/αποκλεισμός). Εκφοβισμός γίνεται όταν κάποιος πειράζει επανειλημμένα με κακό ή επιβλαβή τρόπο.

		Καθόλου	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα
A Γενικός εκφοβισμός					
1	Πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί στο σχολείο τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί εκτός σχολείου τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους στο σχολείο τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους εκτός σχολείου τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Ποιοι σε εκφοβίζουν (εντός/εκτός σχολείου);					
1	Κορίτσια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Αγόρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ενήλικες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ομάδα απόμων (π.χ. ομάδα φίλων, η τάξη κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Εκφοβισμός στο σπίτι					
		<input type="checkbox"/> Ναι		<input type="checkbox"/> Όχι	
1	Έχω αδερφό/ή/ια (ετεροθαλή ή άλλα)				
		Καθόλου	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα
2	Πόσο συχνά σ' εκφοβίζει ο αδερφός/ή στο σπίτι τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Πόσο συχνά εκφοβίζεις τον/την αδερφός/ή σου στο σπίτι τους τελευταίους 6 μήνες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ

Ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός είναι όταν κάποιος κοροϊδεύει επανειλημμένα ένα άλλο πρόσωπο ηλεκτρονικά ή ενοχλεί κάποιον μέσω ηλεκτρονικών ή γραπτών μηνυμάτων ή δημοσιεύει κάτι ηλεκτρονικά για κάποιον πρόσωπο που δεν του αρέσει.

	Καθόλου	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	Περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα	Σχεδόν κάθε μέρα
A Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά έχεις εκφοβιστεί ηλεκτρονικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, πόσο συχνά έχεις εκφοβίσει άλλους ηλεκτρονικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Ποιος σ' έχει εκφοβίσει ηλεκτρονικά;				
1 Κορίτσια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Αγόρια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ενήλικες γυναίκες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ενήλικοι άντρες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Άγνωστος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ομάδα ατόμων (π.χ. ομάδα φίλων, η τάξη κλπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Παρακάτω υπάρχουν κάποιες προτάσεις που αφορούν το σχολικό περιβάλλον. Σε κάθε πρόταση διάλεξε την εναλλακτική που περιγράφει καλύτερα την εμπειρία ή τη σκέψη σου.

	Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
A Νιώθω ασφαλής στο σχολείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Οι εκπαιδευτικοί νοιάζονται για μένα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Οι εκπαιδευτικοί ή άλλοι ενήλικες στο σχολείο προσπαθούν να σταματήσουν καταστάσεις εκφοβισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Άλλοι μαθητές προσπαθούν να σταματήσουν καταστάσεις εκφοβισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14

ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ

Η μοναξιά είναι ένα δυσάρεστο και στενάχωρο αίσθημα, που προέρχεται από την ποιοτική και ποσοτική έλλειψη των επιθυμητών σχέσεων του ατόμου.

Η μοναξιά συνιστά ένα υποκειμενικό αίσθημα, που σημαίνει ότι τα άτομα μπορούν να τη βιώσουν ακόμα και εάν βρίσκονται ανάμεσα σε ανθρώπους. Επίσης, το άτομο μπορεί να βρίσκεται μόνο του χωρίς να νιώθει μοναξιά.

A Πόσους στενούς φίλους έχεις;

 0 φίλους

 1 φίλο/η

 2 φίλους/ές

 3 ή περισσότερους φίλους/ές

B Τους τελευταίους 6 μήνες, πόσο συχνά ένιωσες μοναξιά;

 Ποτέ

 Σπάνια

 Μερικές φορές

 Τις περισσότερες φορές

 Συνέχεια

15

ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΑΠΕΙΛΗΣ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Υπάρχουν πολλές επικίνδυνες και απειλητικές καταστάσεις στον κόσμο, για τις οποίες ενημερωνόμαστε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και την καθημερινότητά μας. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν ανησυχία και φόβο.

Παρακαλούμε διάβασε τις παρακάτω προτάσεις και επέλεξε την απάντηση που σε εκφράζει περισσότερο.

A Ανησυχώ για πανδημίες/επείγουσες υγειονομικές καταστάσεις, όπως η COVID-19.

 Καθόλου

 Λίγο

 Μέτρια

 Πολύ

 Υπερβολικά

 Προτιμώ να μην απαντήσω

B Η πανδημία/επείγουσες υγειονομικές καταστάσεις, όπως η COVID-19 σε κάνουν να αισθάνεσαι κάποιο/α από τα παρακάτω;

Αγχος

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Φόβο

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Θυμό

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Αδυναμία

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

C Ανησυχώ για τον κίνδυνο πολέμου.

 Καθόλου

 Λίγο

 Μέτρια

 Πολύ

 Υπερβολικά

 Προτιμώ να μην απαντήσω

D Ο κίνδυνος πολέμου σε κάνει να αισθάνεσαι κάποιο/α από τα παρακάτω;

Αγχος

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Φόβο

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Θυμό

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Αδυναμία

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

E Ανησυχώ για την κλιματική αλλαγή και την επίδρασή της στους ανθρώπους και τον πλανήτη.

 Καθόλου

 Λίγο

 Μέτρια

 Πολύ

 Υπερβολικά

 Προτιμώ να μην απαντήσω

F Η κλιματική αλλαγή σε κάνει να αισθάνεσαι κάποιο/α από τα παρακάτω;

Αγχος

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Φόβο

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Θυμό

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

Αδυναμία

 Ναι

 Όχι

 Προτιμώ να μην απαντήσω

16 **ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19**

Θα θέλαμε να μάθουμε πως η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει τη ζωή σου. Προσπάθησε να σκεφτείς όλη την περίοδο της πανδημίας, από τον Ιανουάριο 2020 μέχρι τώρα, για να συμπληρώσεις τις παρακάτω ερωτήσεις.

- A Μπήκες σε καραντίνα από τους υγειονομικούς φορείς λόγω COVID-19? Ναι Όχι
- B Έχεις νοσηλευτεί λόγω COVID-19? Ναι Όχι
- C Έχει νοσηλευτεί κάποιος από τους συγγενείς ή τους φίλους σου λόγω COVID-19? Ναι Όχι
- D Έχει πεθάνει κάποιο μέλος της οικογένειάς σου λόγω COVID-19? Ναι Όχι

17 **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ, ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Απάντησε τις παρακάτω ερωτήσεις, έχοντας στο μυαλό σου το γεγονός που συμπλήρωσες στην προηγούμενη ενότητα (ενότητα 15). Σε περίπτωση που έχεις βιώσει παραπάνω από ένα γεγονός, σκέψου αυτό που σε επηρέασε περισσότερο.

	Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1 Χωρίς να το θέλεις, έρχονται στο μυαλό σου σκέψεις που σχετίζονται με το γεγονός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Προσπαθείς να το ξεχάσεις;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Αναστατώνεσαι ή έχεις έντονα συναισθήματα όταν το σκέφτεσαι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Αποφεύγεις ό,τι σου το θυμίζει (π.χ. μέρη, πρόσωπα, καταστάσεις);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Προσπαθείς να μη μιλάς γι' αυτό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Χωρίς να το θέλεις έρχονται στο μυαλό σου εικόνες σχετικά μ' αυτό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Υπάρχουν άλλα πράγματα που σε κάνουν να το σκέφτεσαι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Προσπαθείς να μην το σκέφτεσαι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

Απάντησε τις ακόλουθες ερωτήσεις, επιλέγοντας την πρόταση που θεωρείς ότι σου ταιριάζει καλύτερα.

		Δεν ισχύει	Ισχύει κάπως	Ισχύει σίγουρα
1	Η οικογένειά μου είχε οικονομικές δυσκολίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Έχω περάσει υπερβολικό χρόνο σε ηλεκτρονικές συσκευές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Η πανδημία έχει επιδράσει αρνητικά στην σχολική μου επίδοση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Οι δραστηριότητές/ασχολίες μου έχουν ακυρωθεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Έχουν υπάρξει αρκετοί διαπληκτισμοί στην οικογένειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΒΕΒΑΙΩΣΟΥ ΠΩΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΣ Σ' ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ!

Σε αυτό το σημείο μπορείς να γράψεις τις σκέψεις και τα αισθήματά σου. Για παράδειγμα, εάν κάποια από τις ερωτήσεις σε προβλημάτισε ή σ' έβαλε σε σκέψεις.

Ποια είναι η γνώμη σου για το ερωτηματολόγιο;

**ΣΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ
ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΟΥ!**