

Samenvatting

In deze cross-sectionele studie onder 606 Haagse basisschoolleerlingen van groep 7 en 8 zijn de gevolgen onderzocht van gepest worden voor de gezondheid en het hebben van depressieve klachten. Voorts is de invloed van sociale steun nagegaan op de relatie tussen gepest worden en gezondheids- en depressieve klachten. Nog geen 12% van de kinderen werd helemaal niet gepest. Jongens werden evenveel gepest als meisjes, maar rapporteerden wel vaker dan meisjes dat ze zelf pesten. Kinderen die gepest werden scoorden significant hoger op gezondheids- en depressieve klachten dan kinderen die niet gepest werden. Sociale steun bleek niet als moderator of als mediator het welbevinden van basisschoolleerlingen te beïnvloeden, maar als een onafhankelijke factor. Kinderen die weinig sociale steun kregen, rapporteerden meer gezondheids- en depressieve klachten dan kinderen met meer steun. Ook waren er verschillen tussen leerlingen van 'zwarte' en 'witte' scholen. Kinderen op zwarte scholen pestten meer, ontvingen minder sociale steun en waren depressiever dan kinderen op witte scholen.

1 Inleiding

In de hier gerapporteerde studie is de invloed van sociale steun op de relatie tussen gepest worden en gezondheids- en depressieve klachten onderzocht onder ruim 600 leerlingen van de hoogste twee klassen van tien basisscholen in Den Haag. Het onderzoek biedt tevens inzicht in de omvang van pesten onder basisschoolleerlingen op scholen die zowel qua pedagogische opvattingen en godsdienstige gezindheid als sociaal-economische en etnische achtergronden van de leerlingenpopulatie sterk uiteenlopen.

Iemand wordt gepest als "hij of zij herhaaldelijk en langdurig blootstaat aan nega-

tieve handelingen door één of meer personen" (Olweus, 1993, p. 9). Pesten karakteriseert zich door agressief gedrag tegenover diegenen die als zwakker beschouwd worden en die niet in staat zijn om het pesten te beantwoorden (Camodeca, 2003). Uit een recent Nederlands onderzoek bij de hoogste drie klassen van de basisschool blijkt dat 16% van de kinderen minstens enkele keren per maand werd gepest en 7% zelfs verschillende keren per week. Er werd geen verschil gevonden tussen jongens en meisjes (Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2005a). Oudere, buitenlandse onderzoeken gaven aan dat ongeveer 5-15% van de basisschoolleerlingen en 3-10% van de middelbare scholieren eenmaal per week gepest wordt (Olweus, 1994; Perry, Kusel & Perry, 1988; Rigby & Slee, 1991). Sommige kinderen worden niet alleen frequent gepest, maar soms ook zeer langdurig (Rigby, 1996). Verschillende onderzoekers melden dat significant meer jongens dan meisjes *pester zijn* (Crick & Grotpeter, 1995; Fekkes et al., 2005a; Goossens, Olthof & Dekker, 2006; Junger-Tas & Van Kesteren, 1999; Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen & Rimpela, 2000; Pellegrini & Long, 2002; Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Österman & Kaukiainen, 1996; Seals & Young, 2003).

De meeste buitenlandse onderzoekers rapporteren geen verschillen in pestgedrag tussen etnische groepen (Demaray & Malecki, 2003; Seals & Young, 2003; Siann, Callaghan, Glissov, Lockhart & Rawson, 1994; Smith, 2004). Hanish en Guerra (2000) vonden wel verschillen: op Amerikaanse scholen werden Afro-Amerikaanse en blanke kinderen meer gepest dan Spaanstalige kinderen. Ook Drake, Price en Telljohann (2003) vonden in hun meta-analyse een verschil. Zij concludeerden dat kinderen afkomstig uit etnische minderheden meer gepest werden dan autochtone kinderen. Nederlanders onderzoekers trekken dezelfde conclusies. Junger-Tas en Van Kesteren (1999), stelden vast dat pesten het minst voorkomt bij Nederland-

se en Turkse leerlingen en het meest bij Suri-naamse en Marokkaanse leerlingen, evenals bij een heterogene restgroep van leerlingen van westerse en niet-westerse herkomst. In een grootschalige studie onder 2000 kinderen van 10-13 jaar vonden Verkuyten en Thijs (2002a) echter dat de Turkse leerlingen het meest werden gepest.

Uit cross-sectioneel en longitudinaal onderzoek blijkt dat pesten serieuze negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid van schoolkinderen (Baldry, 2004; Bond, Carlin, Thomas, Rubin & Patton, 2001; Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels & Verloove-Vanhorick, 2006; Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby, 1997, 1999a, 1999b, 2000, 2003; Rigby & Slee, 1993; Van der Wal & Diepenmaat, 2002). Onder andere hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, vermoeidheid en benauwdheid kwamen in genoemde onderzoeken meer voor onder gepeste kinderen dan onder niet gepeste kinderen. Diverse studies geven aanwijzingen dat het effect van gepest worden op gezondheidsklachten groter is bij meisjes dan bij jongens (Kaltiala-Heino et al., 2000; Baldry, 2004).

Daarnaast kwam uit het onderzoek van Rigby (1997) naar voren dat gepeste kinderen vaker oordeelden dat ze geen goede gezondheid hadden en zich ziek voelden. Het verschil in gerapporteerde gezondheid was groter bij meisjes dan bij jongens. Uit een review van Rigby (2003) blijkt dat gepeste kinderen ook vaker meer algemene ziektes rapporteren zoals verkoudheid en keelklachten.

Een deel van de pestslachtoffers ziet het voortdurend gepest worden als oorzaak van hun faalangst, deze slachtoffers hebben vaak een laag gevoel van eigenwaarde en staan wantrouwend tegenover mensen (Van der Meer, 1991; Sharp, Thompson & Arora, 2000; Verkuyten & Thijs, 2002b). Ook werden bij pestslachtoffers klachten als depressies, eenzaamheid, verminderde concentratie en angst om naar school te gaan gevonden (Boulton & Underwood, 1992; Fekkes et al., 2004; Hawker & Boulton, 2000; Kochenderfer-Ladd & Skinner, 2002; Rigby, 2000; Rigby & Slee, 1993; Roland, 2002; Seals & Young, 2003; Sharp et al., 2000; Smith, Pep-

ler & Rigby, 2004). Dergelijke klachten ten gevolge van pesten blijken meer voor te komen onder meisjes dan onder jongens (Baldry, 2004; Hawker & Boulton, 2000; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby, 1999a; Roland, 2002; Van der Wal, De Wit & Hirasing, 2003).

In een meta-analyse van Hawker en Boulton (2000) worden de hoogste effectgroottes gevonden voor de relatie tussen depressieve klachten en gepest worden. Slachtoffers van pesten blijken zelfs jaren later nog last te hebben van depressieve gevoelens (Olweus, 1993). Volgens een onderzoek van Junger-Tas en Van Kesteren (1999) had 26% van de kinderen die vaak gepest werden, depressieve gevoelens. Ruim een derde verloor de belangstelling voor school en een kwart wilde zelfs niet meer naar school. Fekkes e.a. (2004) vonden dat de kans op het ontwikkelen van zwak depressieve klachten drie keer zo hoog was onder gepeste kinderen als onder niet-gepesten en de kans op het ontwikkelen van zwaar depressieve klachten zelfs zeven keer zo hoog. Rigby, Whish en Black (1994) constateerden een verband tussen het gepest worden als kind en het ontwikkelen van relatie- en gedragsproblemen op volwassen leeftijd. In een onderzoek van Van der Wal en Diepenmaat (2002) werd voor het eerst een relatie aangetoond tussen gepest worden en suïcidale gedachten op de jonge leeftijd van 9-13 jaar.

Kinderen die zelf pesten hebben meer dan gemiddeld suïcidale gedachten en/of depressieve klachten dan met kinderen die niet betrokken zijn bij pesten (Baldry, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby, 2000, 2001; Roland, 2002; Van der Wal et al., 2003; De Wit, 1997). Ook kwam uit diverse onderzoeken naar voren dat daders meer gezondheidsklachten rapporteren dan kinderen die niet betrokken zijn bij pesten (Baldry, 2004; Dumont & Provost, 1999; Kaltiala-Heino et al., 2000, Rigby, 2003). Fekkes e.a. (2004) vonden daarentegen geen positief verband tussen het actief pester zijn, de kans op lichamelijke klachten en depressies. De groep die zowel zelf pestte als werd gepest had die grotere kans wel.

De invloed van pesten op gezondheid valt te verklaren vanuit de stresstheorie. Als kin-

deren veelvuldig gepest worden en hier niet adequaat op kunnen reageren, kan dat stress veroorzaken (Folkman & Lazarus, 1991; Lazarus, 1999). Stress kan leiden tot een slechtere immuunfunctie, wat op den duur een nadelige invloed heeft op de gezondheid. Zo speelt stress een rol bij het ontstaan van maagzweren, astma-aanvallen, hoofdpijn en huiduitslag. Daarnaast heeft stress ook invloed op het psychosociale vlak, bijvoorbeeld op emoties als angst, depressie en boosheid (Rosenhan & Seligman, 1984; Vingerhoets, 1995; Zautra, 2003).

Vooraf kinderen die weinig of geen sociale steun krijgen ondervinden de negatieve gevolgen van gepest worden. Sociale steun wordt hier opgevat als de totale ervaren emotionele, waarderings- en netwerkhelp van anderen (Demaray & Malecki, 2003). Gepest worden ondermijnt en verstoort het sociale netwerk, terwijl het de pestslachtoffers bemoeilijkt om zo'n netwerk waaruit zij sociale steun zouden kunnen krijgen, op te bouwen (Demaray & Malecki, 2003; Rigby, 2001; Sharp et al., 2000). Pestslachtoffers ontvangen, evenals degenen die zowel pester als slachtoffer zijn, minder sociale steun dan de niet-gepesten en de pesters, terwijl ze wel veel waarde hechten aan het hebben van sociale steun (Demaray & Malecki, 2003; Pellegrini & Long, 2002). Dit is des te nadeliger voor de slachtoffers van pesten omdat uit literatuur blijkt dat bij pesten ook de groepscontext van belang is. Bij pestgedrag is vaak een hele groep betrokken, waarbinnen de individuen verschillende rollen aannemen (zoals actieve of passieve ondersteuner van de pester) en die rollen hangen weer samen met hun sociale status binnen de 'peer group'. Pestslachtoffers hebben of een heel lage sociale status binnen die groep, of worden buitengesloten (Goossens et al., 2006; Lopez & Dubois, 2005; Salmivalli et al., 1996; Smith, 2004). Fekkes, Pijpers en Verloove-Vanhorick (2005b) vonden in hun onderzoek onder Nederlandse basisschoolleerlingen dat kinderen met weinig vrienden een grotere kans liepen om gepest te worden in die periode, maar ze liepen niet meer kans om in de toekomst gepest te worden.

Bovengenoemde bevindingen zijn conform de zogenoemde 'bufferhypothese van

sociale steun' (Buunk, 1997; Cohen & Wills, 1985; Jackson, 1992; Wheaton, 1985). Deze hypothese is veel gebruikt in onderzoek naar burn-out, onder andere in het 'control-demand-supportmodel' (Schaufeli, 2003). Tevens is deze hypothese getoetst in ontwikkelingspsychologisch onderzoek, onder meer naar de functie van sociale steun bij het verminderen van psychische klachten van kwetsbare kinderen (Dumont & Provost, 1999; Herman-Stahl & Petersen, 1996). De redenering is dat sociale steun kan werken als een buffer tegen stress. Uitingen van genegenheid en waardering zouden een positieve uitwerking kunnen hebben op het fysiologisch functioneren (Vingerhoets & Rigter, 1994). Dat positieve effect van sociale steun op gezondheid doet zich vooral voor, wanneer stressoren (zoals gepest worden) aanwezig zijn en niet of duidelijk minder wanneer stressoren afwezig zijn.

Op het terrein van pesten en psychische gezondheid is de bufferhypothese van sociale steun nog weinig onderzocht. Steun voor de bufferhypothese is te vinden bij Flouri en Buchanan (2002), bij Kochenderfer-Ladd en Skinner (2002) en bij Pellegrini en Long (2002), die een modererend effect van sociale steun vonden. Flouri en Buchanan (2002) vonden een positief effect van de betrokkenheid van vaders op de psychische gezondheid van hun gepeste zonen. Conform de bufferhypothese deed die positieve invloed zich met name voor bij de jongens die het ergst werden gepest. Kochenderfer-Ladd en Skinner (2002) vonden sekseverschillen: het zoeken van sociale steun had alleen voor gepeste meisjes een positief effect, voor gepeste jongens was er een negatief effect, het verminderde hun sociale status in de groep. Rigby (2000) vond in een studie onder leerlingen van het voortgezet onderwijs naar de relatie tussen pesten, sociale steun en geestelijke gezondheid geen steun voor de bufferfunctie: zowel pesten als sociale steun oefenden onafhankelijk van elkaar invloed uit op de geestelijke gezondheid van leerlingen. Die invloed was groter bij meisjes dan bij jongens. Ook de resultaten van de studie van Williams, Connolly, Pepler en Craig (2005) naar de invloed van sociale steun op de psychosociale aanpassing van adolescenten met

een niet-heteroseksuele geaardheid ondersteunen de bufferhypothese niet. Zij onderzochten overigens een andere mediërende relatie, namelijk de mediatie van gepest worden op de relatie tussen sociale steun en depressieve klachten. Ze vonden het veronderstelde effect niet.

In dit artikel is voornamelijk uitgegaan van de bufferhypothese omdat die theoretisch gezien aannemelijk is. Daarbij wordt ofwel een modererend effect, ofwel een mediërend effect van sociale steun verondersteld.

Op basis van voorafgaande onderzoeken en theorieën zijn de volgende hypothesen geformuleerd:

1. Kinderen die gepest worden hebben een slechtere ervaren gezondheid dan kinderen die niet gepest worden.
2. Kinderen die gepest worden hebben meer depressieve klachten dan kinderen die niet gepest worden.
3. Sociale steun modereert of mediëert de relatie tussen gepest worden en gezondheids- en depressieve klachten.

Omdat uit het eerder gerapporteerde literatuuronderzoek naar voren komt dat naast gepest worden ook zelf pesten en sekse van invloed kunnen zijn op depressieve- en gezondheidsklachten, zijn beide factoren als controlefactoren in de studie meegenomen. Centraal stond echter de relatie tussen gepest worden en gezondheids- en depressieve klachten met daarbij de toetsing van de bufferhypothese. Daarnaast is de omvang van gepest worden en van gezondheids- en depressieve klachten in de steekproef omschreven en zijn groepen (onder andere jongens versus meisjes en witte versus zwarte scholen) vergeleken op de centrale concepten in deze studie, te weten pesten en duur van het pesten, gezondheids- en depressieve klachten en sociale steun.

2 Methoden

2.1 Onderzoekdesign en onderzoeksgroep

Deze cross-sectionele studie met behulp van zelfrapportagevragenlijsten vond eind 2004 plaats op tien basisscholen, verspreid over Den Haag. Vier van de tien scholen kunnen

gekaracteriseerd worden als 'zwarte scholen': de meerderheid van de leerlingen daarvan is van allochtone afkomst. Van de 10 deelnemende scholen waren er 4 openbaar, 2 protestants-christelijk, 2 rooms-katholiek en 2 van neutraal-bijzondere signatuur. In 27 groepen is de vragenlijst afgenomen: 12 keer in groep 7, 11 keer in groep 8 en 4 keer in een gemengde groep 7/8. Voor het onderzoek is toestemming gevraagd aan schoolbestuur of schoolleiding.

Er werden 606 vragenlijsten uitgedeeld en onder toezicht van de onderzoekster ingevuld in groep 7 ($n = 306$) en 8 ($n = 300$). Alle aanwezige kinderen retourneerden de vragenlijst. De onderzoeksgroep bestond uit 318 jongens (52,5%) en 288 meisjes (47,5%). Bijna de helft van de kinderen (48,3%) was 11 jaar, 30% was 10 jaar en 19,1% was 12 jaar. Slechts een enkeling was 9 of 13 jaar oud. Van de kinderen was 61,1% van Nederlandse afkomst, 9,7% was van Surinaamse of Antilliaanse, 11,1% van Turkse, 9,6% van Marokkaanse en 8,5 % van andere buitenlandse afkomst.

2.2 Meetinstrumenten

In dit onderzoek is een schriftelijke zelfrapportagevragenlijst gebruikt, bestaande uit 86 vragen, verdeeld over 5 schalen: gepest worden (20 vragen), pester zijn (4 vragen), sociale steun (12 vragen), depressieve gevoelens (26 vragen), en gezondheidsklachten (19 vragen). Eén vraag meet de duur van het (eventueel) gepest worden. De vragenlijst bevatte tevens enkele vragen naar sociaaldemografische kenmerken als geslacht, leeftijd en etnische afkomst. Er werd deels gebruik gemaakt van bestaande en gevalideerde vragenlijsten.

Gepest worden werd gemeten met een deel van de Amsterdamse Pestvragenlijst voor kinderen (APK; Van der Wal & Uitenbroek, 2001). Deze vragenlijst telt 20 vragen over pesten en 20 vragen over gepest worden. Deze laatste 20 vragen werden voor dit onderzoek gebruikt. De APK hanteert de in de inleiding gegeven definitie van Olweus (1993). Wat de validiteit betreft kan gemeld worden dat de APK een goede soortgenootvaliditeit heeft: deze vragenlijst hangt duidelijk samen met de Bully/Victim Questionnaire

(BVQ) van Olweus (1989). De vragen zijn gemeten op een vierpunts Likertschaal, met de antwoordmogelijkheden: nooit, soms, vaak en zeer vaak. De totaalscore op de schaal voor gepest worden kan variëren tussen 0 (helemaal niet gepest worden) en 60 (heel veel gepest worden). Cronbach's α was ,92.

Om te onderzoeken in hoeverre kinderen *zelf pesten*, werden vier vragen uit de Klasgenoten Relatie Lijst gesteld (Olweus, 1989; Nederlandse versie van Liebrand, Van IJzendoorn & Van Lieshout, 1991). Eén vraag meet de intentie om te pesten en wordt gescoord op een vierpunts Likertschaal, de overige drie vragen worden gescoord op een vijfpunts Likertschaal, waarbij de laagste score (0) steeds betekent: pest helemaal niet en de hoogste (3 of 4): pest vaak. De items worden opgeteld tot een totaalscore variërend tussen de 0 en 15. Cronbach's α was ,73.

Een Nederlandse vragenlijst voor het meten van *sociale steun* bij kinderen werd ten tijde van het onderzoek (2004) niet gevonden, daarom zijn de vragen gebaseerd op de vragenlijst voor het Meten van Sociale Steun van Van Sonderen (1991) en herschreven in voor kinderen begrijpelijker taal. De twaalf vragen, die gemeten werden met een vierpunts Likertschaal met de antwoordmogelijkheden nooit (0), soms (1), vaak (2) en zeer vaak (3), hebben betrekking op alle bronnen van sociale steun. De totaalscore kan variëren van 0 tot 36. De Cronbach's α was ,68.

Depressieve gevoelens werden gemeten met de Nederlandstalige versie van de Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1982; Nederlandse versie van Timbremont & Braet, 2000). Van de Nederlandstalige versie van de CDI is Cronbach's α voor de totale proefgroep ,80. Bij een algemene screening in een normale populatie, zoals op scholen, wordt door Kovacs (1992) een 'cut-offscore' van 19 voorgesteld. De vraag of kinderen er wel of niet aan denken om een einde aan hun leven te maken werd na proeftoetsing door enkele ouders en leerkrachten als 'te beladen' beschouwd en is daarom uit de vragenlijst voor dit onderzoek weggelaten. In een eerder onderzoek werd deze vraag om dezelfde reden uit de vragenlijst verwijderd (Crick & Grotpeter, 1995). Elke vraag heeft drie ant-

woordmogelijkheden, die wijzen op: afwezigheid van symptoom (0), mild symptoom (1) of duidelijk symptoom (2). Een voorbeeld is: 'ik voel me niet alleen, ik voel mij vaak alleen, ik voel mij altijd alleen'. De totaalscore kan variëren van 0 tot 52. De Cronbach's α in dit onderzoek was ,77.

Omdat ten tijde van het onderzoek geen Nederlandstalige vragenlijst voor het meten van *gezondheidsklachten* bij kinderen voorhanden was, werd gebruik gemaakt van de 21 vragen tellende korte Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid (VOEG) van Dirksen, zoals geciteerd in Joosten en Drop (1987). De korte VOEG is een dichotome schaal, bestaande uit 21 vragen die met ja of nee beantwoord kunnen worden en heeft betrekking op algemene lichamelijke malaise. De lijst is bewerkt, zodat deze voor kinderen van 10-12 jaar was te gebruiken. Enkele vragen zijn samengevoegd zodat er 19 vragen overbleven. Deze zijn samengevoegd tot een somscore (min. = 0 tot max. = 19). De Cronbach's α was ,78. Voorbeelden zijn last hebben van maagpijn, hoofdpijn, duizeligheid. Een hoge score op deze schaal betekent veel klachten en dus minder ervaren gezondheid.

2.3 Data-analyse

Met tweezijdige t-toetsen voor onafhankelijke groepen is nagegaan of er verschillen waren tussen jongens en meisjes, zwarte en witte scholen, niet-gepesten, en gepesten. Met een MANOVA is vervolgens getoetst of er etnische verschillen waren met betrekking tot de centrale concepten in dit onderzoek. Met een post-hoc toets is gekeken naar de verschillen tussen de diverse etnische groepen. Vanwege de ongelijke variantie in de populatie is besloten om de Games-Howell-toets te gebruiken (Field, 2006). Een bivariate correlatieanalyse (Spearman's rho) is uitgevoerd om de samenhang tussen de verschillende variabelen te bekijken.

Om te zien in hoeverre de variabelen sekse, pester zijn, de duur van het pesten, gepest worden en sociale steun een verklaring geven voor gezondheids- en depressieve klachten en om de bufferhypothese te toetsen, zijn hiërarchische multiple regressieanalyses uitgevoerd. Daarbij is de door Baron en Kenny (1986) aanbevolen procedure gevolgd.

3 Resultaten

3.1 Frequenties

Er blijkt onder basisschoolleerlingen erg veel gepest te worden. Nog geen 12% van de kinderen in dit onderzoek zegt helemaal niet gepest te worden. De meest voorkomende vormen van pesten zijn roddelen en uitschelden. Op de vraag 'Hoelang word je gepest?' antwoordde ruim 9% van de kinderen al meer dan drie maanden gepest te worden, terwijl 6,3% aangaf dat dit al een jaar of langer gebeurt.

Uit analyse van de schaal voor depressieve klachten blijkt dat 3,5% van de respondenten depressief genoemd kan worden bij de door Kovacs (1992) voorgestelde 'cut-offscore' van 19. Gemiddeld meldden de kinderen 5,8 gezondheidsklachten. Van de kinderen rapporteerde 8% geen enkele klacht, 53% maximaal zes klachten, 34% zes tot twaalf klachten en 5% meer dan twaalf klachten.

3.2 Vergelijking tussen groepen

Door middel van een tweezijdige t-toets voor onafhankelijke groepen is een vergelijking gemaakt tussen jongens en meisjes. De resultaten van deze t-toets zijn te zien in Tabel 1 ($p < 0,05$). Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen jongens en meisjes als het gaat om *gepest worden*. Dit is evenmin het geval voor de direct daaraan verbonden *duur van het pesten*. Meisjes hebben wel significant meer gezondheidsklachten en ervaren meer sociale steun dan jongens. Voor *depressieve klachten* blijkt er geen significant verschil te bestaan tussen jongens en meisjes, maar voor *pester zijn* geldt dat jongens een significant hoger gemiddelde hebben dan meisjes. Samenvattend betekent dit dat meisjes meer gezondheidsklachten, maar ook meer sociale

steun vermeldden. Jongens scoorden hoger wat betreft het pester zijn.

Vervolgens is een tweezijdige t-toets voor onafhankelijke groepen uitgevoerd om de groep niet-gepeste kinderen te vergelijken met de gepeste kinderen ($p < 0,05$). Alle waarnemingen tot en met de mediaan (= 6) werden beschouwd als 'niet-gepest', de waarnemingen boven de mediaan werden beschouwd als 'gepest'. Deze methode wordt onder andere door Van der Wal e.a. (2003) aanbevolen. In Tabel 2 is te zien dat gepeste kinderen significant meer gezondheidsklachten en depressieve klachten hebben dan niet-gepeste kinderen. Uit de tabel valt tevens af te lezen dat kinderen die gepest worden significant minder sociale steun krijgen dan de niet-gepeste kinderen, terwijl gepeste kinderen weer significant vaker pester zijn dan de niet-gepeste kinderen.

Voorts zijn door middel van een tweezijdige t-toets voor onafhankelijke groepen de leerlingen van witte en zwarte scholen met elkaar vergeleken ($p < 0,05$). Een school werd als 'zwart' beschouwd als de meerderheid van de schoolpopulatie van allochtone afkomst was. In Tabel 3 is te zien dat op zwarte scholen kinderen significant minder sociale steun ontvangen, meer pestgedrag vertonen en depressiever zijn. Kinderen worden op zwarte scholen ook iets meer gepest, maar dat verschil is net niet significant bij tweezijdige toetsing. Wat betreft de duur van het pesten en gezondheidsklachten zijn er geen verschillen tussen de zwarte en witte scholen.

Gelet op de boven beschreven verschillen tussen de leerlingen van witte en zwarte scholen is met behulp van een MANOVA meer in detail gekeken naar verschillen tussen leerlingen uit diverse etnische groepen

Tabel 1

T-toets met vergelijking van jongens ($n = 318$) en meisjes ($n = 288$) op aan pesten gerelateerde variabelen

	Jongens		Meisjes		t	p
	M	SD	M	SD		
Gepest worden	8,74	8,70	7,83	7,64	1,38	,17
Gezondheidsklachten	5,35	3,65	6,21	3,82	-2,82	,01**
Depressieve klachten	8,60	4,94	8,90	5,49	-,70	,49
Sociale steun	20,98	4,66	22,34	4,79	-3,54	,00**
Duur van het pesten	,82	1,80	,61	1,47	1,63	,10
Pester zijn	2,20	2,37	1,11	1,60	6,56	,00**

** $p < ,01$

Tabel 2

T-toets met vergelijking van niet-gepeste kinderen ($n = 311$) en gepeste kinderen ($n = 295$) op centrale concepten pesten

	Niet-gepest		Gepest		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Gezondheidsklachten	4,64	3,45	6,94	3,70	-7,94	,00**
Depressieve klachten	7,58	5,24	9,96	4,89	-5,77	,00**
Sociale steun	22,58	4,71	20,61	4,63	5,19	,00**
Duur van het pesten	,19	,85	1,28	2,06	-8,39	,00**
Pester zijn	2,77	2,67	3,39	2,72	-2,81	,00**

** $p < ,01$

Tabel 3

T-toets met vergelijking van leerlingen van witte ($n = 397$) en zwarte scholen ($n = 209$) op aan pesten gerelateerde variabelen

	Witte scholen		Zwarte scholen		<i>t</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Gezondheidsklachten	5,74	3,67	5,79	3,91	-1,17	,87
Depressieve klachten	8,41	4,92	9,35	5,66	-2,12	,03*
Sociale steun	22,12	4,71	20,68	4,76	3,58	,00**
Gepest worden	8,77	8,34	7,43	7,93	1,95	,06
Duur van het pesten	,65	1,61	,86	1,7	-1,47	,14
Pester zijn	1,29	1,64	2,43	2,64	-6,53	,00**

** $p < ,01$, * $p < ,05$

($p < 0,05$). Ook hier zien we significante verschillen op dezelfde variabelen als bij de leerlingen van zwarte en van witte scholen. Er zijn verschillen in het *pester zijn* ($F(5,599) = 7,37$, $p = ,000$), in de verkregen *sociale steun* ($F(5,599) = 4,34$, $p = ,001$), in het voorkomen van *depressieve klachten* ($F(5,599) = 3,17$, $p = ,008$) en in de *duur van het pesten* ($F(5,599) = 2,32$, $p = 0,04$). De effect groottes (η^2) zijn voor *sociale steun* ,035, voor *depressieve klachten* ,026, voor het *pester zijn* ,058 en voor de *duur van het pesten* ,019 (gemiddelden en standaarddeviaties worden weergegeven in Tabel 4). Met de Games-Howelltoets zijn de etnische groepen vervolgens op deze variabelen met elkaar vergeleken ($p < 0,1$). Bij alle zes variabelen (zie

Tabel 4) zien we contrasten. Nederlandse kinderen pesten minder dan Turkse, Marokkaanse ($p < 0,1$) en Surinaams/Antilliaanse kinderen. Nederlandse leerlingen ontvangen ook significant meer sociale steun dan leerlingen van Turkse en van niet-westerse afkomst, en worden als ze slachtoffer van pesten zijn minder lang gepest dan Turkse leerlingen. Ook zijn Nederlandse leerlingen minder depressief dan Turkse leerlingen. Op de variabele *gepest worden* is er een significant verschil tussen Nederlandse en Marokkaanse leerlingen: laatstgenoemden worden minder gepest. Tot slot hebben Turkse leerlingen meer gezondheidsklachten dan Marokkaanse leerlingen ($p < 0,1$).

Tabel 4

Verschillen tussen etnische groepen: gemiddelden en standaarddeviaties (tussen haakjes)¹

	Nederlands ($n = 370$)	Surinaams/ Antilliaans ($n = 59$)	Turks ($n = 67$)	Marokkaans ($n = 58$)	Westers ($n = 9$)	Niet- westers ($n = 42$)
Gezondheidsklachten	5,82 _{ab} (3,68)	5,73 _{ab} (3,58)	6,75 _{a†} (4,36)	4,74 _b (3,65)	4,89 _{ab} (2,57)	5,24 _{ab} (3,66)
Depressieve klachten	8,36 _a (4,98)	8,66 _{ab} (4,76)	10,60 _b (6,14)	7,08 _{ab} (5,87)	10,11 _{ab} (4,40)	10,10 _{ab} (4,86)
Sociale steun	22,15 (4,69)	21,42 _{ab} (5,23)	19,79 _b (5,23)	22,03 _{ab} (4,38)	19,81 _{ab} (5,05)	21,63 _b (4,33)
Gepest worden	8,82 _a (8,17)	8,12 _{ab} (8,90)	8,75 _{ab} (8,91)	5,69 _b (6,8)	9,56 _{ab} (4,77)	6,62 _{ab} (8,40)
Duur van het pesten	0,68 _a (1,65)	0,63 _{ab} (1,41)	1,31 _b (2,12)	0,60 _{ab} (1,49)	,00 _{ab} (,00)	0,55 _{ab} (1,35)
Pester zijn	1,27 _a (1,65)	2,25 _b (2,43)	2,46 _b (2,51)	2,31 _{b†} (2,90)	2,11 _{ab} (2,57)	2,12 _{ab} (2,32)

¹ Gemiddelden met gemeenschappelijk subscript verschillen niet significant van elkaar, $p < 0,05$ en $\dagger p < ,10$

3.3 Verklaring van klachten:

hoofdeffecten en interactieeffecten
Om te kunnen beoordelen in hoeverre de verschillende variabelen gezondheids- en depressieve klachten verklaren en of er sprake is van een modererend effect van de variabele *sociale steun* zijn hiërarchische regressie-analyses uitgevoerd ($p < 0,05$).

In de eerste regressievergelijking is het modererend effect van *sociale steun* op de relatie tussen gepest worden en gezondheidsklachten onderzocht. Een tweede regressievergelijking is uitgevoerd om het modererende effect van *sociale steun* op de relatie tussen gepest worden en depressieve klachten te onderzoeken. Bij beide analyses werden de controlevariabelen *geslacht*, *pester zijn* en *duur van het pesten* als eerste in de regressievergelijking opgenomen in stap 1. In de tweede stap zijn de onafhankelijke variabelen *gepest worden* en *sociale steun* (alle schalen gecentreerd) in de vergelijking opgenomen. In de derde stap is het product van *gepest worden* en *sociale steun* in de vergelijking opgenomen, wat de interactie tussen beide variabelen weergeeft. Tabel 5 laat de resultaten zien van de drie stappen van de hiërarchische regressieanalyses.

In stap 1 van beide regressievergelijkingen blijkt de variabele *geslacht* significant samen te hangen met *gezondheidsklachten* en met *depressieve klachten*. Meisjes hebben meer gezondheidsklachten en zijn

depressiever dan jongens. De variabelen *pester zijn* en *duur van het pesten* hangen significant samen met zowel gezondheidsklachten als met depressieve klachten. Toch wordt slechts 8% van de gezondheidsklachten en 10% van depressieve klachten door de variabelen in stap 1 verklaard. Wat betreft *gezondheidsklachten* neemt bij stap 2 de verklaarde variantie significant toe. Dit betekent dat 13% van de gezondheidsklachten verklaard wordt door de onafhankelijke variabelen. Bij stap 2 van de variabele *depressieve klachten* zien we dat het ontbreken van *sociale steun* de grootste bijdrage levert, gevolgd door *gepest worden*. Van de *depressieve klachten* wordt 10% verklaard door de variabelen uit stap 1. Echter, door toevoeging van de variabelen *gepest worden* en *sociale steun* in stap 2, neemt de verklaarde variantie significant toe met 15%. Hiermee wordt van *depressieve klachten* in totaal 25% verklaard. Noch voor *gezondheidsklachten*, noch voor *depressieve klachten* voegt de interactievariabele (stap 3) significant iets toe. Hiermee is het modererende effect van sociale steun niet aangetoond.

Om de relatie tussen depressie, gezondheidsklachten, sociale steun en gepest worden duidelijker te krijgen is verder onderzoek gedaan naar een mogelijk mediërende invloed van sociale steun. Indien hier sprake van zou zijn, betekent dit dat kinderen die gepest worden als gevolg daarvan heel weinig

Tabel 5

Samenvatting van de hiërarchische regressieanalyse voor de voorspellende waarden van gezondheids- en depressieve klachten

Voorspellende variabele	Gezondheidsklachten ¹			Depressieve klachten		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Stap 1						
Geslacht ²	1,29	,31	-,17**	-,84	,42	-,08*
Pester zijn	,22	,06	,16**	,24	,08	,12**
Duur van het pesten	,41	,09	,18**	,83	,13	,26**
Stap 2						
Geslacht	1,43	,30	-,19**	-1,31	,39	-,13**
Pester zijn	,21	,06	,15**	,21	,07	,11**
Duur van het pesten	,14	,10	,06	,38	,13	,12**
Gepest worden	,09	,02	,20**	,09	,03	,15**
Sociale steun	-,11	,03	-,14**	-,39	,04	-,36**
Stap 3						
Gepest worden x sociale steun	,00	,00	,06	,00	,00	,03

Noten. ¹Gezondheidsklachten: $R^2 = ,08^{**}$ voor stap 1; $\Delta R^2 = ,05^{***}$ voor stap 2; $\Delta R^2 = ,003$ voor stap 3. Depressieve klachten: $R^2 = ,10^{**}$ voor stap 1; $\Delta R^2 = ,15^{**}$ voor stap 2; $\Delta R^2 = ,001$ voor stap 3. ² Code meisjes = 0, jongens = 1, de referentiegroep is meisjes.

** $p < ,01$, * $p < ,05$

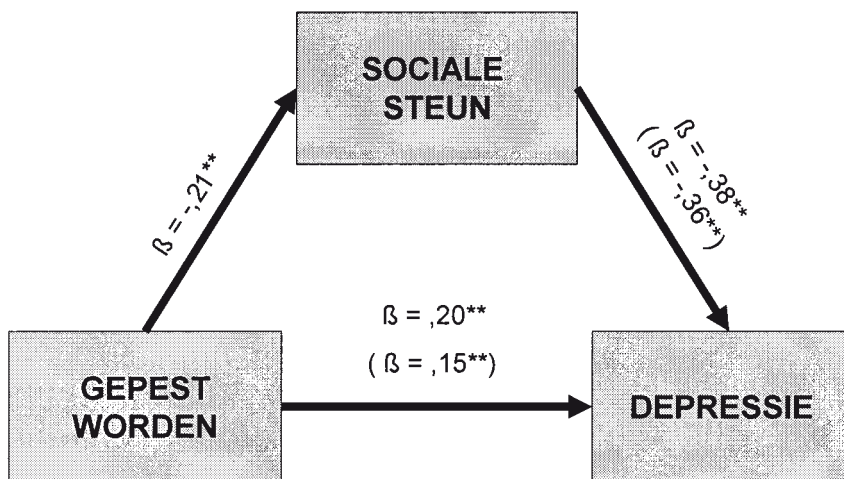
sociale steun krijgen en daardoor gezondheids- of depressieve klachten krijgen. Om dit te onderzoeken zijn de voorwaarden voor een mediërend effect met hiërarchische regressie-analyses getoetst. Er bleek aan de eerste voorwaarde te zijn voldaan. Er waren namelijk significante verbanden tussen *gepest worden* en *depressie/gezondheidsklachten*, tussen *zelf pesten* en *sociale steun* en tussen *sociale steun* en *depressie/gezondheidsklachten*.

Aan de tweede voorwaarde, namelijk dat de oorspronkelijk verbanden tussen *gepest worden* en *depressie/gezondheidsklachten* verdwijnen of sterk afnemen zodra *sociale steun* in de analyse wordt toegevoegd, is niet voldaan. Het β -gewicht van *gepest worden* veranderde na toevoeging van *sociale steun* in de regressievergelijking niet noemenswaardig. De grootste samenhang is die tussen *sociale steun* en *depressieve klachten* ($\beta = -.36, p < .01$), verder is er ook samenhang tussen *sociale steun* en *gezondheidsklachten* ($\beta = -.14, p < .01$) en tussen *sociale steun* en *gepest worden* ($\beta = -.21, p < .01$). Dit betekent dat zowel gepest worden als sociale steun onafhankelijk van elkaar depressieve verschijnselen en gezondheidsklachten beïnvloeden (zie Figuur 1 en Figuur 2).

4 Discussie, aanbevelingen en conclusie

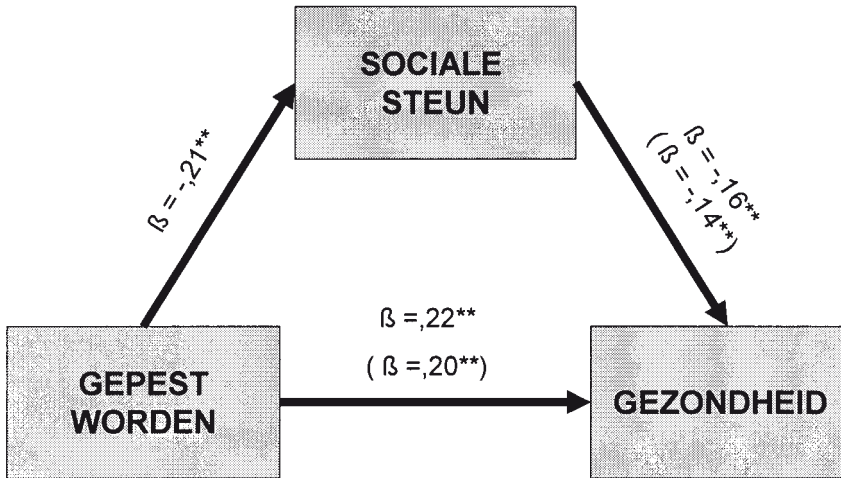
4.1 Discussie

Onderzocht is wat de gevolgen zijn van gepest worden voor de ervaren gezondheid en het hebben van depressieve gevoelens bij leerlingen van groep 7 en 8 van de basisschool en wat de invloed van sociale steun daarbij is. Uit de analyses blijkt, conform hypothese 1 en overeenkomstig eerdere publicaties, dat kinderen die gepest worden meer gezondheidsklachten hebben dan kinderen die niet gepest worden (Baldry, 2004; Bond et al., 2001; Fekkes et al., 2004, 2006; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby, 1999a, 1999b, 2000, 2003; Rigby & Slee, 1993; Van der Wal & Diepenmaat, 2002). In lijn met de meeste literatuur hebben meisjes significant meer gezondheidsklachten dan jongens (Baldry, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby, 1997). Regressieanalyse laat zien dat pesters conform bevindingen van andere onderzoekers (Baldry, 2004; Dumont & Provost, 1999; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby 2003) meer gezondheidsklachten hebben dan degenen die laag scoorden op pestgedrag. Alleen Fekkes e.a. (2004) vonden een dergelijk effect niet bij actieve pesters.



** $p < 0,01$

Figuur 1. Mediatie model.



Figuur 2. Mediatie model.

De tweede hypothese (“kinderen die gepest worden hebben meer depressieve klachten dan kinderen die niet gepest worden”) wordt eveneens op basis van de onderzoeksresultaten bevestigd. Meerdere onderzoekers (Baldry, 2004; Boulton & Underwood, 1992; Kaltiala-Heilo et al., 2000; Junger-Tas & Van Kesteren, 1999; Fekkes et al., 2004; Rigby, 1999a, 2000; Rigby & Slee, 1993; Roland, 2002; Sharp et al., 2000; Seals & Young, 2003; Van der Wal et al., 2003) kwamen tot dezelfde conclusie. Wat betreft de invloed van sekse op depressieve klachten geeft het huidige onderzoek geen eenduidige resultaten. De t-test laat geen significant verschil zien tussen meisjes en jongens, maar in de regressieanalyse hangt sekse wel significant samen met depressieve klachten. Overeenkomstig eerder onderzoek (Baldry, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2000; Rigby, 1999a, 2000; Roland, 2002) rapporteerden meisjes in vergelijking met jongens meer depressieve klachten. Regressieanalyse laat hier, zoals ook geconstateerd bij gezondheidsklachten, zien dat pesters meer depressieve klachten hebben dan degenen die laag scoren op de peetschaal. Dit komt overeen met bevindingen van andere onderzoekers (Baldry, 2004; De Wit, 1997; Hawker & Boulton, 2000; Kaltiala-Heilo et al., 2000; Rigby 2001, 2000; Ronald, 2002; Van der Wal et al., 2003). Net als bij gezondheidsklachten vonden Fekkes e.a. (2004) een dergelijk effect niet bij actieve pesters.

Van de kinderen in dit onderzoek kan 3,5% depressief genoemd worden. Dit is hoger dan het percentage van 1,8% ($n = 32$) dat De Wit en Kroesbergen (1992) vonden in een eerder Nederlands onderzoek naar het vóorkomen van milde en ernstige depressies bij leerlingen van groep 7 van de basisschool. De prevalentie van depressieve klachten neemt echter vanaf de leeftijd van 11 à 12 jaar aanmerkelijk toe (De Wit & Kroesbergen, 1992), wat een verklaring kan zijn voor het in dit onderzoek gevonden hogere percentage. In het onderhavige onderzoek was immers ook groep 8 betrokken. Recent onderzoek van Fekkes e.a. (2005b) onder de drie hoogste klassen van de basisscholen laat ook een hoger percentage ernstig depressieve kinderen zien, namelijk 2,4 % van de niet-gepesten. Deze onderzoekers geven echter niet het percentage depressieven van alle onderzochte kinderen, dus deze cijfers zijn slecht vergelijkbaar met die uit ons onderzoek en die uit dat van De Wit en Kroesbergen (1992).

De derde hypothese (“sociale steun modereert of medieert de relatie tussen gepest worden en gezondheids- en depressieve klachten”) wordt niet bevestigd: sociale steun heeft geen modererend effect op de relatie tussen gepest worden en klachten. Kinderen die gepest worden, hebben dus niet minder gezondheids- en depressieve klachten naarmate zij meer sociale steun krijgen. Ook fungeert sociale steun niet als een mediërende

variabele. Er is sprake van een onafhankelijke, directe invloed van sociale steun op gezondheidsklachten. Het directe effect van sociale steun op depressieve klachten is nog groter. Dit zou kunnen betekenen, dat kinderen die weinig sociale steun krijgen, ongeacht of ze gepest worden, een groter risico lopen op het ontwikkelen van gezondheids-, maar vooral depressieve klachten. Het door ons niet gevonden buffereffect van sociale steun is conform de bevindingen van Rigby (2000) en van Williams e.a. (2005). De resultaten wijken af van de bevindingen van Flouri en Buchanan (2002) en Kochenderfer-Ladd en Skinner (2002), die een modererend effect van sociale steun vonden. Volgens Vingerhoets en Rigter (1994) kan gebrek aan sociale steun (eenzaamheid) niet alleen worden beschouwd als een interveniërende variabele, maar ook als een stressor. In deze rol kan gebrek aan sociale steun rechtstreeks leiden tot gezondheidsklachten, want chronische stress leidt tot verlies van gezondheid.

Opvallend is verder, conform de bevindingen van Rigby (2000), dat meisjes meer sociale steun ontvangen dan jongens. Paradoxaal genoeg ervaren ze ook meer gezondheidsklachten. Mogelijk is de invloed van pesten bij meisjes op de gezondheid groter dan bij jongens.

Tot slot zijn de verschillen tussen de leerlingen van zwarte en witte scholen en de etnische verschillen opmerkelijk. Kinderen op zwarte scholen zijn depressiever, ontvangen minder sociale steun en pesten meer dan op witte scholen. Deze resultaten sluiten aan bij buitenlandse en Nederlandse onderzoeken waarin etnische verschillen in pestgedrag werden gerapporteerd (Drake et al., 2003; Hanish & Guerra, 2000; Junger-Tas & Van Kesteren, 1999; Verkuyten & Thijs, 2002a). Kijken we wat gedetailleerder naar de etnische verschillen, dan zien we dat leerlingen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst vaker pester zijn dan Nederlandse leerlingen. Vooral Turkse kinderen vormen een risicogroep: ze worden, als ze slachtoffer van pestgedrag zijn, langdurig gepest, rapporteren veel depressieve klachten en ontvangen weinig sociale steun. Marokkaanse leerlingen worden in vergelijking met Nederlandse leerlingen het minst gepest. Deze re-

sultaten komen niet overeen met de bevindingen van Junger-Tas en Van Kesteren (1999), die juist concludeerden dat pestgedrag onder Turkse kinderen, samen met Nederlandse kinderen, het minst voorkwam. Ook wijken ze deels af van Verkuyten en Thijs (2002a), die tot de conclusie kwamen dat Turkse leerlingen het meest werden gepest. Wel kwam uit ons onderzoek naar voren dat Turkse leerlingen, als ze gepest worden, langduriger worden gepest en dat ligt in de lijn van het onderzoek van Verkuyten en Thijs (2002a). Nader onderzoek moet licht werpen op deze geconstateerde verschillen. Mogelijk dat de gehanteerde meetmethode (zelfrapportagelijsten) de scores op gepest worden wat lager heeft doen uitvallen (zie 4.2).

4.2 Methodologische beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Een eerste beperking is dat over de richting van de gevonden causale verbanden in dit onderzoek geen uitspraak gedaan kan worden omdat het een cross-sectioneel onderzoek is. Olweus (1993) vond dat pestslachtoffers zelfs jaren later nog leden aan depressieve gevoelens. Uit een cohortstudie van Bond e.a. (2001) en longitudinale studies van Rigby (1999a, 1999b) en Fekkes e.a. (2006) bleek eveneens dat gepest worden een sterke voorspeller was van angst en depressie. Daarnaast bleek uit laatstgenoemde studie dat ook het omgekeerde waar is: kinderen met depressieve en angstklachten hadden een significant grotere kans om een half jaar later gepest te worden.

Een tweede beperking betreft de niet a-select verkregen steekproef. Bij het benaderen van de scholen is geprobeerd een goede afspiegeling te krijgen van de Haagse leerlingpopulatie, maar volgens Mooij (1992) is er maar weinig controle op de representativiteit mogelijk, vanwege de omvangrijke weigering van scholen om te participeren aan onderzoek. Gelukkig was er bij dit onderzoek geen sprake van: slechts twee van de twaalf benaderde scholen weigerden om mee te doen.

Een derde beperking betreft de meetmethode. In dit onderzoek is gebruik ge-

maakt van zelfrapportage. Op de vraag naar de duur van het gepest worden bijvoorbeeld noemt ruim driekwart van de kinderen dat ze *niet* gepest wordt, terwijl frequentieanalyse van de additieve schaal voor gepest worden te zien geeft dat nog geen 12% niet gepest wordt. Mogelijk is een directe vraag naar wel of niet gepest worden en de duur daarvan zo confronterend, dat veel kinderen daarop een ontkennend antwoord geven. Zij willen de negatieve pestervaringen zo niet voor zichzelf (en wellicht voor anderen) benoemen. Dit kan gezien worden als een vorm van sociaal wenselijk gedrag, een gevaar bij het gebruik van zelfbeoordelingvragenlijsten (o.a. Goossens et al., 2006). In vervolgonderzoek wordt aanbevolen ook gebruik te maken van 'peer-rapportage', want dit is een betrouwbare meetmethode. Het ondervragen van meerdere groepen informanten over gedrag van het kind laat een hoge interklasrelatie zien (Rubin, Burowski & Parker, 2006). Tevens blijkt deze methode hoge correlaties te hebben met andere methoden van dataverzameling zoals zelfrapportage, systematische observaties en dagboeken (Pelligrini & Bartini, 2000). De recentelijk in Nederlands onderzoek gevalideerde Participant Role Scales (PRS) van Salmivalli en collega's (Goossens et al., 2006) wordt aanbevolen als 'peer-reportinstrument' in het kader van pesten.

Omdat alle afhankelijke en onafhankelijke variabelen met dezelfde meetmethode (zelfrapportage) zijn gemeten wordt shared method variance veroorzaakt. Dit is een aan zelfrapportage gerelateerde beperking. Zoals ook gevonden is in een meta-analyse van Hawker en Boulton (2000) zal de werkelijke samenhang tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen lager zijn als meerdere meetmethoden worden gebruikt. Om een effect van 'shared method variance' te voorkomen wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om 'peer-rapportage' te combineren met zelfrapportage.

Een vierde beperking betreft de meetinstrumenten. Van het meetinstrument waarmee in dit onderzoek depressieve gevoelens zijn gemeten, de CDI, is na proeftoetsing besloten de vraag die naar suïcidale gedachten vraagt, weg te laten. Daardoor is geen beeld verkregen van het aantal kinderen dat met

zulke gedachten rondloopt. Bovendien is daarmee het aantal vragen dat depressie meet met één verminderd, terwijl wel dezelfde 'cut-offscore' is gehanteerd als voor de hele test. Daardoor is het percentage depressieve kinderen wellicht iets onderschat.

Bij het proeftoetsen bleek dat voor de gemiddelde leerling van de Haagse scholen sommige vragen van de CDI qua taal te moeilijk waren. Van enkele vragen is de taal om die reden aangepast. Tijdens het klassikaal afnemen van de vragenlijsten werd per onderdeel veel uitleg gegeven. De kinderen werden gestimuleerd om vragen te stellen als zij iets niet begrepen. Ook was de opbouw van sommige vragen zo, dat veel kinderen zich er niet in herkenden. Een voorbeeld daarvan betreft de vraag 'Ik ben soms/ vaak/altijd verdrietig'. In elke klas kwam de vraag wat je moest doen als je *nooit* verdrietig was. Door de kinderen er duidelijk op te wijzen dat ze altijd iets moesten invullen en dan moesten kiezen voor het antwoord dat het dichtst bij hun antwoord lag, zijn waarschijnlijk veel ontbrekende antwoorden voorkomen.

Voor het meten van *gepest worden* is de Amsterdamse Pestvragenlijst gebruikt. In de APK is geen vraag opgenomen over pesten via internet, terwijl veel kinderen via dit medium gepest blijken te worden (Bolman, Dehue & Völlink, 2006; British Broadcasting Corporation, 2004; Finkelhor, Mitchell & Wolak, 2000; Klasse, 2005; Ybarra & Mitchell, 2004). Over deze vorm van pesten is geen beeld verkregen.

4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de praktijk

Gegeven de resultaten is vervolgonderzoek nodig. Zo blijkt sociale steun een belangrijke omgevingsdeterminant te zijn. Omdat met het verrichte survey-onderzoek echter geen causale verbanden aangetoond konden worden, is longitudinaal onderzoek naar de richting van het verband tussen sociale steun en gezondheids- en depressieve klachten nodig. Daarbij zou ook gekeken moeten worden naar andere factoren die mogelijk gerelateerd zijn aan gepest worden en die een rol spelen bij de ontwikkeling van gezondheids- en depressieve klachten bij basisschoolleerlingen

(bijvoorbeeld persoonlijkheidskarakteristieken, sociale vaardigheden en 'coping'). Er is namelijk maar een deel van de variantie verklaard door gepest worden en sociale steun. De sterk veranderde leerlingenpopulatie (intussen is ruim de helft van het aantal Haagse basisschoolleerlingen van allochtone afkomst) maakt het echter wel nodig om de testen qua taalgebruik aan te passen aan het taalniveau van de huidige basisschoolleerling en deze vervolgens te valideren. Aan de APK-lijst zouden vragen toegevoegd moeten worden over pesten via internet. Verder zou beoordeeld moeten worden of de aangepaste SSL voor volwassen wel geschikt is voor gebruik door kinderen. Indien nodig zou een vragenlijst ontwikkeld moeten worden voor het meten van sociale steun bij kinderen.

Tevens is nader onderzoek naar etnische verschillen en verschillen tussen zwarte en witte scholen gewenst. De relatie tussen etniciteit, pesten en schooltype is complex en hangt nauw samen met onder andere de sfeer in de klas en de schoolcontext (Espelage & Swearer, 2003; Hanish & Guerra, 2000; Verkuyten & Thijs, 2002a, 2002b). In eventueel vervolgonderzoek zou meer aandacht aan deze factoren kunnen worden besteed.

Als aanbeveling voor de praktijk op scholen lijkt het zinvol om expliciet aandacht te besteden aan pesten en ervaren sociale steun van kinderen omdat beide gerelateerd zijn aan gezondheids- en depressieve klachten bij kinderen. Leraren zijn zich er niet altijd bewust van hoeveel er gepest wordt op scholen, ze geven veelal ook een lagere prevalentie van pesten dan leerlingen (Espelage & Swearer, 2003, Pervin & Turner, 1994; Stockdale, Hangadumbo, Duys, Larson & Sarvela, 2002). Op basis van de hier gevonden resultaten dient nader bekeken te worden of interventieonderdelen toegespitst moeten worden op etnische of sekse specifieke aspecten van het probleem. Pesten en sociale steun kunnen samen aan de orde komen. Het is aan te bevelen om interventies te gebruiken waarvan de effectiviteit is bewezen. DeRosier (2004) liet positieve effecten van een sociale vaardigheidstraining zien, Naylor en Cowie (1999) deden dat voor systemen van 'peer support'. In Nederland houdt het Nationaal gezondheidsinstituut NIGZ overzichten

bij van effectieve interventies. Verder geven onder andere Sanders en Phye (2004), Smith, Anandiadou en Cowie (2003) en Smith, Pepler en Rigby (2004) een overzicht van effectieve interventies.

Literatuur

- Baldry, A.C. (2004). The impact of direct and indirect bullying on the mental and physical health of Italian youngsters. *Aggressive Behavior*, 30, 343-355.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bolman, C., Dehue, F., & Völlink, T. (2006). *Cyberpesten: Big Deal?!* Heerlen: Open Universiteit Nederland (persrapport).
- Bond, L., Carlin, J.B., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, 323, 480-484.
- Boulton, M.J., & Underwood, K. (1992). Bully/victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 62, 73-87.
- British Broadcasting Corporation (2004). Parents 'unsure how kids use net'. <http://news.bbc.co.uk/cbbcnews/hi/scitech/newsid3911000/3911957.stm>
- Buunk, A.P. (1997) Affiliatie. In J. Op de Weegh, A.P. Buunk, M. Poppe, N.W. van Yperen & J.H.L. Schobre (Eds), *Sociale Psychologie*, 3. Heerlen: Open Universiteit Nederland, 31-49.
- Camodeca, M. (2003). *Bullying and victimization at school*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Crick, N.R., & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological Adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Demaray, M., & Malecki, C. (2003). Perceptions of the frequency and importance of social support by students classified as victims, bullies, and bully/victims in an urban middle school. *School Psychology Review*, 32, 471-489.
- DeRosier, M.E. (2004). Building relationships

- and combating bullying: effectiveness of a school-based social skills group intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 196-201.
- Drake, J., Price, J., & Telljohann, S. (2003). The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health*, 73, 173-180.
- Dumont, M., & Provost, M.A. (1999). Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363.
- Espelage, D.L., & Swearer, S.M. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 32, 365-383.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I.M., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression. *Journal of Pediatrics*, 144, 17-22.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I.M., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005a). Bullying: Who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20, 81-91.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I.M., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005b). Longitudinal development of bullying victimization, the influence of friendships, and school satisfaction. In M. Fekkes, *Bullying among elementary school children* (pp. 64-75). Leiden: Universiteit Leiden.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I.M., Fredriks, A.M., Vogels, A.G.C., & 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 complaints. *Pediatrics*, 117, 1568-1574.
- Field, A. (2006) *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London: Sage.
- Finkelhor, D., Mitchell, K., & Wolak, J. (2000). Online victimisation: A report on the nation's youth. National Center for Missing & Exploited Children. Available on the World Wide Web from: <http://www.unh.edu/ccrc/Youth Internet info page.html>.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2002). Life satisfaction in teenage boys: The moderating role of father involvement and bullying. *Aggressive Behavior*, 28, 126-133.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping an anthology* (pp. 207-227). New York: Columbia University Press.
- Goossens, F.A., Olthof, T., & Dekker, P.H. (2006). New participant role scales: comparison between various criteria for assigning roles and indications for their validity. *Aggressive Behavior*, 32, 343-357.
- Hanish, L.D., & Guerra, N.G. (2000). The roles of ethnicity and school context in predicting children's victimization by peers. *American Journal of Community Psychology*, 28, 201-223.
- Hawker, D.S.J., & Boulton, M.J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41, 441-455.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A.C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 733-753.
- Jackson, P.B. (1992). Specifying the buffering hypothesis: Support, strain and depression. *Social Psychology Quarterly*, 55, 363-378.
- Joosten, J., & Drop, M.J. (1987). De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 251-265.
- Junger-Tas, J., & Kesteren, J. van (1999). *Bullying and delinquency in a Dutch school population*. Den Haag: Kugler.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Rimpela, A. (2000). Bullying at school: An indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23, 661-74.
- Klasse (2005). *Cyberpesten*. <http://www.klasse.be/archieven/archieven.taf?function=detail&nr=8102>.
- Kochenderfer-Ladd, B., & K. Skinner. (2002). Children's coping strategies: Moderators of the effects of peer victimization? *Developmental Psychology*, 38, 267-278.
- Kovacs, M. (1982). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association Books.
- Liebrand, J., IJzendoorn, H. van, & Lieshout, K.

- van (1991). *Klasgenoten Relatie Vragenlijst*. In T. Mooij (Ed.), *Pesten in het onderwijs*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Lopez, C., & DuBois, D.L. (2005). Peer victimization and rejection: investigation of an integrative model of effects on emotional, behavioral, and academic adjustment in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 25-36.
- Meer, B. van der (1991). *Het zondebokfenomeen op school: Gelukkig op school?* Lisse: Swets en Zeitlinger
- Mooij, T. (1992). *Pesten in het onderwijs* (met vragenlijst). Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Naylor, P., & H. Cowie. (1999). The effectiveness of peer support systems in challenging school bullying: The perspectives and experiences of teachers and pupils. *Journal of Adolescence*, 22, 467-479.
- Olweus, D. (1989). *The Olweus bully/victim questionnaire*. Bergen: Mimeo.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Cambridge, M.A.: Blackwell.
- Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basis facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1171-1190.
- Pelligrini, A.D., & Bartini, M. (2000). An empirical comparison of methods of sampling aggression and victimization in school settings. *Journal of Educational Psychology*, 92, 360-366.
- Pellegrini, A.D., & Long, J. (2002). A longitudinal study of bullying, dominance, and victimization during the transition from primary school through secondary school. *British Journal of Developmental Psychology*, 20, 259-280.
- Perry, D.G., Kusel, S.J., & Perry, L.C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, 24, 807-814.
- Pervin, K., & Turner, A. (1994). An investigation into staff and pupil knowledge, attitudes, and beliefs about bullying in an inner city school. *Pastoral Care in Education*, 12, 16-22.
- Rigby, K. (1996). *Bullying in Australian schools and what to do about it*. London: Jessica Kingsley.
- Rigby, K. (1997). *Bullying in schools and what to do about it*. London: Jessica Kingsley.
- Rigby, K. (1999a). Peer victimization at school and the health of secondary school students. *The British Journal of Educational Psychology*, 69, 95-104.
- Rigby, K. (1999b). Suicidal ideation among adolescent school children, involvement in bullying victim problems, and perceived social support. *Suicide & Life-Threatening Behaviour*, 29, 119-130.
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23, 57-68.
- Rigby, K. (2001). Health consequences of bullying and its prevention in schools. In J. Juvenen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized*. New York: The Guilford Press.
- Rigby, K. (2003). Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 583-590.
- Rigby, K., & Slee, P.T. (1991). Bullying among Australian school children: Reported behaviour and attitudes toward victims. *Journal of Social Psychology*, 131, 615-627.
- Rigby, K., & Slee, P.T. (1993). Dimensions of interpersonal relating among Australian schoolchildren and their implications for psychological well-being. *Journal of Social Psychology*, 133, 33-44.
- Rigby, K., Whish, A., & Black, G. (1994). Implications of schoolchildren's peer relations for wife abuse in Australia. *Criminology Australia*, August, 8-12.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Educational Research*, 44, 55-67.
- Rosenhan, D.L., & Seligman, M.E.P. (1984). *Abnormal psychology*. New York: Norton.
- Rubin, K.H., Bukowski, W.M., & Parker, J.G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology*. Hoboken, New York: Wiley.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1-15.
- Sanders, C., & Phye, G. (2004). *Bullying: implications for the classroom*. California: Elsevier.
- Schaufeli, W. (2003). *De Psychologie van Arbeid*.

- en Gezondheid. In W. Schaufeli, A. Bakker & J. de Jonge (Eds.), *De Psychologie van Arbeid en Gezondheid* (pp. 15-37). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Seals, D., & Young, J. (2003). Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem and depression. *Adolescence*, *38*, 735-748.
- Sharp, S., Thompson, D., & Arora, T. (2000). How long before it hurts? An investigation in long-term bullying. *School Psychology International*, *21*, 37-46.
- Siann, G., Callaghan, M., Glissov, P., R.Lockhart, R., & Rawson, L. (1994). Who gets bullied? The effect of school, gender and ethnic group. *Educational Research*, *36*, 123-134.
- Smith, P.K. (2004). Bullying: Recent Developments. *Child and Adolescent Mental Health*, *9*, 98-103.
- Smith, P.K., Ananiadou, K., & Cowie, H. (2003). Interventions to reduce bullying. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*, 591-599.
- Smith, P.K., Pepler, D.J., & Rigby, K. (2004). *Bullying in schools: how successful can interventions be?* Cambridge: University Press.
- Sonderen, F.L.P. van (1991). *Het meten van sociale steun*. Groningen: Universiteitsdrukkerij.
- Stockdale, M.S., Hangaduambo, S., Duys, D., Larson, K., & Sarvela, P.D. (2002). Rural elementary students', parents', and teachers' perceptions of bullying. *American Journal of Health Behavior*, *26*, 266-277.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2000). *Handleiding voor de Nederlandstalige Children's Depression Inventory*. Gent: Vakgroep Ontwikkelings- en Persoonlijkheidspsychologie Universiteit Gent.
- Verkuyten, M., & Thijs, J. (2002a). Racist victimization among children in The Netherlands: The effect of ethnic group and school. *Ethnic and Racial Studies*, *25*, 310-331.
- Verkuyten, M., & Thijs, J. (2002b). School satisfaction of elementary schoolchildren: The role of performance, peer relations, ethnicity and gender. *Social Indicators Research*, *59*, 203-228.
- Vingerhoets, A. (1995). Psychosociale belasting en immuniteit. In J. Gerrichhuizen & S. Perreijn (Eds.), *Mentale belasting in het werk: Werkboek*. Heerlen: Open Universiteit Nederland.
- Vingerhoets, A., & Rigter, H. (1994). *Stress en gezondheid*. Tilburg: University Press.
- Wal, M.F. van der, & Diepenmaat, A.C.M. (2002). Pesten en psychosociale gezondheid. *Psychosociale gezondheid van kinderen in groep 7 en 8 van de basisschool. Reeks 2002-5*. Amsterdam: GG & GD.
- Wal, M.F. van der, & Uitenbroek, D.G. (2001). De Amsterdamse pestvragenlijst voor kinderen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, *79*, 86-89.
- Wal, M.F. van der, Wit, C.A.M. de, & Hirasig, R.A. (2003). Psychosocial health among youth victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*, *111*, 1312-1317.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, *26*, 352-364.
- Williams, T., Conolly, J., Pepler, D., & Craig, W. (2005). Peer victimization, social support, and psychosocial adjustment of sexual minority adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*, 471-482.
- Wit, C. A.M. de (1997). Depressies bij kinderen en adolescenten: De stand van zaken na vijftientig jaar onderzoek. *Kind en Adolescent*, *18*, 166-184.
- Wit, C.A.M. de, & Kroesbergen, H.T. (1992). Depressieve klachten bij kinderen: Vroegtijdige onderkenning en hulpverlening. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, *70*, 477-483.
- Ybarra, M.L., & Mitchell, K.J. (2004). Youth engaging in online harassment: associations with caregiver-child relationships, Internet use and personal characteristics. *Journal of Adolescence*, *27*, 319-336.
- Zautra, A.J. (2003). *Emotions, stress and health (2003)*. New York: University Press.

Manuscript aanvaard: 13 februari 2007

Auteurs

Mieneke Pouwelse is werkzaam als universitair docent psychologie aan de faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland.

Marguerite Spaa - Van der Winden is vrijgevestigd psycholoog.

Catherine Bolman is werkzaam als universitair docent psychologie aan de faculteit Psychologie van de Open Universiteit Nederland.

Correspondentieadres: Mieneke Pouwelse, faculteit Psychologie, Open Universiteit Nederland, Valkenburgerweg 177, 6419 AT Heerlen. E-mail: mieneke.pouwelse@ou.nl

Abstract

The buffering function of social support in the relation between peer victimization, health- and depressive symptoms

A cross-sectional survey among 606 7th and 8th grade primary school pupils in The Hague was conducted to examine the effects of being bullied on pupils' perceived health and depressive symptoms. In addition, it was studied whether social support moderated or mediated this relationship. Only 12% of the pupils reported not being bullied at all. Boys and girls were bullied in the same extent, though boys reported more often than girls to bully. Bullied children reported more health problems and symptoms of depression than those who were not bullied. Social support did not moderate or mediate the effects of being bullied on perceived health and depression, though acted as an independent factor. Children who experienced little social support reported more health complaints and depression than those with more social support. The same accounted for children who were bullied. There were also significant differences between pupils from black and white schools. Pupils from black schools manifested higher levels of depression, reported more bullying behaviour as perpetrators and received less social support compared to pupils from white schools.